



Programa de Doctorado en Psicología
(Acuerdo 9.1/CG 19-4-12)

**Alteraciones relacionadas con la imagen corporal:
Adaptación y validación de instrumentos de evaluación**

*Body image Disturbance:
Adaptation and Validation of Assessment Instruments*

TESIS DOCTORAL

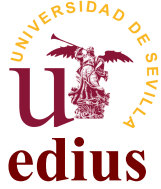
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento

Psicológicos de la Universidad de Sevilla

Doctorando: José Luis Santos Morocho

La presente Tesis Doctoral realizada bajo la dirección de la Dra. Cristina Senín-Calderón profesora Ayudante Doctora, adscrita al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Cádiz. Directora designada, según la Normativa de Estudios de Doctorado de la Universidad de Sevilla. Capítulo 3. Artículo 52. 1.3. Para la obtención del Título de Doctor presentada por D. Jose Luis Santos Morocho.

Sevilla, 2020



UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Facultad de Psicología
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos



TESIS DOCTORAL

Alteraciones relacionadas con la imagen corporal: Adaptación y validación de instrumentos de evaluación

*Body image Disturbance:
Adaptation and Validation of Assessment Instruments*

Tesis Doctoral dirigida por:

Dra. Cristina Senín Calderón.

Memoria presentada por:

D. José Luis Santos Morocho

Para optar al grado de Doctor

Universidad de Sevilla
Facultad de Psicología
Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológicos
Sevilla, 2020

VISTO BUENO DE LA DIRECTORA DE LA TESIS DOCTORAL

La directora, Dra. Cristina Senín-Calderón, profesora Ayudante Doctora, adscrita al Departamento de Psicología, área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Cádiz, **manifiesta:**

Que la tesis doctoral titulada “Alteraciones relacionadas con la imagen corporal: adaptación y validación de instrumentos de evaluación”, realizada por D. José Santos-Morocho, reúne las condiciones de calidad, originalidad y rigor científico necesarias para su defensa pública para aspirar al grado de Doctor según la modalidad por compendio de publicaciones. De acuerdo a la normativa vigente reguladora del régimen de la Tesis Doctoral de la Universidad de Sevilla (Acuerdo 9.1/CG 19-4-12). Según la Normativa de Estudios de Doctorado de la Universidad de Sevilla. Capítulo 7. Artículo 22. 5

En Sevilla, a 15 de diciembre de 2020

La directora de la tesis:

Fdo.: Dra. Cristina Senín-Calderón

COMPROMISO DE LOS DERECHOS DE AUTOR

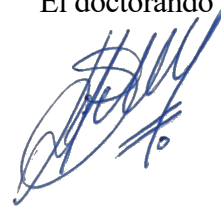
El doctorando, D. José Santos-Morocho, y su directora de la tesis, Dña. Dra. Cristina Senín-Calderón, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo realizado por el doctorando bajo la dirección de la directora de la tesis se ha realizado respetando los derechos de otros autores a ser citados.

En Sevilla, a 15 de diciembre de 2020

La directora de la tesis

Fda.: Dra. Cristina Senín-Calderón

El doctorando



D. José Santos-Morocho

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no hubiera sido posible sin la ayuda y enseñanzas de mi directora, Doña/Dra. Cristina Senín Calderón, mujer, investigadora digna de admiración por su ética, paciencia, carisma, rigurosidad y profesionalismo, y a quien guardo mi sincero cariño y respeto. Mi agradecimiento fraterno por todo el conocimiento depositado en mí durante estos años de estudio.

De igual modo, agradezco muchísimo a mi mentor, el maestro Dr. Juan Francisco Rodríguez Testal, por la confianza depositada en mí, por sembrar en mí, la curiosidad por la investigación científica y por haberme puesto en las mejores manos para culminar mis estudios.

Mi agradecimiento también se extiende a mi tutor, Dr. Manuel Vázquez Marrufo, por su apoyo moral y, sobre todo, por haberme brindado su amistad.

A mi Alma Mater, la Magnífica Universidad de Sevilla España, Facultad de Psicología por haberme acogido para estudiar en la Escuela Internacional de Doctorado EDIUS, gracias al Dr. Manuel de La Mata Benítez y a su Director actual el Dr. David Saldaña Sage.

Agradezco, además, a todas las personas que participaron en los estudios que tributan a esta tesis.

A mi Madre, Olguita por su inmenso amor y por enseñarme resiliencia. También, a mis tres hermanas, por ser parte de mi vida y por apoyarme siempre.

A mi familia, especialmente a mis hijos, por ser la prolongación de mi vida, mis sueños y anhelos, por su culpa innumerables veces he decidido dar un paso más y jamás dejar de soñar.

A mi familia, con especial consideración a mi Madre Olguita.

A mis hijos, por su amor y apoyo.

ÍNDICE

MARCO LEGISLATIVO DE LA TESIS DOCTORAL.....	XXII
RESUMEN	XXIII
INTRODUCCIÓN GENERAL	XXV

PARTE I

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

LA IMAGEN CORPORAL

1. Definición de Imagen Corporal (IC).....	30
1. 2. Componentes de la IC	31
1.2.1. Componente perceptivo	31
1.2.2. Componente actitudinal	31
1.3. La imagen corporal según la condición física o socio-cultural de ser hombre o mujer.....	32
1.4. Insatisfacción corporal.....	33
1.5 Preocupación por la apariencia	34

CAPÍTULO II

ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

2.1 Alteraciones de la imagen corporal.....	37
2.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria	38
2.2.1. La Anorexia Nerviosa	39
2.2.2 La Bulimia Nerviosa	44

2.2.3 El Trastorno por Atracón	48
2.3 Trastorno Dismórfico Corporal	51

CAPÍTULO III

TEORÍAS IMAGEN CORPORAL

3.1. Teorías sobre la Imagen Corporal.....	57
3.1.1 La Teoría de la Comparación Social	57
3.1.2 La teoría sociocultural.....	60
3.1.3 La teoría de la objetivación.....	61
3.1.4 La teoría feminista.....	62
3.1.5 Teorías cognitivo-conductuales.....	63

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

4.1. Medición de los componentes de la Imagen Corporal.....	66
4.2. Medidas que evalúan el componente perceptivo de la IC.....	67
4.2.1. Escala de clasificación de figuras	68
4.2.2. Instrumento de medición de la Silueta.	69
4.2.3. Test de evaluación de la imagen corporal (BIA)	70
4.2.4. Escala de evaluación de la imagen corporal-Cuerpo (BIAS-BD).....	71
4.3 Medidas que evalúan el componente actitudinal de la IC.....	72
4.3.1 Índice de satisfacción de la imagen corporal	73
4.3.2 Índice de semejanza	73
4.3.3 Las escalas analógicas visuales.	73

4.3.4	Cuestionario de ideales de imagen corporal (BIQ).....	73
4.4	Medidas que evalúan el componente afectivo/emocional de la IC	74
4.4.1	El inventario situacional de la disforia de la imagen corporal (SIBID).....	74
4.4.2	Escala de estados de imagen corporal (BISS).....	75
4.4.3	El Cuestionario de alteración de la imagen corporal (BIDQ)	75
4.5	Medidas que evalúan el componente cognitivo de la IC	76
4.5.1	Cuestionario de evaluación de las distorsiones cognitivas de la imagen corporal (ABCD)	76
4.5.2	El Inventario de Esquemas de Apariencia (ASI)	77
4.5.3	Inventario de preocupaciones de imagen corporal (BICI)	77
4.5.4	Cuestionario de preocupación dismórfica (DCQ)	78
4.5.5	Escala de comparación corporal (BCS)	78
4.5.6	Escala de comparación de apariencia ascendente (UPACS) y la Escala de comparación de apariciencia descendente (DACS).....	78
4.5.7	La escala de comparación de la apariencia física (PACS)	79
4.5.8	Cuestionario sobre las influencias socioculturales percibidas en la imagen corporal y el cambio corporal.	79
4.5.9	La escala de comparación de la apariencia física revisada (PACS-R)	80
4.5.10	La escala de la comparación de la apariencia física- 3 (PACS-3)	81
4.6.	Medidas que evalúan el componente comportamental de la IC	81
4.6.1	Cuestionario multidimensional de autorrelaciones corporales (MBSRQ)	82
4.6.2	Inventario de estrategias de afrontamiento de la imagen corporal (BICSI).....	82
4.6.3	Cuestionario de exposición corporal durante actividades sexuales (BESAQ).....	83
4.6.4	Cuestionario-Escala de Apariencia (MBSRQ-AS).....	83

4.6.5 Inventario de esquemas de apariencia revisado (ASI-R).....	84
4.6.6 Cuestionario para medir la evitación a causa de la Imagen Corporal (BIAQ)	84

PARTE II

CAPÍTULO V

5. 1 Objetivos	88
Objetivo General.....	88
Objetivos específicos del estudio 1:	88
Objetivos específicos del estudio 2:	88

PARTE III

CAPÍTULO VI

MARCO EMPÍRICO

ESTUDIO 1..... 90

Estudio 1 titulado “ <i>FACTOR STRUCTURE AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE SPANISH VERSION OF THE BODY IMAGE AVOIDANCE QUESTIONNAIRE (BIAQ)</i> ”	91
6.1.1 Abstract	92
6.1.2 Introduction.....	93
6.1.3 Method	96
6.1.3.1 Participants and procedure.....	96
6.1.3.2 Instruments	96
6.1.3.3 Data analyses	98
6.1.4 Results	99
6.1.4.1 Descriptive analyses of the items on the BIAQ scale.....	99

6.1.4.2 Preliminary analyses	100
6.1.4.3 Exploratory Factor Analysis of the BIAQ	101
6.1.4.4 Confirmatory Factor Analysis of the BIAQ.....	102
6.1.4.5 Measurement invariance across sex	105
6.1.4.6 Reliability and validity evidence	105
6.1.5 Discussion	107
6.1.6 Compliance with ethical standards	111
6.1.7 References.....	112
ESTUDIO 2.....	118
Estudio 2 titulado “ <i>VALIDATION OF A SPANISH VERSION OF THE PHYSICAL APPEARANCE COMPARISON SCALES</i> ”	119
6.2.1 Abstract	120
6.2.2 Introduction.....	121
6.2.3 Materials and Methods	125
6.2.3.1 Participants	125
6.2.3.2 Measures.....	125
6.2.3.3 Procedure.....	127
6.2.3.4 Data Analysis	128
6.2.4 Results	129
6.2.4.1 Descriptive Analysis of the Items on the PACS-R and PACS-3 Scales.....	129
6.2.4.2 Evidence of PACS-R and PACS-3 Internal Structure Validity	130
6.2.4.3 Measurement Invariance of PACS-R and PACS-3	132
6.2.4.4. Reliability and Evidence of Validity Based on Relationships with Measures of Other	

Variables	133
6.2.4.5. Incremental Validity of Disordered Eating and Dysmorphic Concern.....	135
6.2.5 Discussion	136
6.2.6 Conclusions.....	141
6.2.7 Appendix A.....	142
6.2.8 Appendix B	143
6.2.9 References.....	146
RESUMEN GLOBAL DE LOS RESULTADOS.....	154

PARTE IV

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN GENERAL	157
CONCLUSIONES GENERALES.....	170
REFERENCIAS	174
ANEXOS.....	189
ANEXO 1. INSTRUMENTOS DEL PRIMER ESTUDIO	190
1. Primera evaluación auto administrada	190
2. Cuestionario para Evitar la Imagen Corporal BIAQ.....	191
(Continuación...) Cuestionario para Evitar la Imagen Corporal BIAQ	192
3. Cuestionario de Preocupación Dismórfica (DCQ).....	193
(Oosthuizen et al., 1998). Versión en español por Senín-Calderón et al., 2017.....	193

4. Inventario de Depresión Infantil (CDI).....	195
(Kovacs y Beck, 1977; Kovacs, 1983; 1992)	195
5. MBSRQ (Cash, 2000). Versión traducida al español con permiso del autor (Marco et al., 2017)	201
ANEXO 2. INSTRUMENTOS DEL SEGUNDO ESTUDIO	205
1. Prueba sociodemográfica.....	205
2. Escala de Comparación de Apariencia Física Revisada PACS-R.....	206
3. Escala de Comparación de la Apariencia Física-3 (PACS-3).....	208
4. Cuestionario de Preocupación Dismórfica DCQ.....	213
5. Test de Actitud alimentaria (EAT- 26)	215
ANEXO 3. ÍNDICES DE CALIDAD DE LAS PUBLICACIONES.....	217

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa.....	42
Tabla 2. Criterios diagnósticos de la CIE-10 para la Anorexia Nerviosa	43
Tabla 3. Criterios del DSM-5 para la BuliminaNerviosa	46
Tabla 4. Criterios diagnósticos de la BN en la CIE-10	47
Tabla 5. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de Atracón	50
Tabla 6. Criterios del DSM-5 para el Trastorno Dismórfico Corporal	53
Tabla 7. Criterios diagnósticos de la CIE-10.....	54
Tabla 8. Criterios diagnósticos sugeridos para el diagnóstico del TDC según, la CIE-11.....	55

TABLAS ESTUDIO 1:

<i>Table 1. Descriptive statistics of the items on the BIAQ.....</i>	100
<i>Table 2. Comparison of means between Sample 1 and Sample 2 of sociodemographic variables and total scores on BIAQ.....</i>	101
<i>Table 3. Exploratory Factor Analysis rotated factor matrix loadings with sample 1 (n=2136).....</i>	102
<i>Table 4. Model fit indices for the models with Sample 2 (n=2146)</i>	103
<i>Table 5. Model fit indices for measurement invariance across sex.....</i>	105
<i>Table 6. Bivariate correlations between BIAQ, DCQ, MBSRQ-AS factors and CDI.....</i>	106

TABLAS ESTUDIO 2:

<i>Table 1. Goodness-of-fit indexes for tested invariance of the PACS-3 and PACS-R across sex ...</i>	133
<i>Table 2. Pearson correlation coefficient, reliability, and descriptive statistics for PACS-3 and PACS-R.....</i>	134
<i>Table 3. Summary hierarchical regression analysis predicting disordered eating and dysmorphic concern.....</i>	136
<i>Table A1. Spanish translation of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R).</i>	142
<i>Table A2. Spanish translation of the Physical Appearance Comparison Scale-3 (PACS-3).....</i>	143

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Escala de clasificación de figuras	69
Figura 2. Siluetas de Instrumento de medición de la silueta.....	70
Figura 3. Siluetas corporales del <i>Body Image Assessment</i> para hombres y mujeres.....	71
Figura 4. <i>The Body Image Assessment Scale-Body Dimensions</i> (BIAS-BD)	72

FIGURAS ESTUDIO 1

Figure 1. <i>Path diagram and estimates for the four first-order factors related to a second</i>	104
---	-----

FIGURAS ESTUDIO 2

Figure 1. <i>Path diagram and factor loadings of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised</i> <i>(PACS-R)</i>	131
Figure 2. <i>Path diagram and factor loadings of the Physical Appearance Comparison Scale-3</i> <i>PACS-3)</i>	132

MARCO LEGISLATIVO DE LA TESIS DOCTORAL

La presente tesis doctoral será presentada bajo la modalidad de tesis por compendio de publicaciones, según la Normativa vigente reguladora del régimen de la Tesis Doctoral de la Universidad de Sevilla (Acuerdo 9.1/CG 19-4-12). Dicha normativa, manifiesta que podrá presentarse para su evaluación como tesis doctoral un conjunto de trabajos publicados por el doctorando conformado por un compendio de artículos. Los artículos que constituyen la tesis han de formar parte de un Plan de Investigación. La presente tesis, forma parte del Plan de Investigación titulado “Alteraciones relacionadas con la imagen corporal: adaptación y validación de instrumentos de evaluación” Tesis Doctoral realizada bajo la dirección de la Dra. Cristina Senín Calderón. Esta tesis doctoral pertenece al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla y es para la obtención del Grado de Doctor. Presenta D. José Luis Santos Morocho.

En Sevilla, a 15 de 12 de 2020

RESUMEN

Esta tesis doctoral tuvo por objetivo adaptar y validar en población española el cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal (BIAQ) y las escalas de comparación de la apariencia física (PACS-R) y (PACS-3) para algunos componentes de las alteraciones de la imagen corporal. Se presentan dos estudios de validación de las escalas mencionadas.

En el primer estudio, se presenta la validación del BIAQ con una muestra de 4283 adolescentes españoles de entre 12 y 18 años (55.9 % mujeres) a los que se les aplicaron también los instrumentos: Cuestionario de Preocupaciones Dismórficas (DCQ), el Cuestionario de Relaciones Multidimensionales Cuerpo-Auto-Escala de Apariencia (MBSRQ-AS) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI). En el segundo estudio, se validaron las escalas PACS-R y PACS-3 aplicadas a una muestra de 1151 adultos españoles, con una media de edad de 22.31 años. A esta muestra, se administró también el Cuestionario de Preocupaciones Dismórficas (DCQ) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26).

Como resultados y en cuanto al BIAQ, se corrobora una estructura de cuatro factores de primer orden y un factor de orden superior. Se halló invarianza de medición a través del sexo, una consistencia interna de las puntuaciones adecuada, si bien dos factores mostraron baja fiabilidad, no afecta la fiabilidad y validez del BIAQ total. Con respecto a PACS-R, se corrobora su estructura unidimensional y tres factores (comparaciones proximales, distales y musculares) en cuanto al PACS-3. La consistencia interna de los tres factores y de la escala completa fue satisfactoria y se encontró una relación positiva estadísticamente significativa con respecto a las alteraciones alimentarias y preocupaciones dismórficas. Además, todos los instrumentos muestran invarianza de medición a través del sexo.

Se concluye que, el BIAQ es una medida breve, válida y fiable para evaluar el componente conductual de la imagen corporal que tiene que ver con la evitación, comprobación y control de la apariencia física.

PACS-3 evalúa la comparación de apariencia física general, proximal, distal y comparación de musculatura ascendente o descendente, y el impacto emocional causado y mejora discretamente la predicción de las alteraciones alimentarias. El PACS-R, permite una evaluación de detección, de la comparación de la apariencia física con la de otras personas en diferentes situaciones sociales, y cuenta con un poder predictivo de las preocupaciones dismórficas de más del 30 % de la varianza. No se puede concluir que el PACS-3 sea más ventajoso que el PACS-R para predecir las alteraciones alimentarias y preocupaciones dismórficas. Ambos instrumentos podrían ser usados para evaluar la tendencia a comparar la apariencia física entre hombres y mujeres en diversas situaciones.

Se sugiere usar los instrumentos en su versión en español para efectuar evaluaciones de componentes destacados de las alteraciones de la imagen corporal.

Palabras Clave: Alteraciones imagen corporal; BIAQ; PACS-R; PACS-3; Imagen Corporal; Medición; Evaluación; Validación.

INTRODUCCIÓN GENERAL

La Imagen Corporal (IC) ha cobrado importancia en los últimos años en los diversos ámbitos de la sociedad tanto por las sensaciones como para las conductas que pueden derivar en los sujetos. Dentro de esa gama de implicaciones, un aspecto esencial son las Alteraciones de la Imagen Corporal (AIC), en la medida en que afectan a la calidad de vida de las personas.

Si bien es cierto que esta preocupación anómala por la imagen corporal no es exclusiva de nuestros días, cada época y sociedad han forjado sus propios marcos y estándares de belleza contruidos en torno a la propia imagen. Actualmente la cuestión se ha exacerbado, debido especialmente a la influencia que ejercen los medios de comunicación y las redes sociales en la configuración y expansión de una imagen ideal, no siempre alcanzable. La cultura Occidental, pues, está centrada en la apariencia y en estándares sociales de belleza.

La insatisfacción corporal ocurre cuando un individuo, basado en ese patrón y por comparación, percibe que su cuerpo discrepa de ese ideal. Se torna en un problema mundial en cuanto cada vez logra enorme influencia, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, especialmente en la etapa de la adolescencia y juventud, y puede desencadenar en una serie de trastornos psicopatológicos.

Ciertamente, se ha comprobado que los problemas relacionados con la IC estarían ocasionando alteraciones alimentarias, conductas de inadaptación, pérdida de peso, sobrevaloración de la imagen y, en mayor medida, una enorme preocupación por el cuerpo (Bozsik et al., 2018).

Para entender mejor el problema, vale anotar que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia y, dada su prevalencia, curso clínico prolongado y gravedad, se consideran uno de los principales

problemas de salud mental en los jóvenes, que pueden generar un gran impacto en la vida profesional, académica y social y están asociados con un deterioro psicosocial clínicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992). Agravado porque el 30 % o 40 % que padece estos trastornos pone en riesgo su vida; y el 20%, muere (Micali et al., 2019). En tal sentido, se hace necesario al estudio que permita detectar y prevenir situaciones de esta naturaleza.

Los instrumentos de evaluación, han venido actuando como instrumentos para evaluar los comportamientos relacionados con determinados trastornos tanto para la investigación científica como para la práctica profesional. Dada su importancia, el debate sobre los estándares de su construcción está continuamente abierto y las sugerencias para su perfeccionamiento y mejora constituyen un aspecto esencial para la investigación científica en Psicología (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019).

Esta tesis se concentra en la validación de tres instrumentos que evalúan la evitación a causa de la imagen corporal y la comparación del aspecto físico, con el fin de adaptarlos a la población española, analizar su estructura factorial y sus propiedades psicométricas. Concretamente, se presentan dos estudios.

El primero, sobre la validación del cuestionario de evitación de la Imagen Corporal (BIAQ) Rosen Srebnik, y Saltzberg (1991), aplicado en una muestra de adolescentes. El segundo, presenta la validación de la Escala de Comparación de la Apariencia Física revisada (PACS-R) (Schaefer y Thompson, 2014) y la Escala de Comparación de Apariencia Física (PACS-3) (Schaefer y Thompson, 2018), administrado a una amplia muestra de jóvenes de la población general.

La tesis doctoral está estructurada en tres partes: (a) el marco teórico organizado en cuatro capítulos que dan cuenta sobre las teorías de la imagen corporal, las alteraciones derivadas, así como los diversos instrumentos que se han empleado para la evaluación de los trastornos derivados de la imagen corporal; (b) la metodología, que explica el proceso desarrollado para la recolección, análisis e interpretación de los datos en cada uno de los estudios; (c) el marco empírico con los resultados de dos artículos científicos publicados, el primero sobre las propiedades psicométricas del Cuestionario de Evitación a causa de la Imagen Corporal (BIAQ) y el segundo, de las escalas de comparación de la apariencia física PACS-R y PACS-3; (d) y la última parte, que ofrece la discusión y las conclusiones generales del trabajo.

En esta estructuración merece destacarse que, por la naturaleza de esta tesis doctoral, por compilación de artículos científicos, el marco empírico que aquí se presenta está conformado por artículos científicos ya publicados en revistas de impacto en *Journal Citation Reports*, lo que, por un lado, pone de relieve el valor de la investigación en sus resultados y en sus aportes, debido a la discusión que ya han generado sus resultados. Por otro lado, implica que estamos ante una información que ya se ha hecho pública, que circula y que incluso está sirviendo de soporte para las investigaciones que se efectúan en el ámbito hispanoamericano.

PARTE I

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

LA IMAGEN CORPORAL

1. Definición de Imagen Corporal (IC)

La imagen corporal (IC) es un término general que se refiere a cómo un individuo percibe, siente y piensa sobre su cuerpo (Dahlenburg et al., 2020). Es definida como un constructo multidimensional complejo referido a la imagen mental que el sujeto se representa sobre la forma y el tamaño de su cuerpo, imaginario que se configura por la interacción de factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos (Cash, 2012; Grogan, 2017; Spreckelsen et al., 2018). La imagen corporal engloba las percepciones, pensamientos, actitudes y sentimientos del ser humano sobre su cuerpo, la manera en que estima su tamaño, evalúa su atractivo, las emociones asociadas con su forma y apariencia, así como las conductas dirigidas a su manejo.

Los múltiples factores que intervienen en su formación dan lugar a que el estudio de la IC sea complejo, en la medida en que sus postulados deben considerar el punto de vista psicológico y social. Para explicarlo mejor, podemos considerar el ejemplo del contenido de los medios de comunicación, que pueden ser influyentes para producir cambios en la forma en que el cuerpo es experimentado. La incidencia de estos medios en la sociedad explica su enorme poder para influir en la forma en que el cuerpo es percibido y evaluado (Tiggemann y Williamson, 2000).

En la actual sociedad industrializada, se ha instaurado una imagen de un cuerpo estandarizado y perfecto; idealizado, subyugado a la moda y a la estética (Thompson, Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999). Esta idea de perfección por el cuerpo, ha sido trasferida como un arquetipo por los amigos, por familiares y por los pares, pudiendo llegar a ser parte del aparato cognoscitivo, lo que desarrollaría una autoconciencia de las personas en general, especialmente en los jóvenes, donde la apariencia física se considera un indicador de éxito social y profesional (Rodríguez-Testal, 2013).

1. 2. Componentes de la IC

De acuerdo con diversas investigaciones (Cash, 2002; Cash y Pruzinsky, 1990; Grogan, 2008; Thompson, 1990), la IC está integrada por algunos componentes que se detallan a continuación:

1.2.1. Componente perceptivo

Hace referencia a la percepción del tamaño, del peso y de la forma del cuerpo, en su totalidad o en partes, este componente que se ha configurado en el sujeto, engloba aspectos sensibles con respecto a la IC. Al ser de conocimiento inmediato y continuo, este esquema del cuerpo se relaciona con el medio y con sus propias posibilidades (Cash y Smolak, 2011). Su función principal es, contribuir a la ejecución de la acción, además, estar involucrado en su comprensión.

1.2.2. Componente actitudinal

Consiste en la inversión cognitivo-conductual de las personas en su apariencia, pero también, interviene la evaluación referida a la relación positiva-negativa, especialmente de elogios y creencias sobre la apariencia (satisfacción-insatisfacción del cuerpo, el desagrado). Esta imagen corporal actitudinal está conformada por tres subcomponentes:

- a) ***Componente emocional-afectivo***: implica el aspecto afectivo, vinculado a las emociones sobre el cuerpo, que se produce cuando se incorporan experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia y asco. Asimismo, la IC emocional considera a los sentimientos sobre la satisfacción con la figura y con las experiencias que proporciona el cuerpo.
- b) ***Componente corporal cognitivo***: son las ideas y creencias subjetivas sobre el cuerpo, igualmente, incluye actitudes que ayudan a gestionar los pensamientos, los sentimientos y las valoraciones que despierta el cuerpo, por ejemplo, las creencias erróneas sobre el cuerpo o algunas partes de él.

Marco Teórico

- c) **Componente corporal conductual:** se refiere a los comportamientos de las personas hacia su cuerpo. Estos actos incluyen, por un lado, las conductas evitativas sobre la IC, que reflejan la insatisfacción con la apariencia y, por otro lado, la evitación de situaciones activantes de preocupaciones a causa de la imagen corporal.

Estos componentes explican la construcción dinámica de la IC y exhiben la existencia de indicadores causales que pueden predisponer y conducir a las personas a desarrollar problemas relacionados con la IC y a promover el inicio de conductas alteradas, compulsivas o evitativas (Cash y Smolak, 2011; Halliwell et al., 2017; Veale y Neziroglu, 2010).

1.3. La imagen corporal según la condición física o socio-cultural de ser hombre o mujer

Para estudiar la IC puede ser adecuado considerar la noción de género, porque ayuda a incluir ciertos roles sociales basados en el sexo de la persona (rol de género), la identificación o identidad personal, que asume el sujeto según su género y la condición física o socio-cultural del ser hombre o mujer.

Socialmente, para el caso de la mujer, la imagen ideal es ser delgada y bella (Bordo, 2003), con un cuerpo alto, delgado y el estereotipo de la “muñeca Barbie” (Marchessault, 2000, p. 204), el cuerpo femenino, además, debe ser tonificado y firme, conservar la feminidad y delicadeza (Bordo, 2003). Este estereotipo comúnmente se asocia con el autocontrol, la elegancia, la socialización, el atractivo y la juventud. Obtener esta IC ideal parece ser una exigencia y un mandato, incluso si es físicamente imposible. Vale anotar que este ideal de belleza no ha sido siempre el mismo, ha cambiado a lo largo del tiempo (Betz et al., 2019; King, 2018; Shoraka et al., 2019).

Marco Teórico

En el caso de los hombres, contemporáneamente la IC está marcada por una forma de cuerpo delgado, firme (Bordo, 2003), poca grasa, músculos definidos (no voluminosos) en el pecho, brazos y hombros, también una cintura y caderas delgadas (Harrison, 2000), estómago plano y tonificado. Contar con este físico es visto por la sociedad y la cultura occidental como un símbolo de estatus, de masculinidad, de éxito y de poder (Betz et al., 2019; King, 2018; Shoraka et al., 2019). Este físico ideal, delgado y tonificado del varón parece que ha sido instaurado por los medios de comunicación que siempre muestran cuerpos *fitness* (con bajos niveles de grasa corporal) que visibilizan los músculos (Cafri y Thompson, 2004).

1.4. Insatisfacción corporal

La insatisfacción corporal se define como el desagrado o descontento del tamaño y la forma del cuerpo, sumada a la actitud que las personas manifiestan sobre sus cuerpos (pensamientos, sentimientos y comportamientos) que se relacionan con evaluaciones negativas del cuerpo al que sienten imperfecto. Como resultado, podría existir una discrepancia entre la evaluación que la persona hace de su cuerpo real y del cuerpo ideal, por ejemplo, la insatisfacción con la musculatura/tono muscular o el peso (Cash y Szymanski, 1995). En la insatisfacción corporal, no hay distorsión de la IC, pero esta percepción, puede llegar a ser bastante común en la población general (descontento normativo) y podría afectar a mujeres y hombres por igual (Rodin, Silberstein, y Striegel-Moore, 1984). El sentimiento, además, podría depender de variables como: el género, la edad y las medidas corporales (peso y altura).

Los estudios manifiestan que las preocupaciones por la apariencia se inician a una edad temprana (Alleva et al., 2019), a los 6 años las niñas comienzan a expresar preocupaciones sobre su propio peso y forma, y entre el 40-60 % de las niñas de primaria (de 6 a 12 años) parecieran estar preocupadas por estar demasiado gordas (Cash y Smolak, 2011).

Marco Teórico

La aparición de la preocupación antes de la adolescencia puede contribuir a desarrollar problemas relacionados con la IC (Dafferner et al., 2019). Para Smolak (2001), la insatisfacción corporal suele aparecer en la infancia, y podría convertirse en una experiencia común entre las niñas preadolescentes (10-12 años). Una vez adquirida, se interioriza durante la adolescencia y evoluciona en la juventud (Smolak et al., 2001).

La insatisfacción corporal puede manifestarse en adolescentes y los jóvenes, especialmente los relacionados con el cuerpo, por ejemplo, los problemas alimentarios (Izydorczyk et al., 2020). También, se pueden presentar problemas emocionales (incluido el miedo a la pubertad), y en ocasiones la insatisfacción del cuerpo puede producir síntomas relacionados con la idea persistente sobre el descontento del cuerpo (Brechan y Kvalem, 2015; Hou et al., 2018; Lydecker et al., 2018).

Otros estudios señalan que los adolescentes y jóvenes con insatisfacción pueden presentar problemas de evitación ante situaciones como por ejemplo, acudir a la escuela (Mills et al., 2019; Vannucci y Ohannessian, 2017). La insatisfacción con el cuerpo parece también afectar la construcción de su autoestima (Rosewall, Gleaves et al., 2020). En general, la insatisfacción con el cuerpo podría ser un factor predictor para la presencia de síntomas relacionados con el estado del ánimo especialmente en mujeres adolescentes (Braun, Park, y Gorin, 2016).

1.5. Preocupación por la apariencia

Se define como la preocupación excesiva que experimenta un sujeto por un defecto en la apariencia física, defecto que puede ser poco perceptible y en ocasiones, producto de la subjetividad y de la actitud de la persona. Esta preocupación puede ser muy significativa en las mujeres (Mitchison et al., 2017).

Marco Teórico

La preocupación por la apariencia, puede ir acompañada de evitación social y de comportamientos dirigidos a controlar los defectos en la apariencia (Onden-Lim y Grisham, 2013; Rodin, J., Silberstein, y Striegel-Moore, 1984; Senín-Calderón et al., 2017). Por ejemplo, la conducta de pesarse, mirarse al espejo y evitar situaciones públicas (Silva et al., 2019).

Se ha comprobado que los problemas psicosociales, por ejemplo, burlas, maltrato y críticas de parte de sus pares sobre rasgos faciales, forma del cuerpo, pecho y cabello (Almenara y Ježek, 2015) pueden desencadenar preocupaciones por la apariencia durante la etapa de la adolescencia, convirtiéndose en un fenómeno social altamente perjudicial para su desarrollo (Cash, 2006). A causa de la preocupación por la apariencia, los adolescentes pueden presentar comportamientos como la evitación social y la tendencia al aislamiento, además de emociones frecuentes como la tristeza y el miedo a la evaluación negativa (Storch y Masia-Warner, 2004).

Dentro de las preocupaciones por la apariencia, se encuentra las preocupaciones dismórficas, que se define como la preocupación excesiva por un defecto percibido en la apariencia física, que podría ser leve o insignificante hasta desbordante (Monzani et al., 2012; Wambach y Schmidt, 2020). Las preocupaciones dismórficas, pueden presentar un patrón de preocupación con el aspecto físico, hasta la obsesión por una fealdad o anomalía subjetiva (Crerand et al., 2005), con sentimientos como el miedo al rechazo social y físico (Phillips et al., 2014). Además, podría ser responsable de comportamientos compulsivos, cuando la persona invierte mucho tiempo para ocultar, arreglar o verificar su apariencia, y de una amplia gama de trastornos psiquiátricos (Phillips, 2005), incluida la depresión (Oosthuizen et al., 1998), trastornos de alimentación (Mancuso et al., 2010; Mustapic et al., 2015). En definitiva, la preocupación por la apariencia es un problema multicausal que puede llegar a controlar la vida cotidiana de los adolescentes y jóvenes (Cohen et al., 2019).

CAPÍTULO II

ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

2.1. Alteraciones de la imagen corporal

La alteración de la imagen corporal (AIC), se define como una alta insatisfacción corporal, una evaluación negativa de la apariencia y deseo de cambiarla, así como a la presencia de comportamientos que tienen como objetivo ocultar o controlar la apariencia física (Grogan, 2010). La AIC se caracteriza por la presencia de juicios valorativos perceptivos o actitudinales sobre el cuerpo, que no coinciden con las características reales (Cash y Brown, 1987). Estas alteraciones podrían llevar a que las personas presenten dificultades para evaluar con precisión el tamaño y forma de su cuerpo (Lewer et al., 2017), además, desarrollar insatisfacción con la apariencia y distorsión de la imagen corporal (Porras-García et al., 2020).

El aspecto afectivo puede alterarse por la insatisfacción corporal (peso y la forma), pudiendo ocasionar una carga emocional de sentimientos negativos (Crowther y Williams, 2011), involucrados con el control del cuerpo y con la psicopatología alimentaria (Shafran et al., 2004).

La insatisfacción corporal, actuaría como un factor de riesgo para iniciar las dietas o como un factor de mantenimiento para trastornos, como por ejemplo, la bulimia nerviosa (Stice y Shaw, 2002); y otras prácticas alimentarias desordenadas y poco saludables, especialmente aquellas relacionadas con las dietas para perder peso, o el desarrollo de comportamientos como dejar de comer, los vómitos, los ejercicios excesivos o uso inapropiado de laxantes y, en casos extremos, el uso de diuréticos (Neumark-Sztainer et al., 2011). En efecto, los estudios manifiestan que la AIC tienen comorbilidad con los desórdenes alimentarios y que son muy frecuentes durante la adolescencia y la juventud (Ahern y Hetherington, 2006; Stice et al., 2007).

Las distorsiones cognitivas centradas en la apariencia son un elemento clave en las AIC. Este componente cognitivo, se puede explicar por la relación entre las comparaciones sociales

Marco Teórico

ascendente descritas en la teoría de la comparación social de Festinger, donde la persona se compara con estándares superiores o más atractivos.

Las comparaciones ascendentes se han asociado a la afectividad negativa, por ejemplo, con la culpa que sienten por su apariencia, lo que podría ocasionar insatisfacción corporal, trastornos alimentarios (Fuller-Tyszkiewicz, et al. 2019); además, de síntomas del trastorno dismórfico corporal (Anson, Veale y Miles, 2015). Los comportamientos que se asocian (Cash y Deagle, 1997), a las AIC están identificados como aquellos que se caracterizan por conductas ritualistas con el peso, el tamaño o la apariencia de las áreas del cuerpo o del todo (Reas et al., 2002).

2.2. Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) comprenden un grupo de afecciones caracterizadas por una preocupación por la comida y el peso corporal, que resulta en una conducta alimentaria alterada (American Psychiatric Association, 2013). Se caracterizan por un patrón de ingesta o restricción de la alimentación para controlar el peso y la forma del cuerpo.

Los TCA como afecciones psicopatológicas graves, generan un gran impacto en la vida profesional, académica y social y están asociados con un deterioro psicosocial clínicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), considera a estos trastornos como una alteración en la alimentación y en el comportamiento, que podrían causar daño en la salud física y en el desempeño psicosocial (American Psychiatric Association, 2013, 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre los trastornos mentales prioritarios en niños, adolescentes y jóvenes, debido al riesgo que implican para la salud (World Health Organization, 1992).

Marco Teórico

Estos trastornos se clasifican en los siguientes tipos: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracón (TA), Pica, Trastorno de Rumiación, Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID).

Otros trastornos de alimentación especificados o no especificados, Trastornos alimentarios o de la conducta alimentaria (American Psychiatric Association, 2013, 2014; World Health Organization, 1992). En esta tesis se considera a las tres primeras clases:

2.2.1. La Anorexia Nerviosa

La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria definida como una restricción persistente de la ingesta de alimentos o a la inanición, que conduce a una reducción del peso corporal y que se desarrolla por el miedo a aumentar de peso, o por alteraciones de la percepción corporal (American Psychiatric Association, 2013, 2014; World Health Organization, 1992).

Generalmente, se inicia durante la adolescencia y puede mantenerse hasta la edad adulta, si bien la evidencia sugiere que la edad de inicio ha estado disminuyendo en la última década (Andersen et al., 2018).

El diagnóstico de la AN se encuentra descrito por el DSM-5 dentro de los Trastornos Alimentarios y de la ingestión de los alimentos (Tabla 1). La característica esencial para el diagnóstico de la AN durante la adolescencia y juventud, es una alteración en la imagen corporal, cuando la autoestima se basa desproporcionadamente en la forma y el peso (American Psychiatric Association, 2013). Dicha alteración de la imagen corporal parece ser un factor predictor de AN, sobretodo en la recaída de la enfermedad y en la persistencia, especialmente en los pacientes recuperados (Rosewall, Beavan, et al., 2020).

Marco Teórico

El cambio principal en el diagnóstico de AN dado por el DSM-5 frente a su versión anterior, es la supresión del síntoma de la amenorrea (American Psychiatric Association, 2013). En la comparación del DSM 5 con respecto al DSM IV TR se puede enfatizar que, para el diagnóstico, en el criterio A se ha modificado la valoración de una bajada de peso significativa en el momento del desarrollo evolutivo.

En el criterio B, señala que el paciente con AN puede presentar un comportamiento persistente que interfiera en el aumento de peso (American Psychiatric Association, 2013).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) incluye a la AN en los criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Tabla 2) (World Health Organization, 1992). El CIE-10 considera a la AN como un trastorno caracterizado por una pérdida de peso autoinducida (Índice de Masa Corporal < 17.5), a través de una dieta rigurosa y restricción de alimentos con alto contenido en calorías. También en la CIE-10 se asegura que, con el fin de disminuir su peso, los pacientes presentan conductas tales como vómitos autoprovocados, uso o abuso de laxantes u otros fármacos como anorexígenos o diuréticos y exceso de ejercicio físico (World Health Organization, 1992).

En el criterio A, el CIE-10 considera a la AN por la pérdida de peso significativo para su edad y altura, el DSM-5 no especifica la baja de peso. Sin embargo, la pérdida de peso está asociada a la restricción de la ingesta energética y a conductas purgativas. En comparación con el DSM-5, sobre todo con el criterio A respecto a la AN, se visualiza la eliminación del criterio de amenorrea, que sí se encuentra en el criterio D de la CIE-10. También el DSM-5 especifica la gravedad del problema en adolescentes y jóvenes en el índice de masa corporal (IMC) (American Psychiatric Association, 2014).

Marco Teórico

Por su parte, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) representa un avance significativo en la clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, sobre todo, en el diagnóstico y el tratamiento de los TCA (World Health Organization, 2017).

Una de las mejoras en la CIE-11 es la reducción del porcentaje de los trastornos que caen en una categoría no especificada, a diferencia de la CIE-10, en la que la mayoría de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria se clasifican como trastorno de la conducta alimentaria sin especificación. Es decir, TCA se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial.

Según la Organización Mundial de la Salud, las guías diagnósticas propuestas en la CIE-11 para los trastornos de la conducta alimentaria son adecuadas para estudiar casos controlados (casos hospitalizados) de AN (World Health Organization, 2017). Por ejemplo, un paciente que no presenta amenorrea no hubiera podido ser diagnosticado con anorexia nerviosa en la CIE-10, pero en la CIE-11 si se podría (World Health Organization, 2017).

De manera global, y en lo que parecen coincidir todos los sistemas de clasificación sobre la AN (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992) es que presenta ciertas características que se describen a continuación: preocupación extrema por su figura y por mantener un peso corporal bajo, miedo intenso por aumentar de peso y engordar, distorsión en la percepción de su IC, pérdida de peso intencional inducida y mantenida, ideas recurrentes y sobrevaloradas caracterizadas por el temor a la obesidad y a la flaccidez de la silueta corporal, desnutrición con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales, dieta restringida, ejercicio excesivo, vómito y purgas inducidas y el uso de anorexígenos y de diuréticos.

A continuación, los criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa:

Tabla 1. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa*DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*

-
- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar si la gravedad actual:

- Leve: IMC ≥ 17 Kg/m²
 - Moderado: IMC 16-16,99 Kg/m²
 - Grave: IMC 15-15,99 Kg/m²
 - Extremo: IMC < 15 Kg/m²
-

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la CIE-10 para la Anorexia Nerviosa

CIE 10. Clasificación Internacional de las Enfermedades F50.0

A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de *Quetelet* de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:

- 1) evitación del consumo de alimentos que engordan
- 2) vómitos autoprovocados
- 3) purgas intestinales autoprovocadas
- 4) ejercicio excesivo
- 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía

2.2.2. La Bulimia Nerviosa

La Bulimia Nerviosa (BN) es un Trastorno de la Conducta Alimentaria que se define por la sobrevaloración del peso y la forma del cuerpo, con episodios recurrentes de atracones, sensación de pérdida del control seguidos por un comportamiento compensatorio (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

Los comportamientos compulsivos compensatorios de la BN, como el vómito autoinducido, el ejercicio excesivo o el uso indebido de laxantes, la convierten en un trastorno de la alimentación con consecuencias fisiológicas y psicológicas (Golden et al., 2003; Wilson et al., 2017). Los pensamientos o preocupaciones de una persona con bulimia pueden incluir la alimentación, el peso, la forma, la apariencia y la vestimenta (Gorrell et al., 2019).

En el DSM-5, la BN se encuentra dentro del apartado de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (Tabla 3). El cambio más novedoso con respecto al DSM-IV-TR propuesto por el DSM-5 es la reducción en el número mínimo de atracones y conductas compensatorias. Sin embargo, estos indicadores son necesarios para realizar el diagnóstico, pasando de dos veces a la semana, a una vez por semana durante tres meses. En relación a los tipos de BN, el tipo no purgativo ha desaparecido en el DSM-5, debido a la baja incidencia de casos y por la dificultad de realizar un diagnóstico diferencial con el Trastorno por Atracones (American Psychiatric Association, 2013). La BN es considerada por el DSM-5 con un trastorno. Por su parte, la CIE-10 considera a la BN como un conjunto de síntomas que pueden aparecer en el ser humano en el transcurso de su vida (Tabla 4). De esta manera, el criterio A del DSM-5 y la CIE-10 afirma que lo principal de la BN son los atracones recurrentes, es decir, ingerir muchos alimentos en un periodo de tiempo determinado y con la sensación de pérdida del control sobre lo que se come durante el episodio (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

Marco Teórico

Estos atracones deben de ir acompañados de conductas compensatorias como se describe en el criterio B del DSM-5 y el criterio C de la CIE-10. Tanto el DSM-5 y la CIE-10 enfatizan en la autoevaluación indebidamente influida por la constitución y el peso corporal (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

El DSM-5 incluye algunos cambios respecto a su anterior versión: la primera, es la reducción de un atracón a la semana durante tres meses en contraposición a los dos semanales que exigía el DSM-IV-TR. En segundo lugar, se han eliminado los subtipos en el diagnóstico de este trastorno. Por último, se incluye las especificaciones de la existencia de alguna remisión (parcial o total) y de la gravedad actual del problema que deberá basarse en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados, aunque la gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional (American Psychiatric Association, 2013).

Por su parte, la CIE-11 ha incorporado un ajuste para la BN al considerar que los pacientes con una baja frecuencia de atracones y purgas o que experimentan pérdida de control al comer una cantidad de alimentos que no son objetivamente muy grandes (atracones subjetivos) no hubieran sido diagnosticados con bulimia en la CIE-10, pero lo serían utilizando las guías diagnósticas de la CIE-11 (World Health Organization, 2017).

A continuación, los criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa:

Tabla 3. Criterios del DSM-5 para la Bulimia Nerviosa

<i>Bulimia Nerviosa</i>
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas) de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar si: en remisión parcial, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios, no se han cumplido durante un periodo continuado.</p> <p>En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa no se ha cumplido ningún de los criterios durante un periodo continuado.</p> <p>Especificar la gravedad actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. • Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. • Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos inapropiados a la semana. • Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Tabla 4. Criterios diagnósticos de la BN en la CIE-10

Bulimia Nerviosa (F50.2)

- A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.
- C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.
-

2.2.3. El Trastorno por Atracón

El Trastorno por Atracón es un trastorno de la conducta alimentaria que presentan episodios de sobre ingesta de alimentos como en la BN, pero sin conductas compensatorias relacionadas. Se caracteriza porque la persona llega a comer de manera objetiva una gran cantidad de alimentos en un período aproximado de dos horas y puede sentir una pérdida de control durante el episodio (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992). El TA se ha identificado en 1.6 % de adolescentes en población general. Las personas con TA después del episodio de sobre ingesta de alimentos no suelen tener sentimientos de culpa (Pöttsch et al., 2018); en otras palabras, estas personas no recurren a inducirse el vómito. Puede involucrar la percepción crítica de comentarios sobre forma de su cuerpo, burlas de peso y, en el peor de los casos, discriminación (Puhl y Latner, 2007).

En el DSM-5, el TA se encuentra dentro del apartado de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (Tabla 5). Una de las principales diferencias entre la CIE 10 con el DSM-5 es que la CIE 10 describe en el primer criterio diagnóstico, la frecuencia e intensidad de los atracones, donde, manifiesta que dichas conductas se presentan vez por semana y podrían durar hasta tres meses. Otra diferencia con la CIE 10 es, que en el TA la autoevaluación del paciente no se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal (no es un criterio necesario para su diagnóstico).

De acuerdo con el criterio B del DSM-5, es necesario que en el episodio de atracones se den tres hechos: comer más rápido de lo normal, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre y sentirse disgustado consigo mismo. Además, hay que comprobar que exista un malestar clínico significativo respecto a los atracones.

Marco Teórico

La novedosa incorporación del TA en la CIE-11(World Health Organization, 2017) ayudará a reducir la proporción de diagnósticos no especificados, que parece en el DSM-5.

El TA ha estado bajo investigación durante muchos años, por lo que hay una gran cantidad de evidencia para apoyar su validez y utilidad clínica. El TA puede estar asociado con la obesidad: las personas con trastorno por atracón pueden sufrir de síndrome metabólico y otras complicaciones médicas asociadas con el sobrepeso, así como un deterioro en el funcionamiento social y laboral (World Health Organization, 2017).

A continuación, los criterios diagnósticos para el Trastorno de Atracón:

Tabla 5. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno de Atracón

Trastorno de Atracón
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p> <p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar si: En remisión parcial, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.</p> <p>En remisión total, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. Especificar la gravedad actual: la gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación); la gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve: 1-3 atracones a la semana. • Moderado: 4-7 atracones a la semana. • Grave: 8-13 atracones a la semana. • Extremo: 14 o más atracones a la semana.

2.3. Trastorno Dismórfico Corporal

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) se define como una preocupación angustiada o perjudicial por defectos imaginarios o leves en la apariencia (American Psychiatric Association, 2013, 2014; World Health Organization, 1992). Es decir, las personas con TDC tienen una preocupación crónica por los defectos percibidos en la apariencia física que conduce a comportamientos repetitivos (Tabla 6) y/o actos mentales relacionados con sus preocupaciones. Los rituales de mirar en el espejo, así como la comparación de la apariencia son los más frecuentes en el TDC y pueden ser realizados por aproximadamente el 80 % de las personas afectadas (Phillips, 2005, 2017).

Conviene enfatizar que las personas con TDC conciben y se convencen de que hay partes de su cuerpo que son muy feas, de manera que pueden dedicar mucho tiempo a desarrollar conductas compulsivas encaminadas a corregir, arreglar, cubrir y mejorar la supuesta imperfección. Además, constantemente preguntan a los demás sobre su aspecto físico (Phillips, 2000). La etiología del TDC aún es desconocida, sin embargo, investigaciones plantean que el componente hereditario es el más determinante, puesto que el trastorno es hasta ocho veces más frecuente en las familias con antecedentes del trastorno. El TDC, generalmente comienza durante la adolescencia e involucra numerosas áreas y también comportamientos corporales preocupantes (Phillips et al., 2005).

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría reconoció este trastorno como “Trastorno dismórfico corporal” en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM IV) (American Psychiatric Association, 2000). Mientras que, el DSM- IV- TR (American Psychiatric Association, 2006), lo incluían dentro de los Trastornos Somatomorfos.

Marco Teórico

Por su parte, la Clasificación internacional de enfermedades-10 (World Health Organization, 1992), describe al TDC como una condición mental caracterizada como una preocupación angustiosa o perjudicial por un defecto imaginario o leve en la apariencia (Tabla 7).

Según el DSM-5, el TDC ahora se clasifica dentro de los Trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, que siguen un patrón de comportamientos repetitivos o actos mentales en respuesta a preocupaciones sobre la apariencia (American Psychiatric Association, 2013).

La principal diferencia entre el DSM-IV y DSM5 está en el diagnóstico en los síntomas sin explicación médica. Actualmente, los trastornos de síntomas somáticos también pueden acompañar a otros trastornos médicos diagnosticados (American Psychiatric Association, 2000, 2013). Por su parte, la CIE-10 incluye al TDC o dismorfofobia dentro de la hipocondría en el apartado de los trastornos somatomorfos, con la característica de una preocupación persistente por la posibilidad de sufrir uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan quejas somáticas persistentes o una preocupación mantenida por su apariencia física. Las sensaciones y los aspectos normales y corrientes son a menudo interpretados por el paciente como anormales y angustiantes, y habitualmente enfoca la atención en sólo uno o dos órganos o sistemas corporales (World Health Organization, 1992). Actualmente, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-11 (CIE-11). Ha incluido al TDC en la clasificación del trastorno obsesivo-compulsivo (World Health Organization, 2017), además, de sugerir otros cambios en los criterios diagnósticos que pueden encontrarse según la (Tabla 8).

Por otra parte, los factores de mantenimiento del TDC pueden ser los comportamientos de seguridad relacionados con la apariencia como, por ejemplo, la comprobación de su imagen ante el espejo, el arreglo personal exagerado y la insatisfacción corporal (Wilver et al., 2020).

Marco Teórico

Por lo tanto, los rituales de observación y la atención a los defectos percibidos también se consideran factores de mantenimiento para el TDC (Möllmann et al., 2020).

A continuación, los criterios diagnósticos para el TDC detallados por el DSM-5; y la CIE-10 y CIE 11, se detallan a continuación:

Tabla 6. *Criterios del DSM-5 para Trastorno Dismórfico Corporal*

Trastorno Dismórfico Corporal

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

Especificar si:

- **Con dismorfia muscular:** al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Especificar si:

- Indicar el grado de introspección sobre las creencias del Trastorno Dismórfico Corporal (p. ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”).
 1. **Con introspección buena o aceptable:** el sujeto reconoce que las creencias del TDC son claramente o probablemente no ciertas o pueden ser ciertas o no.
 2. **Con poca introspección:** el sujeto piensa que las creencias del TDC son probablemente ciertas, con ausencia de introspección o creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del TDC son ciertas.
-

Tabla 7. *Criterios diagnósticos de la CIE-10.*

F45.2 Trastorno hipocondríaco

El rasgo esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de tener uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan continuamente quejas somáticas o preocupación por su aspecto físico. Las sensaciones y aspectos normales y habituales son interpretados a menudo por el paciente, como anormales y perturbadores, y la atención suele estar centrada sólo en torno a uno o dos órganos o sistemas corporales. Con frecuencia hay síntomas depresivos y ansiosos que pueden justificar un diagnóstico adicional.

- Trastorno dismórfico corporal
- Dismorfofobia (no delirante)
- Neurosis hipocondríaca
- Hipocondriasis
- Nosofobia

Excluye: Dismorfofobia delirante (F22.8)

Ideas delirantes fijas sobre funciones y forma corporales (F22.-)

A. Debe estar presente alguno de los siguientes:

1. Creencia persistente, de al menos seis meses de duración, de tener un máximo de dos enfermedades físicas graves (de las cuales, al menos una debe ser nombrada específicamente por el paciente).
2. Preocupación persistente por una presunta deformidad o desfiguración (trastorno dismórfico corporal).

B. La preocupación por ese convencimiento y por los síntomas ocasiona un malestar persistente o una interferencia en el funcionamiento personal en la vida diaria, y conduce al paciente a buscar tratamientos médicos o pruebas diagnósticas (o ayuda equivalente en los curanderos locales).

C. Rechazo continuado de aceptar el reaseguramiento de los médicos de que no hay una causa orgánica de los síntomas o de la deformidad física. (La aceptación a corto plazo de tales aclaraciones, es decir, por pocas semanas durante o inmediatamente después de los chequeos, no excluye este diagnóstico.)

D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los síntomas no se producen sólo durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado (F20-F29, en particular F22), o algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39).

Tabla 8. *Criterios diagnósticos sugeridos para el diagnóstico del TDC según, la CIE-11*

F45.2 Trastorno hipocondríaco

El Trastorno Dismórfico Corporal está caracterizado por una preocupación persistente por uno o más defectos o imperfecciones en la apariencia que son imperceptibles o ligeramente observables por otras personas. Los individuos experimentan una excesiva autoconsciencia, frecuentemente acompañada de ideas de referencia (p.ej., convicción de que otras personas se dan cuenta del defecto, hablan del defecto o lo juzgan). En respuesta a esta preocupación, los individuos realizan comportamientos excesivos y repetitivos que incluyen, el repetido examen de la apariencia o de la gravedad del defecto o de la imperfección, intentos excesivos de camuflar o modificar el defecto percibido, o una evitación marcada de situaciones sociales o disparadores que incrementan el malestar relacionado con el defecto o la imperfección percibidos. Los síntomas son suficientemente graves para generar malestar o deterioro significativos en el área personal, familiar, social, educativa, laboral o cualquier otra área importante de funcionamiento.

Exclusiones: Anorexia Nerviosa

CAPÍTULO III

TEORÍAS IMAGEN CORPORAL

3.1. Teorías sobre la Imagen Corporal

Los estudiosos de la IC han propuesto teorías para conocer cómo la información transmitida por los medios de comunicación puede afectar a la imagen corporal y quiénes pueden ser los más vulnerables (adolescentes y jóvenes) a desarrollar posibles AIC. Las teorías psicológicas más influyentes para la conceptualización de la subjetividad de la imagen corporal son: la teoría de comparación social de Festinger (1954), la teoría sociocultural (Thompson et al., 1999), la teoría de la objetivación (Fredrickson y Roberts, 1997), la teoría feminista (Borowsky et al., 2015) y las teorías cognitivo-conductuales (Cash y Pruzinsky, 2002).

3.1.1. La Teoría de la Comparación Social

La teoría de la comparación social (TCS) de Festinger (1954) manifiesta que las personas pasan por un proceso sistemático de comparación, a través del cual tienden a mantener opiniones y creencias afines o similares. En otras palabras, cuando un adolescente o joven se siente atraído por un grupo social, este grupo termina convirtiéndose en su realidad social, con la que a partir de ese momento confrontará sus creencias.

La comparación social es un rasgo esencial que las personas usan para el autoconocimiento, para la autoevaluación y para la autorrealización personal. En consecuencia, las personas se comparan con otras para obtener una valoración propia de su apariencia y sus características tales como su salud, sus habilidades y su estatus social (Festinger, 1954).

La comparación social relacionada con la apariencia es considerada como predictor y un factor de riesgo para el desarrollo de las AIC (Thompson, Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999), por ejemplo, la insatisfacción corporal (Vartanian y Dey, 2013).

Marco Teórico

La teoría de la comparación social, hipotetiza y manifiesta que los grupos sociales (amigos, personas famosas, familiares y conocidos) ejercen presión sobre sus miembros para que exista igualdad, tanto en las opiniones y en las creencias como en las habilidades (Festinger, 1954).

Entonces, cuando entre los miembros de un grupo hay diferentes opiniones, lo más frecuente es que las personas que mantienen ideas discrepantes reciban presiones para inducirles a cambiar de opinión, de tal manera que se ajusten a las del colectivo, es decir, a la única opinión del grupo.

Por ese motivo, la TCS sugiere que compararse con otros es el principal medio por el cual los individuos adquieren el autoconocimiento, de manera que, la comparación social influiría en la calidad de vida (Mitchison, Crino, y Hay, 2013).

En consecuencia, según Festinger (1954), este fenómeno social parece darse especialmente en situaciones de incertidumbre en las que resultaría difícil medir los atributos de forma objetiva. Festinger (1954) también describe el proceso de comparación social, contrastando la manera en que las personas tienen sentido de sí mismas en relación con otras personas. Estas comparaciones pueden ocurrir en una de tres direcciones:

- **Comparaciones ascendentes**, aquí la persona se considera a sí misma como peor o inferior en comparación con su estándar, lo que podría llevarla a sentir desánimo (Myers et al., 2012). Estas comparaciones se han asociado con indicadores de las AIC como la insatisfacción corporal especialmente en mujeres (Tiggemann y Polivy, 2010) o con conductas dietéticas, especialmente cuando se compara con pares o amigos (Rancourt et al., 2015). En las comparaciones hacia arriba se le considera a la sobreestimación que puede ocurrir en dos sentidos: cuando la persona sobrevalora al otro o cuando el individuo desvaloriza al Yo.

Marco Teórico

- **Comparaciones laterales**, en estas comparaciones la persona se percibe a sí misma comparándose con otras en un nivel igual o mejor que su estándar.

Las comparaciones laterales, pueden estar asociadas con la generación de sentimientos positivos como resultados de la comparación, pero también con sobrestimaciones en la IC (Gibbons y Gerrard, 1989).

- **Comparaciones descendentes**, cuando la persona se percibe a sí misma como mejor o superior que su individuo estándar. Estas comparaciones pueden cambiar el comportamiento y mejorar la posición social, aunque a veces pueden ser poco realistas (Gibbons y Gerrard, 1989).

Es importante señalar que, durante el proceso de comparación social, las comparaciones ascendentes pueden ser susceptibles de producir consecuencias negativas tales como la disminución de la autoestima, mientras que las comparaciones a la baja pueden ser susceptibles de producir consecuencias positivas como el aumento de la autoestima.

Las redes sociales y los medios de comunicación pueden repercutir en la satisfacción con la apariencia corporal por medio de la comparación social y dar lugar a comportamientos típicos de las AIC como la comprobación o evitación de la apariencia (Hogue y Mills, 2019).

En consecuencia, el efecto negativo sobre la percepción de la propia imagen puede influir en la construcción subjetiva del concepto sobre el cuerpo pudiendo convertirse en un indicador de ansiedad social y emocional (Marengo et al., 2018; Mills et al., 2018).

De la manera en que las personas creen que son percibidas por los demás, depende si desarrollan comportamientos con el objeto de atenuar las valoraciones negativas por parte de otros (Stasik-O'Brien y Schmidt, 2018).

3.1.2. La teoría sociocultural

La teórica sociocultural o tripartita de la imagen corporal se define desde tres fuentes primarias: los amigos, los padres y los medios de comunicación, a quienes se responsabiliza del desarrollo de los ideales de apariencia que afectan a la imagen corporal directa, o bien indirectamente a través de la internalización de los ideales de belleza, es decir, enfatiza el papel de la comparación de la apariencia individual con los demás (el colectivo) (Thompson et al., 1999).

El modelo tripartito de la imagen corporal ha sido muy estudiado en el contexto de la investigación de las AIC, ya que intenta explicar la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios (Thompson et al., 1999), el grado en que se internaliza estos ideales y cómo afecta a la imagen corporal. La diferencia entre conciencia e internalización se puede explicar cómo la diferencia entre un ideal delgado versus la incorporación de este ideal en el sentido de uno mismo a través de cogniciones y actitudes (Cafri, Yamamiya, Brannick, y Thompson, 2005).

El modelo de influencia tripartita (Thompson, Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999), manifiesta que las tres fuentes primarias (amigos, padres y medios de comunicación) podrían estar actuando como predictores de las AIC, especialmente en: la insatisfacción corporal y en los trastornos alimentarios (Vartanian, 2009), también, parecen influir en la presión sociocultural sobre la IC (Cash y Smolak, 2011; Cash y Pruzinsky, 2004; Thompson, Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999).

La teórica sociocultural es clara en afirmar que las comparaciones frecuentes basadas en la apariencia física con otras personas que son consideradas ideales de belleza incrementan la insatisfacción corporal (Thompson et al., 1999).

Marco Teórico

Asimismo, la teórica sociocultural manifiestan que la belleza corporal normada por la sociedad es interiorizada por la mayoría de hombre y mujeres de una cultura (Thompson et al., 1999), sobre todo por las mujeres occidentales, quienes sufren presiones inclusive de sus padres y amistades para mantenerse delgadas.

De acuerdo con el modelo sociocultural de las AIC, las sociedades que enfatizan el ideal del cuerpo pueden estar contribuyendo a la prevalencia de los principales trastornos relacionados con la IC, por ejemplo, los trastornos alimentarios (Fallon, 1990; Stice y Shaw, 2002; Kevin Thompson et al., 1999), problemas relacionados con la autoimagen y con la preocupación con la apariencia (Myers y Crowther, 2009; Thompson y Tantleff, 1992).

El modelo sociocultural, además, propone los siguientes componentes: existen ideales sociales de belleza (en una determinada cultura), los ideales de belleza se transmiten por canales socioculturales, los ideales de belleza son interiorizados por los sujetos, la insatisfacción con la apariencia será inversamente proporcional según el cumplimiento de los ideales de belleza.

3.1.3. La teoría de la objetivación

Esta teoría considera el postulado sobre las consecuencias de ser mujer en una cultura unificada y normada por los conceptos masculinos, que objetiva sexualmente el cuerpo femenino. Postula que las niñas y las mujeres son tratadas como objetos para ser utilizados por los demás y sus cuerpos son objetivados para ser considerados como un cuerpo valorado especialmente para usarse por un observador como una visión primaria de su ser físico, es decir, de su cuerpo (Fredrickson y Roberts, 1997). En esencia, esta teoría enfatiza el contexto cultural marcado por la contextualización social, especialmente sobre el cuerpo femenino, etiquetándolo como un objeto para ser observado, admirado y evaluado en función de su apariencia (Fredrickson y Roberts, 1997).

Marco Teórico

El énfasis en la apariencia femenina parece ser más marcado durante el período de la adolescencia y la juventud, especialmente en etapa reproductiva, y por este motivo pareciera esperarse que durante esta etapa existan mayores diferencias de género en la importancia de la imagen corporal y la insatisfacción corporal (Fredrickson y Roberts, 1997).

Conviene subrayar que la teoría explica cómo vivir en un contexto sociocultural que sexualiza y deshumaniza el cuerpo femenino, y puede conducir a experiencias afectivas negativas y riesgos de salud mental, específicos para las mujeres y las niñas pudiendo desencadenar riesgos de síntomas depresivos y trastornos alimentarios (Fredrickson y Roberts, 1997).

Esta perspectiva de monitorización del cuerpo de manera habitual puede llevar a los siguientes comportamientos: aumento de la vergüenza y ansiedad y reducción la motivación en las mujeres.

3.1.4. La teoría feminista

Esta teoría proporciona una visión explicativa de la experiencia de ser mujer en relación con la apariencia. Al mismo tiempo, contrasta los factores de riesgo y protectores y postula que los trastornos alimentarios pueden aparecer en las mujeres debido a la internalización de la delgadez, favoreciendo a la concepción de una imagen corporal negativa. En cambio, considera al movimiento del feminismo como un factor de protección de las preocupaciones por la apariencia (Borowsky et al., 2015).

La investigación feminista también considera al género como un factor de riesgo, ya que se cruza con otras variables sociales como la internalización de la delgadez o la imagen corporal negativa. Además, la perspectiva feminista manifiesta que la prevención de los trastornos de la alimentación está normada por posiciones teóricas e investigación de factores de riesgo (Piran, 2010).

Marco Teórico

Esta teoría feminista, considera el complejo impacto de las estructuras de poder y privilegio relacionadas con el género y otras variables sociales sobre la experiencia de los individuos en cuanto al poder y el valor social y en su propia experiencia y la de su cuerpo (Piran, 2010).

3.1.5. Teorías cognitivo-conductuales

Estas teorías nacen del paradigma cognitivo conductual de la Psicología. Abordan su contribución a entender la IC desde el pensamiento, los procesos de aprendizaje social y las emociones. Estas teorías, manifiestan que el ambiente y el contexto en el cual se desenvuelve una persona activan las autoevaluaciones de la apariencia del cuerpo (Cash y Pruzinsky, 2002).

Además, las teorías cognitivo-conductuales, analizan los sesgos cognitivos o las distorsiones en el procesamiento o interpretación de información y manifiesta que los eventos relacionados con la apariencia son fundamentales para la concepción de la imagen corporal en las personas.

De igual modo, afirman que las personas dan mayor importancia a su apariencia, así que adoptan conductas tales como: exponer el cuerpo al espejo, dar importancia a la observación social, a la retroalimentación social o las comparaciones, al uso de cierta ropa, a pesarse, a cambios de estados de ánimo o cambios en la apariencia a causa de la preocupación por el cuerpo (Cash y Pruzinsk, 2002).

Por otra parte, las teorías cognitivo-conductuales, explican que las preocupaciones psicopatológicas que se relacionan con la IC de un individuo sesgan de manera automática la información que se procesa a nivel cognitivo (Williamson, 1996).

Mineka y Sutton (1992) han identificado cuatro tipos comunes de sesgo o errores cognitivos: (a) sesgo de atención, (b) sesgo de memoria, (c) sesgo de juicio y (d) sesgo asociativo. De estos cuatro tipos de sesgos, tres han sido el foco de investigación en relación con los trastornos de la alimentación y la preocupación por el tamaño del cuerpo (Mineka y Sutton, 1992).

Marco Teórico

Los modelos cognitivo-conductuales de imagen corporal, consideran a los trastornos alimentarios como una forma de expresión desadaptativa en respuesta a dos grupos de factores de influencia proximales: (a) los procesos cognitivos activados por las experiencias diarias relacionadas con el cuerpo y (b) las reacciones emocionales que surgen de esos procesos cognitivos (Cash, 2012).

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

4.1. Medición de los componentes de la Imagen Corporal

De acuerdo con la conceptualización cognitivo-conductual, la imagen corporal es un constructo multidimensional (Cash, 2011, 2012), que ha recorrido ya aproximadamente dos siglos, y los avances científicos han propuesto varios instrumentos de evaluación para medir la IC y para evaluar el descontento con el aspecto físico (Cash y Brown, 1987; Cash y Pruzinsk, 2002; Grogan, 2008; Thompson, 1990). La evaluación de la IC incluye: los aspectos de la percepción y las actitudes hacia el cuerpo (Cash y Pruzinsk, 2002; Grogan, 2008).

Entre las propuestas para evaluar la IC, podemos hallar el uso de entrevistas, escalas y cuestionarios (Cash y Brown, 1987; Polivy, Herman, y Pliner, 1990; Thompson, 1990). Sin embargo, y pese a la diversificación de métodos propuestos, carecemos de adaptaciones y validaciones de los instrumentos al español, de modo que respondan a las necesidades de la lengua y su cultura. En consecuencia, la evaluación de la IC se ha vuelto un reto para los profesionales de la Psicología (Thompson et al., 2012), especialmente aquellos que trabajan en el medio hispanoamericano.

Los instrumentos estructurados, especialmente: los cuestionarios, han demostrado su efectividad en el momento de la detección temprana de las AIC, a través de ellos, se pueden evaluar los aspectos cognitivos y conductuales de la insatisfacción corporal. En efecto, con una buena evaluación se pueden medir las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia cuando, por ejemplo, se pide al examinado que describa aquella parte de su apariencia que más le disgusta. También, los aspectos comportamentales de la IC, por ejemplo, la conducta repetitiva de mirarse al espejo, pesarse, entre otros. Por su parte, las escalas tienen como objetivo principal medir la satisfacción o la insatisfacción de la IC en las personas, estos instrumentos han sido adaptados por sus autores, para evaluar tanto el cuerpo femenino como masculino.

4.2. Medidas que evalúan el componente perceptivo de la IC

La distorsión perceptiva de la IC implica juicios inexactos del tamaño corporal, lo que ocurre cuando, por ejemplo, los adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria sobreestiman su tamaño corporal (Cash y Pruzinsk, 2002). El componente perceptivo de la IC se suele medir investigando en el evaluado la exactitud de la estimación del tamaño del cuerpo en relación con el tamaño real (Yo real). Los instrumentos que valoran el componente perceptivo de la imagen corporal pueden utilizar: (a) métodos representativos, cuando el evaluado compara su propio cuerpo con una imagen; o (b) métodos métricos, cuando el participante compara su propio cuerpo con una longitud física o un estándar (Sadibolova et al., 2019).

Por otro lado, además de los métodos mencionados anteriormente, Cash y Pruzinsk (2002), describen otra manera de evaluar el componente perceptivo de la IC, a través del uso de técnicas psicofísicas, que permiten una separación de los sentidos y componentes no sensoriales de la distorsión del tamaño corporal, de esta manera, la estimación del tamaño corporal se refiere a la interpretación del cerebro debido a la entrada visual (Cash y Pruzinsk, 2002).

Entre los métodos representativos que evalúan la IC, están las escalas formadas por dibujos esquemáticos o siluetas del cuerpo humano, en las que se representan los pesos, las formas y los tamaños de los cuerpos (Rivas et al., 2010).

El procedimiento para evaluar con los métodos representativos, consiste en permitir a los evaluados que escojan la figura que mejor representaría su físico ideal y su apariencia, es lo que se llama el Yo ideal (Gardner y Brown, 2010), por ejemplo, " elija la silueta más cercana a su tamaño corporal y que represente su tamaño ideal". Esto quiere decir que la persona evaluada deberá escoger la figura que cree que representa su Yo real y lo diferencie del Yo ideal.

Marco Teórico

Por su parte, la insatisfacción con la imagen corporal, se medirá revisando la discrepancia entre las dos figuras, en la diferencia entre las calificaciones del Yo real y el Yo ideal. La figura elegida como ideal de la persona, muestra si el ideal es ser más delgado o más gordo que su cuerpo real (Fingeret et al., 2004).

A continuación, algunas medidas que evalúan el componente perceptivo de la IC:

4.2.1. Escala de clasificación de figuras

Se trata de un método de siluetas corporales diseñadas y validadas por Stunkard, Sorensen y Schulsinger (1983). Este test formado por dieciocho siluetas corporales (nueve masculinas y nueve femeninas), que representan de manera continua y ascendente una distribución de formas que van desde la figura muy delgada, normal y extrema gorda (Figura 1).

Este instrumento mide la imagen corporal desde lo perceptivo, se instruye al evaluado para que escoja una figura que más se aproxima a su silueta, y también la silueta a la que les gustaría parecerse. De esta evaluación se obtiene tres resultados: a) su apariencia actual, b) su apariencia deseada y c) la discrepancia entre la figura deseada y real. Estos datos se interpretan como una medida de insatisfacción con la apariencia. Si la discrepancia es igual a 0, el sujeto está satisfecho con su apariencia; si la discrepancia tiene valor 1+, el sujeto tiene un deseo de ser más ancho o gordo; si la discrepancia tiene un valor -1, el sujeto tiene un deseo de ser más delgado (Stunkard, Sorenson, y Schulsinger, 1983).

A continuación, las siluetas que forman parte de la escala de clasificación de figuras.

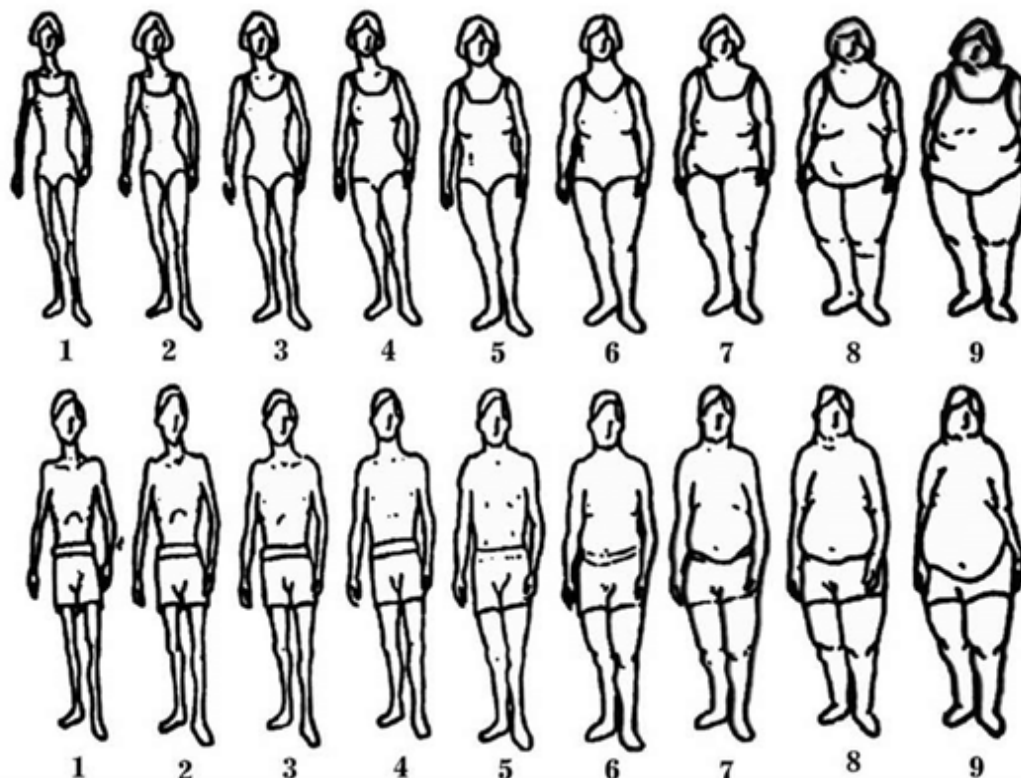


Figura1. Siluetas Escala de clasificación de figuras.

4.2.2. Instrumento de medición de la Silueta

Este instrumento mide la percepción de la imagen corporal. Está conformada por ocho siluetas femeninas. Estas figuras representan gráficamente el cuerpo desde el extremadamente delgado, hasta lo opuesto que sería un cuerpo extremadamente grueso (Figura 2). Para proceder con la evaluación, se consigna a la examinada que seleccione la figura a la que pertenece, pero también aquella silueta que le gustaría ser (Bell, Kirkpatrick y Rinn,1986).

A continuación, las siluetas que forman parte de la escala denominada: Instrumento de medición de la Silueta.



Figura 2. Siluetas de la escala. Instrumento de medición de la Silueta

4.2.3. Test de evaluación de la imagen corporal (BIA)

Es un instrumento de medición, que tiene como fin medir la percepción de la imagen corporal a través de imágenes que representan el cuerpo. Esta prueba, fue diseñada en un primer momento solo para mujeres jóvenes y estuvo formada por nueve figuras, que representan el peso más bajo, hasta lo más obeso que puede llegar a convertirse un cuerpo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989). Este instrumento, fue adaptado por los mismos autores en el año 2000. Quienes ampliaron su aplicación para ser administrado también a hombres, incorporando nueve figuras que representan el cuerpo masculino. En total, dieciocho siluetas de la figura humana (Figura 3). Como es de esperar la persona evaluada deberá elegir la imagen del cuerpo que se piensa que se posee y la imagen de cuerpo que anhela tener (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989).

A continuación, las Siluetas corporales del *Body Image Assessment* para hombres y mujeres.

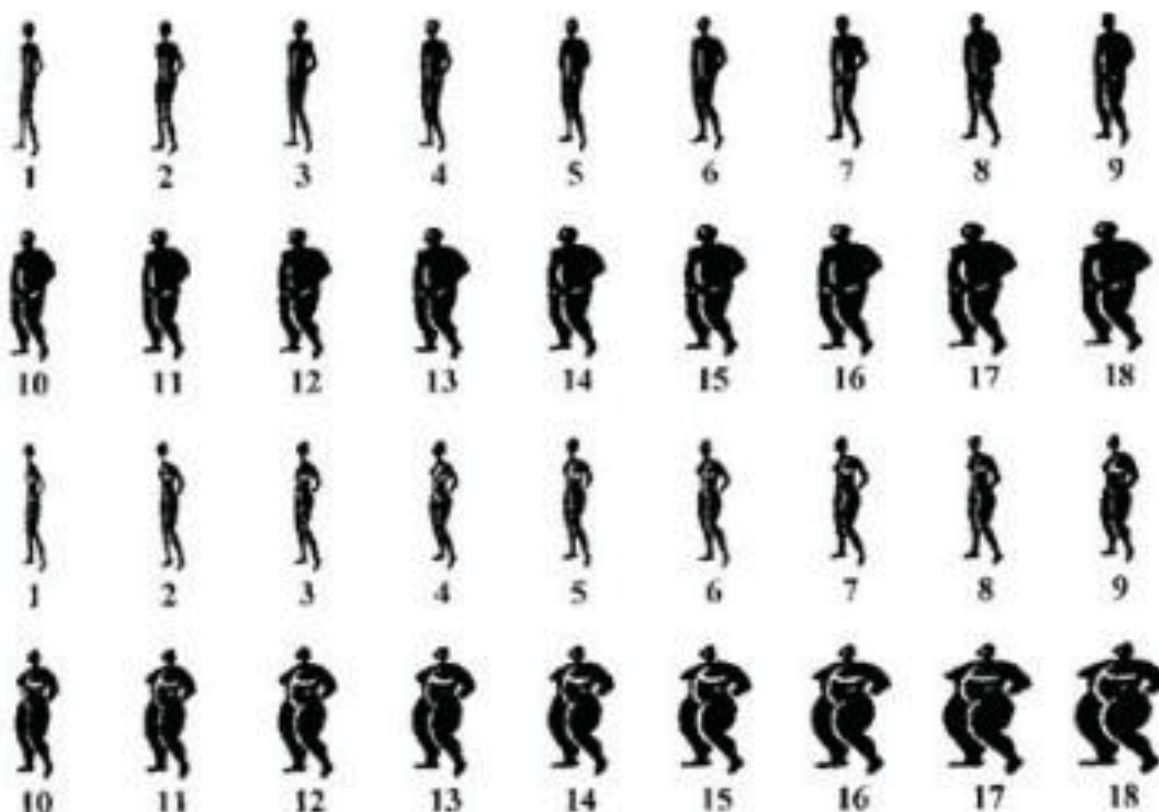


Figura 3. Siluetas corporales del *Body Image Assessment* para hombres y mujeres

4.2.4. Escala de evaluación de la imagen corporal-Cuerpo (BIAS-BD)

Esta escala evalúa la forma del cuerpo, basándose en las medidas antropométricas del cuerpo. Está formado por diecisiete siluetas de contorno de ambos sexos (Figura 4). Este instrumento mide en primer lugar los pesos del cuerpo que se encuentran por debajo del promedio del 60%; y por encima del promedio 140%. En segundo lugar, evalúa, la dimensión perceptiva, donde la estimación de partes corporales (caderas, brazos, piernas, etc.) están en relación con la evaluación subjetiva de su cuerpo (Gardner, Jappe y Gardner, 2009).

A continuación, las Siluetas que forman parte de la escala *The Body Image Assessment Scale-Body Dimensions* (BIAS-BD)

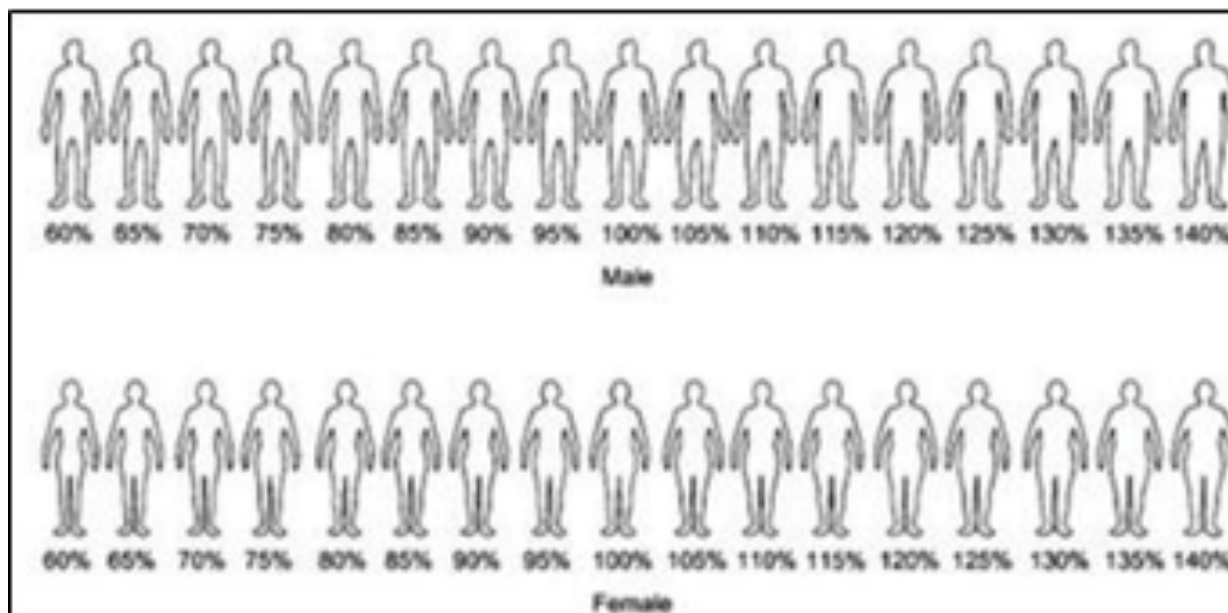


Figura 4. *The Body Image Assessment Scale-Body Dimensions (BIAS-BD)*

4.3. Medidas que evalúan el componente actitudinal de la IC

Estas medidas evalúan la construcción de la imagen corporal y las actitudes sobre la apariencia física, lo que implica, por un lado, la insatisfacción con el tamaño o la forma de su cuerpo y, por otro, las actitudes de la imagen corporal que pueden pertenecer a los atributos físicos particulares o a la apariencia general (Brown et al., 1990; Cash y Pruzinsk, 2002; Grogan, 2008). Estas medidas pueden ser útiles para valorar también a los individuos con trastornos de la alimentación, ya que se han centrado en medir la modalidad de la actitud (Thompson et al., 2012).

Estas medidas que evalúan el componente actitudinal, incluyen de una manera integradora las mediciones de la imagen corporal. Esto es, los subjetivismos que una persona siente con respecto al tamaño y la forma de su cuerpo (actitud) y lo que percibe de su cuerpo o de sus partes (percepción) (Sadibolova et al., 2019).

Marco Teórico

En los siguientes instrumentos, se describen las medidas de la actitud global en relación con la IC, considerados como instrumentos psicométricos, capaces de valorar la insatisfacción corporal y de recoger la opinión del evaluado sobre su tamaño corporal real percibido versus el tamaño de su cuerpo ideal (Bolton et al., 2010).

A continuación, algunas medidas que evalúan el componente actitudinal de la IC:

4.3.1. Índice de satisfacción de la imagen corporal

Estas medidas actitudinales pueden medirse sacando un índice de satisfacción de la imagen corporal global, producto de evaluar la satisfacción con el peso y con la forma. Primero, se puede obtener el peso real y el peso ideal. Luego se analiza la discrepancia entre los dos índices (el peso real y el peso ideal) y se cuantifica como insatisfacción con el peso (Cash, 2002).

4.3.2. Índice de semejanza

Este índice mide el peso, tamaño, forma o características corporales específicas mediante una escala de cinco puntos que va desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”, con descriptores como: “Estoy satisfecho con la apariencia de mi cuerpo” (Cash, 2002).

4.3.3. Las escalas analógicas visuales

Se trata de medidas actitudinales globales de la IC, que utilizan una línea, por ejemplo, de 0-5 o cualquier escala para definir las calificaciones y que pueden significar “extremadamente insatisfecho a extremadamente satisfecho” con la IC; los evaluados hacen una marca en el punto de la línea que refleja su nivel de insatisfacción (Thompson et al., 1991).

4.3.4. Cuestionario de ideales de imagen corporal (BIQ)

Este instrumento formado por 20 ítems, validado en 284 mujeres universitarias, evalúa la imagen corporal actitudinal única considerando la discrepancia subjetiva de uno y el grado de inversión en los ideales personales en múltiples atributos físicos autopercebidos e idealizados.

Marco Teórico

Es decir, el BIQ, al evaluar la satisfacción-insatisfacción de la IC, da importancia a los ideales físicos para la persona en relación con el peso, rasgos faciales, tono/definición muscular, fuerza física, apariencia general, etc. (Cash y Szymanski, 1995).

4.4. Medidas que evalúan el componente afectivo/emocional de la IC

Estas medidas se centran en los sentimientos o la satisfacción que producen determinadas partes del cuerpo o su totalidad (Cash y Brown, 1987; Thompson, 1990). Típicamente, valoran los aspectos emocionales a causa de la insatisfacción del cuerpo en concordancia con emociones negativas como la ansiedad, la vergüenza, el asco, la tristeza y el agobio.

De igual modo, las medidas afectivas de la imagen corporal, evalúan en las personas los síntomas de tensión y de nerviosismo, es decir, valoran el componente de estado y aspecto característico de ansiedad por apariencia (Thompson et al., 2012). Por consiguiente, dichos componentes afectivos pueden ser influenciados por indicadores de vergüenza, por ejemplo, mostrar el cuerpo (piscina, o con una pareja en la intimidad).

4.4.1. El inventario situacional de la disforia de la imagen corporal (SIBID)

Este inventario mide las emociones negativas de la IC en contextos situacionales específicas como la exposición corporal, las relaciones interpersonales situaciones, etc. El SIBID pregunta a los evaluados, con qué frecuencia experimentan disforia a causa de la imagen corporal, en cada una de las 48 situaciones identificadas. Incluye contextos sociales y no sociales y actividades relacionadas con el ejercicio, el aseo, la alimentación, la intimidad, el autoenfoco físico y las alteraciones de la apariencia.

Puntuaciones altas del SIBID-S indica una mayor disforia de imagen corporal (Cash, 2002). Una forma abreviada del SIBID, proporcionada por el mismo autor, es la versión corta (SIBID-S), que contiene 20 elementos.

4.4.2. Escala de estados de imagen corporal (BISS)

Esta medida evalúa los estados de IC evaluativa/afectiva de los individuos. Está compuesta por seis preguntas, que engloban experiencias positivas y negativas; también, el afecto que produce al sujeto ciertas partes del cuerpo.

La validez de constructo de la BISS, fue confirmada tras experimentar la reactividad diferencial de las personas a la información relacionada con la apariencia como una función del nivel de inversión disfuncional de la IC. Esto permitió al autor del BISS entender los procesos dinámicos cognitivos y afectivos asociados a los trastornos de la alimentación y alteraciones de la imagen corporal (Cash et al., 2002).

4.4.3. El Cuestionario de alteración de la imagen corporal (BIDQ)

Este cuestionario mide de manera amplia un continuo de alteraciones de la imagen corporal. Está conformado por siete ítems, que miden preocupaciones asociadas, a la angustia, al deterioro e interferencia en la vida, basándose en las premisas de que estas alteraciones que se caracterizan por una combinación de insatisfacción corporal. Cinco ítems cualitativos que podrían explorar las percepciones de los evaluados en cada una de las áreas examinadas. Los autores afirman que esta medida tiene buenas propiedades psicométricas y se puede utilizar en hombres y mujeres de población general y muestras clínicas. Puntuaciones elevadas en el BIDQ podrían predecir el funcionamiento psicosocial más allá de la insatisfacción corporal como predictor. Las puntuaciones pudieran correlacionarse con medidas de imagen corporal y funcionamiento psicosocial. Además, de predecir estados de la imagen corporal en la vida cotidiana utilizando la metodología de muestreo experiencial (Cash, et al., 2004).

Este cuestionario fue construido tras algunas modificaciones del Cuestionario de trastorno dismórfico corporal de Phillips (1996).

4.5. Medidas que evalúan el componente cognitivo de la IC

Estas medidas evalúan los pensamientos y las creencias sobre la apariencia y el significado del Yo (Schaefer y Thompson, 2014).

Para el componente cognitivo, se incluyen instrumentos que miden las cogniciones fundamentadas en ideales de apariencia y autoesquemas basados en la importancia de la apariencia para la autoestima (Thompson et al., 2012). También, miden algunas dimensiones muy específicas como creencias, pensamientos, atribuciones y otros componentes cognitivos de perturbación a causa de la IC. Los esquemas de apariencia contienen elementos que miden el grado de esquema cognitivo disfuncional en relación con la apariencia de uno (Cash, 2000).

A continuación, algunos instrumentos para evaluar el componente cognitivo de la IC:

4.5.1. Cuestionario de evaluación de las distorsiones cognitivas de la imagen corporal (ABCD)

Este cuestionario fue construido de acuerdo con perspectivas cognitivo-conductuales sobre la imagen corporal (Cash y Pruzinsk, 2002), es decir, actitudes de imagen corporal y esquemas que son cruciales para determinar cómo procesa la información. El ABCD evalúa ocho tipos de pensamiento distorsionado relacionados con la forma en que las personas procesan la información sobre su apariencia física. Fue validado en una muestra de 263 mujeres universitarias. El ABCD parece predecir la calidad de vida de la imagen corporal y las actitudes alimentarias perturbadas.

Las formas unidimensionales son coherentes internamente y fuertemente correlacionadas, así como relativamente libres de respuestas socialmente deseables. La validez convergente para todas las formas de ABCD se estableció firmemente utilizando varias medidas estandarizadas de imagen corporal y actitudes alimentarias (Jakatdar et al., 2006). Sin embargo, la limitación del

Marco Teórico

ABCD parece ser, su poca exploración en grupos controles, por ejemplo, en pacientes adolescentes y grupos clínicos.

4.5.2. El Inventario de Esquemas de Apariencia (ASI)

Es un instrumento de 14 ítems que evalúa la inversión en la IC en relación con algunas creencias o suposiciones sobre la importancia, el significado y la influencia de la apariencia en la vida (Cash, Melnyk y Hrabosky, 2004).

Algunas limitaciones del ASI implican: la inclusión de ítems explícitamente autoevaluables y estereotipos sociales, los pocos ítems de comportamiento y un fracaso repetido para encontrar las diferencias de género esperadas en el ASI.

En su versión revisada, la de 20 ítems, aparece en el Inventario de Esquemas de Apariencia-Revisado (ASI-R) que mide también la relevancia autoevaluativa y la relevancia motivacional en ambos géneros. El ASI-R y sus dos subescalas mostraron diferencias de género significativas, mientras que en el ASI original no ocurría lo mismo (Cash, Melnyk y Hrabosky, 2004).

4.5.3. Inventario de preocupaciones de imagen corporal (BICI)

Es una medida de autoinforme de 19 ítems que indagan en la preocupación por la apariencia dismórfica. Cada ítem evalúa estados cognitivos, afectivos o conductuales que aparecen en este constructo con descriptores como: “no estoy satisfecho con algún aspecto de mi apariencia”. En el proceso de validación del BICI, los autores aplicaron a los participantes junto a medidas existentes de autoinforme y entrevistas de sintomatología dismórfica. Este inventario identifica a los individuos con un diagnóstico de trastorno dismórfico corporal o bulimia (Littleton et al., 2005).

4.5.4. Cuestionario de preocupación dismórfica (DCQ)

Este cuestionario evalúa la preocupación por algún defecto en la apariencia física y es también una medida para detectar preocupaciones características del trastorno dismórfico corporal. Está organizado en una escala tipo Likert, desde 0 (para nada) a 3 (mucho más que la mayoría de las personas).

El cuestionario de preocupación dismórfica (DCQ), tiene excelentes propiedades psicométricas, que confirman su utilidad en población no clínica, lo que lo vuelve hasta cierto punto predictor de las preocupaciones dismórficas (Oosthuizen et al., 1998).

4.5.5. Escala de comparación corporal (BCS)

Esta escala evalúa los procesos de comparación social cognitiva con respecto a la apariencia física. Ha resultado muy útil para trabajar con adolescentes. La investigación para construir la BCS demostró la existencia de dos dimensiones de comparación primarias: peso / no peso y músculo / no músculo. Esta escala diferencia la comparación social de la apariencia entre los hombres y las mujeres, debido a la organización cognitiva de los esquemas de que el BCS. No identifica tendencias de desarrollo, pues al medir con el BCS los esquemas de comparación entre un chico de séptimo y un universitario, los resultados no varían significativamente (Fisher et al., 2002).

4.5.6. Escala de comparación de apariencia ascendente (UPACS) y la Escala de comparación de apariencia descendente (DACCS)

Son escalas de comparación de apariencia direccional, creadas para hombres y mujeres, como medio para evaluar los trastornos alimentarios, preocupación por la gordura y el afecto negativo a partir de las comparaciones de apariencia física ascendente y descendente.

Marco Teórico

El UPACS de 10 elementos y el DACS de 8 elementos (O'Brien et al., 2009) están compuestas por una escala que va desde 1 = nunca a 5 = siempre. Las puntuaciones totales de la escala reflejan comparaciones más frecuentes ascendentes y descendentes. Estas escalas han tenido unas propiedades psicométricas satisfactorias en Australia (O'Brien et al., 2009) y en China (Liao et al., 2014).

Los estudios que han determinado que el UPACS podría ser una referencia que predice cambios en los trastornos alimentarios para las mujeres y preocupaciones sobre la gordura para los hombres, independientemente de las alteraciones iniciales (Liao et al., 2014).

La evaluación de la apariencia física toma en cuenta la comparación social, dimensión en la que se supone que las personas a menudo se evalúan a sí mismas al compararse de forma innata con los demás, especialmente en características que se consideran relevantes.

4.5.7. La escala de comparación de la apariencia física (PACS)

Este instrumento, mide la tendencia de las personas a realizar comparaciones de apariencia física con otras personas en diferentes situaciones sociales. Por ejemplo, uno de sus descriptores indica: “tiendo a comparar mi figura con la figura de los demás en situaciones sociales”.

Esta prueba consta de cinco preguntas, cuyas puntuaciones altas muestran una fuerte correlación con la insatisfacción corporal y los desórdenes alimentarios, e indica la internalización de los ideales de apariencia (Thompson, Heinberg, y Tantleff-Dunn, 1991).

4.5.8. Cuestionario sobre las influencias socioculturales percibidas en la imagen corporal y el cambio corporal

La escala fue diseñada para evaluar la naturaleza percibida de otros (la madre, el padre, amistades) para participar en estrategias de cambio corporal (ganar peso, perder peso y aumentar el tono muscular) (McCabe y Ricciardelli, 2001).

Marco Teórico

Su estructura consta de 8 subescalas que trata sobre mensajes de las madres, padres, compañeros y medios de comunicación sobre el aumento de peso y / o músculo. Su estructura consta de 3 factores para las 4 escalas relacionadas con la retroalimentación percibida de la madre, el padre, el mejor amigo y la mejor amiga. Comentarios sobre el tono muscular cargados de pérdida y aumento de peso.

Los tres factores del cuestionario sobre las influencias socioculturales percibidas en la imagen corporal y el cambio corporal, parecen estar relacionados con: a) retroalimentación general; b) animar, provocar, y modelar para ganar peso y aumentar el tono muscular, y c) estimular, provocar y modelar para perder peso y aumentar el tono muscular (McCabe y Ricciardelli, 2001).

4.5.9. La escala de comparación de la apariencia física revisada (PACS-R)

Esta escala está formada por 11 ítems (0 “nunca” a 4 “siempre”), que miden la frecuencia con la que los participantes comparan su apariencia física con la de otras personas en diferentes situaciones sociales. De manera categórica, se diferencia de la escala de comparación de la apariencia física (PACS) (Thompson, Heinberg, y Tantleff-Dunn, 1991), por presentar limitaciones al analizar el género, pues fue desarrollada para aplicar exclusivamente a mujeres (Robinson et al., 2017). Esta prueba predice significativamente la satisfacción corporal y patología alimentaria. Incluye aspectos de apariencia física que podrían ser la base de comparación en mujeres y hombres, así como en una amplia gama de contextos para la comparación de la apariencia (Schaefer y Thompson, 2014).

Conviene recalcar que fue desarrollada con la intención de incorporar un lenguaje más neutral al género (Khaled et al., 2018), es decir, se aumentó la escala de relevancia para los hombres, además, de una evaluación de peso y forma, dos aspectos de la apariencia importantes para medir en la IC (Schaefer y Thompson, 2014).

Marco Teórico

La PACS-R fue examinada al español por Alcaraz-Ibáñez et al. (2020), sobre todo la estructura factorial y la naturaleza invariante de sus puntuaciones. Del estudio se obtuvo evidencia que apoya la naturaleza unidimensional de las puntuaciones; las variables analizadas se correlacionaron positivamente con los trastornos alimentarios en los dos sexos. Se encontraron diferencias de sexo de débiles a medianas a favor de las niñas (Alcaraz-Ibáñez et al., 2020).

4.5.10. La escala de la comparación de la apariencia física- 3 (PACS-3)

Este instrumento contiene 27 ítems de tipo Likert en un rango de (1 “Nunca” a 5 “Casi siempre”), que evalúan la comparación de apariencia física general, peso/forma y musculatura.

La escala PACS-3, está conformada por tres factores: comparaciones proximales (generalmente son comparaciones con sus iguales o personas cercanas o del entorno social en al que pertenece el individuo), comparaciones distales (comparaciones con personajes importantes o artistas de la farándula) y comparación muscular.

Además, de nueve subescalas (frecuencia de la comparación, dirección de la comparación y efecto/impacto) (Schaefer y Thompson, 2018).

Como resultado, se obtiene la dirección de las comparaciones hacia arriba, cuando los objetivos de comparación son considerados por los individuos que se comparan como más bellos o atractivos, o hacia abajo, cuando los objetivos de comparación son considerados por los individuos en niveles inferiores y llegan a sentirse como personas poco atractivas (Schaefer y Thompson, 2018).

4.6. Medidas que evalúan el componente comportamental de la IC

Las medidas que evalúan el componente comportamental de la IC, han recibido un análisis y un estudio muy limitado (Cash y Pruzinsk, 2002). Estas medidas, están encaminadas a valorar las conductas frecuentes y evitativas que adoptan las personas en relación a su imagen corporal.

Marco Teórico

Además, las medidas que evalúan el componente comportamental de la IC, hacen referencia a todas las acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción de la IC (Thompson et al., 2012).

A continuación, el detalle de algunas medidas que evalúan el componente comportamental de la IC:

4.6.1. Cuestionario multidimensional de autorrelaciones corporales (MBSRQ)

Este inventario de autoinforme de versión completa de 69 ítems consta de 10 subescalas: evaluación y orientación con respecto a apariencia, estado físico y salud/enfermedad, más preocupación por el sobrepeso, peso auto-clasificado y la satisfacción de áreas corporales. Esta versión del MBSRQ evalúa diversos componentes de la IC, la orientación con respecto a la apariencia, estado físico y salud, pero sobre todo mide la preocupación por la IC, la actitud hacia el yo físico, que incluye componentes evaluativos, cognitivos y conductuales. El yo físico abarca no solo la apariencia física de uno, sino también la competencia o "aptitud" del cuerpo. Este instrumento fue diseñado para ser aplicado en adultos y adolescentes (15 años o más) (Cash, 2000).

4.6.2. Inventario de estrategias de afrontamiento de la imagen corporal (BICSI)

Este instrumento mide el grado de adaptación donde los sujetos intentan manejar situaciones donde ponen a prueba sus experiencias de imagen corporal. Esta medida está formada por 29 ítems y 3 subescalas que reflejan: evitación, fijación de la apariencia y aceptación racional positiva (Cash, Santos y Williams, 2005). La fiabilidad de las puntuaciones del inventario de estrategias de afrontamiento de la imagen corporal, ha sido comprobada en población joven de ambos sexos.

Marco Teórico

Los autores del BICSI, manifiestan que cuenta con garantías psicométricas y correlaciona con la autoestima, el apoyo social y los trastornos alimentarios (Cash y Grasso, 2005; Cash et al., 2005).

También, Hrabosky et al. (2009) utilizaron este inventario para identificar diferencias en los enfoques de afrontamiento de la imagen corporal entre los grupos clínicos con trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa. Además, del trastorno dismórfico corporal (Hrabosky et al., 2009).

4.6.3. Cuestionario de exposición corporal durante actividades sexuales (BESAQ)

Este cuestionario mide la intersección del funcionamiento sexual y la imagen corporal. Está formado por 28 ítems listos para evaluar, el grado de autoenfoco ansioso del individuo y la evitación de exponer su apariencia física en contextos sexuales.

El cuestionario de exposición corporal durante actividades sexuales, ha sido utilizado ampliamente donde la evidencia manifiesta haber brindado buenas propiedades psicométricas en población de hombres y mujeres universitarios (Cash, 2004; Phillips et al., 2004).

Los autores de este instrumento manifiestan que muestra correlaciones con la satisfacción corporal y la inversión en apariencia e inclusive le catalogan como un instrumento que pudiera predecir el funcionamiento sexual, especialmente las etapas de placer y deseo (Cash, Jakatdar et al., 2004).

4.6.4. Cuestionario-Escala de Apariencia (MBSRQ-AS)

Este instrumento evalúa las actitudes de la imagen corporal valorando la apariencia física. Está formada por 34 elementos o ítems y de 5 subescalas.

Marco Teórico

Los factores resultantes que contiene el MBSRQ-AS son: evaluación/orientación de la apariencia, evaluación/orientación de la condición física, evaluación de la salud y orientación a la enfermedad de la apariencia, preocupación por el sobrepeso y preocupación por áreas del cuerpo (Cash, 2000).

El MBSRQ-AS explora la satisfacción/descontento con partes específicas del cuerpo y atributos (por ejemplo, la cara, el torso medio, el peso, etc.). Los evaluados responden en una escala de 5 puntos desde *muy insatisfechos* a *muy satisfechos* con las áreas y atributos del cuerpo. La validación fue realizada en 1064 mujeres y 988 hombres (Cash, 2000).

4.6.5. Inventario de esquemas de apariencia revisado (ASI-R)

Esta medida evalúa la inversión de las personas en su propia apariencia. Está formada por 20 ítems y dos subescalas para evaluar, las creencias de los individuos sobre cómo su apariencia influye en su valor personal o social y en su Yo.

Además, de la relevancia motivacional de la apariencia para poner atención o tratar de controlar su apariencia. El valor convergente y predictivo permite su uso también en grupos clínicos (Cash, Jakatdar y Williams, 2004).

4.6.6 Cuestionario de evitación a causa de la Imagen Corporal (BIAQ)

El Cuestionario para medir la evitación a causa de la Imagen Corporal (BIAQ), es una medida de autoinforme de la evitación conductual de las experiencias que podrían aumentar la angustia o la insatisfacción relacionada con el cuerpo (Rosen et al., 1991). El Cuestionario para medir la evitación a causa de la Imagen Corporal, mide el componente conductual de la IC y la frecuencia de conductas de evitación relacionadas con la IC.

Marco Teórico

Como medida de autoinforme el BIAQ, también analiza las tendencias de comportamiento, por ejemplo, la evitación de situaciones que provocan preocupaciones sobre la apariencia física y la frecuencia con la que se practican conductas que denotan cierta preocupación por la apariencia física.

El BIAQ, está formado por cuatro factores que son: 1) actividades sociales, 2) arreglarse y pesarse, 3) vestimenta y 4) restricción de la alimentación (Rosen et al., 1991). El BIAQ, ha sido validado en distintos idiomas con diversas poblaciones: adolescentes, jóvenes y adultos, con y sin psicopatología (Brytek-Matera y Rogoza, 2016); entre ellos destacan las versiones al italiano (Riva y Molinari, 1998), alemán (Legenbauer et al., 2007; Steinfeld et al., 2018), francés (Maïano et al., 2009), portugués (Campana et al., 2009) y polaco (Rogoza, 2015). Estas validaciones han demostrado sus aceptables propiedades psicométricas para medir la evitación a causa de la IC.

La imagen corporal, considerada por Cash (2012), como una construcción multidimensional, tiene diferentes matices cuando se busca medir ciertos aspectos o dimensiones específicas, por lo que, tras un exhaustivo análisis se escogieron tres medidas que evalúan el componente comportamental y cognitivo de la IC. Se ha elegido al cuestionario BIAQ y las escalas PACS-R y al PACS-3, para ser adaptadas y validadas al español, pues, se distinguen por sus adecuadas propiedades psicométricas y por sus cualidades para identificar elementos distintos de la imagen corporal y algunos componentes de las alteraciones de la imagen corporal en adolescentes y jóvenes, mencionadas anteriormente.

Marco Teórico

Psicométricamente, el cuestionario BIAQ y las escalas PACS-R y al PACS-3, son medidas sólidas y bien consolidadas que tienen una clara relevancia clínica y empírica, y que son necesarias en una versión al español, ya que, contribuirán y conducirán a los investigadores y Psicólogos a usar la versión española de estos instrumentos de evaluación.

Por su parte, las escalas PACS-R y al PACS-3 han sido seleccionadas debido, en primer lugar, a su especificidad y su fiabilidad especialmente al evaluar la comparación de apariencia física en ambos sexos. En segundo lugar, porque permiten predecir algunas AIC, tales como los alteraciones alimentarias y preocupaciones dismórficas, que podrían ser un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria o el trastorno dismórfico corporal. Además, el PACS-3 es una medida que permite obtener la dirección y el impacto emocional causado por la comparación social.

PARTE II

CAPÍTULO V

OBJETIVOS

5. 1. Objetivos

Objetivo General

La presente tesis doctoral se planteó como objetivo general:

- Adaptar y validar instrumentos que evalúan componentes conductuales y cognitivos propios de las alteraciones relacionadas con la imagen corporal mediante el estudio de la estructura factorial y las propiedades psicométricas del cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal (BIAQ) y las escalas de comparación de la apariencia física (PACS-R) y (PACS-3), en población española adolescente y joven.

Objetivos específicos del estudio 1:

- Adaptar el cuestionario BIAQ al español.
- Estudiar la estructura factorial del cuestionario BIAQ.
- Analizar la invariancia de la medición de BIAQ a través del sexo.
- Determinar la fiabilidad de las puntuaciones del BIAQ y evidencia de validez.
- Estudiar la sensibilidad y especificidad del cuestionario para establecer un punto de corte.

Objetivos específicos del estudio 2:

- Validar la estructura factorial del PACS-R y PACS-3.
- Examinar la invarianza de medición a través del sexo.
- Hallar la consistencia interna y evidencias de validez en relación con otras escalas.
- Analizar la validez incremental del PACS-3 sobre el PACS-R para predecir las alteraciones alimentarias y preocupaciones dismórficas.

PARTE III

CAPÍTULO VI

MARCO EMPÍRICO

ESTUDIO 1

Estudio 1 titulado “**FACTOR STRUCTURE AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES
OF THE SPANISH VERSION OF THE BODY IMAGE AVOIDANCE
QUESTIONNAIRE (BIAQ)**”

Este trabajo se encuentra publicado en la referencia que se indica a continuación:

Senín-Calderón, C., Santos-Morocho, J. L., & Rodríguez-Testal, J. F. (2020). Factor structure and psychometric properties of the Spanish version of the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ). *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 591-600. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00650-7>

6.1.1 Abstract

Purpose: The main objective of this study was to analyse the factor structure and psychometric properties of a Spanish validation of the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) in a community sample of adolescents. *Methods:* A total of 4283 people (55.9% girls, aged 12 to 18) participated. *Results:* Confirmatory factor analysis corroborated four first-order factors related to a second-order factor including the total BIAQ score, with excellent fit and invariance across the sexes. The total internal consistency of the questionnaire was adequate, although two factors showed low reliability. Strong relationships were found with scales evaluating preoccupation with weight and dysmorphic concerns, and moderate correlations with dissatisfaction and investment in appearance. It was found that 24.06% of adolescents with body image disturbance could be at risk of developing a body image disorder. *Conclusions:* The results of this study support the use of the Spanish translation of the BIAQ for assessing behavioural characteristic of body image disturbance.

Level of Evidence: V, cross-sectional descriptive study.

Keywords: Body image disturbance, adolescents, validity, body image avoidance, BIAQ, Psychometric properties.

6.1.2 Introduction

Sociocultural pressures to achieve the ideal of beauty favour internalizing and overvaluing appearance, making adolescence a period of vulnerability for developing dissatisfaction with body image [1]. Dissatisfaction with body image has been related to low self-esteem, higher risk of depression [2], poorer quality of life [3], anxiety [4] risk of symptomatic characteristics for diagnosis of eating disorders (EDs) [5, 6], as well as major characteristics of body dysmorphic disorder (including muscle dysmorphia) [7]. However, this dissatisfaction is not in itself indicative, at least not independently or exclusively, of body image disorder (BID) [8]. The emotional and behavioural consequences of such dissatisfaction must also be considered [9].

In spite of the demonstrated importance of altered behaviour in the development and maintenance of BID [10], less attention has been given to its evaluation, at least in nonclinical populations. The behavioural component may lead to avoidance and/or checking of body, weight, shape, size or general appearance. Avoidance refers to not confronting one's own body or to not engaging in situations that generate preoccupation with appearance, such as those in which the person believes that he or she will be evaluated (e.g., not looking in the mirror or at reflective surfaces, camouflaging parts of the body, avoiding social situations). Body checking includes repetitive behaviour evaluating shape, size or weight (e.g., weighing oneself repeatedly, looking in the mirror often). Both avoidance and checking have been strongly related to body image dissatisfaction, preoccupation with weight, shape, appearance and eating in community samples, in which clinical indicators are stable; these behaviours may interfere more in populations with ED and body dysmorphic disorder (BDD) [11, 12].

Such behaviours have been studied to a greater extent in EDs, but they are also characteristic of BDD, where preoccupation is not related to fat or body weight but to one or more defects that may be minor to the observer but are clearly perceived by the one whose physical appearance is being evaluated [11, 13, 14]. High comorbidity between ED and BDD [15] has led some authors to consider both disorders as a BID [7], in which body image dissatisfaction may lead to body image distortion [16].

These avoidance behaviours and/or checking of body, weight, shape, size or general appearance could be considered obsessive-compulsive features, which would fit in with possible inclusion of ED or BDD in the obsessive-compulsive spectrum [17], although not necessarily in the diagnosis of OCD [18]. Examples of obsessive and compulsive behaviour beliefs that increase risk for ED in nonclinical populations are physical exercise to regulate negative affect [19], body checking cognitions and behaviours, related safety and control behaviours, and bingeing, purging and exercise behaviours [20]. This type of repetitive checking, as with weight, is also observed in clinical populations [21], in which perfectionism and neuroticism moderate the relationship between body dissatisfaction and obsessive-compulsive symptoms [22].

There are few instruments for evaluating the altered behaviour typical of BID. The Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) [23] is the one most widely used for evaluating behaviours like avoiding looking at one's own body or allowing others to see one's body [24]. The BIAQ has been translated and validated in Italian [25], German [26, 27], French [28], Portuguese [29] and Polish [30]. However, it has not yet been validated in Spanish. The known validations of the BIAQ have been performed with adults and adolescents with no psychopathology and subjects with eating or obesity psychopathology, where its discrimination between populations mainly with ED has been demonstrated [23, 26, 27, 30].

Its high sensitivity for detecting change during therapeutic intervention in patients with bulimia nervosa has also been demonstrated [23].

Some studies have validated the questionnaire only with girls and others with both sexes. As far as we know, only the French validation has contributed data on invariance of measurement across sexes, which showed that the majority of the items on the BIAQ are comparable between boys and girls. All of the studies have been characterized by having generally demonstrated adequate internal consistency indicators and evidence of validity. It has been strongly related to measures assessing dissatisfaction with BI, attitude towards BI and eating disorder behaviours [27, 28, 30]. However, it seems that there is no consensus on the number of factors in the instrument or their coincidence with those found by the designers of the instrument. Rosen et al. [23] found four factors, namely, “clothing”, “social activities”, “eating restraint” and “grooming and weighing”. The factors found in validations in other languages have varied from 2 to 4 first-order factors, and some studies have demonstrated an overall second-order factor [26, 28, 30, 31]. The Portuguese validation, which was based on an experts’ theoretical model, was validated using confirmatory factor analysis with satisfactory results. Some studies have eliminated items from the questionnaire, while others have retained all 19 of its original items.

With 472 million native Spanish speakers worldwide [32] and no specific validated measure in Spanish for evaluating body image avoidance to date, we believe a Spanish adaptation and validation of the BIAQ to be necessary. Therefore, in this study, we posed the following objectives: 1) adapt the BIAQ questionnaire to Spanish, 2) study the BIAQ questionnaire’s factor structure, 3) analyse BIAQ’s invariance of measurement across sex, 4) determine the BIAQ’s reliability and evidence of validity, and 5) study its measurement sensitivity and specificity to set a cutoff point.

6.1.3 Method

6.1.3.1 Participants and procedure

The sample consisted of 4283 subjects aged 12 to 18 ($M=14.66$; $SD=1.67$) from 32 public and private high schools in western Andalusia (Spain). Girls accounted for 55.9% of the sample. The average social class index (SCI) per Hollingshead [33] was 53.03 ($SD=21.33$) (mean social class).

Participants were recruited by incidental sampling. Several high schools were contacted, and the objectives of the study were presented to the principals. Assessments were made in groups in the classrooms at each high school during school hours by psychologists who were experts in psychological evaluation.

6.1.3.2 Instruments

First self-administered assessment (by authors). This assessment was used to identify participant gender and age and average Hollingshead [33] Social Class Index (SCI).

Body Image Avoidance Questionnaire BIAQ [23]. This scale is comprised of 19 items that evaluate avoidance behaviour caused by dissatisfaction with one's physical appearance. It has a Likert-type response format with six choices from 0 = "never" to 5 = "always". All item responses are positively keyed. The authors of the questionnaire identified four factors: *clothing*, which refers to using clothing to conceal or avoid body exposure (e.g., "I don't wear 'revealing' clothes (e.g., bathing suits, tank tops, or shorts)"); *social activities*, which refers to avoiding social activities involving eating in front of other people or situations where weight and physical appearance could be the subject of attention (e.g., "I do not go out socially if the people I am with are thinner than me"); *eating restraint*, whose items assess food restriction or dieting (e.g., "I restrict the amount of food I eat"); and *grooming and weighing*, which evaluates personal care habits involving dressing well, weighing or grooming (e.g., "I weigh

myself”). A total score may be found by adding up the items. The authors found an internal consistency of $\alpha = .89$, test-retest reliability (at 2 weeks) of $\alpha = .87$ and high correlations with scales evaluating negative attitudes towards weight, manner and distorted perception of body size.

Translation and adaptation of the BIAQ questionnaire to Spanish was performed by two translators, one of them familiar with the Spanish culture and the other familiar with the culture of the United States. First, it was translated to Spanish and then this translation was backtranslated into English. These versions were then compared with the original English version by two clinicians who were experts on the questionnaire.

Dysmorphic Concern Questionnaire DCQ [34], Spanish version, by Senín-Calderón et al. [35]. This examines concerns with body or body parts typical of BDD. It is comprised of seven items with a four-choice Likert response, in which each item is rated 0–3, where 3 shows the most concern. All item responses are positively keyed. The authors of the instrument found internal consistencies of $\alpha = .80$ to $\alpha = .88$. With an adult Spanish population, the DCQ showed internal consistency of $\alpha = .85$ and test-retest reliability of $r = .87$ (average interval of one month). For this sample, the Cronbach’s $\alpha = .81$.

Children’s Depression Inventory (CDI) [36]. This inventory was adapted to Spanish by Del Barrio and Carrasco [37]. The CDI evaluates the presence and severity of depressive symptomatology in children and adolescents. It contains 27 items with three answer choices (0 = symptom absent, 1 = moderate symptom, and 2 = severe symptom). Responses to Items 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 are positively keyed, and the rest are reverse-scored. The Spanish version has an internal consistency of $\alpha = .70$ to $\alpha = .94$ and adequate test-retest reliability (at an interval of 2-4 weeks). The Cronbach’s α found with the sample in this study was $\alpha = .85$ for the total test.

Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scale (MBSRQ-AS)

[38], Spanish version by Roncero et al. [39]. This measure consists of 34 items that assess attitudes (evaluative, cognitive and behavioural) towards body image. The version used for the study has five factors: appearance evaluation (AE), appearance orientation (AO), body areas satisfaction (BAS), overweight preoccupation (OP), and self-classified weight (a factor not used in this study). The items are answered on a 5-point Likert-type scale and assess agreement from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree), frequency from 1 (never) to 5 (quite often), or satisfaction from 1 (very dissatisfied) to 5 (very satisfied). For the items related to weight, the participants use ratings from 1 (very underweight) to 5 (very overweight). Items 11, 14, 16, 18, 19, 20 are reverse scored, with the rest being positively keyed. This instrument was administered to $n=640$ participants. The Spanish version of the MBSRQ-AS showed favourable internal consistency indicators (.76 to .88). With the sample in this study, internal consistency for the AO factor was Cronbach's $\alpha = .90$, for AE $\alpha = .87$, for BAS $\alpha = .86$, and for OP $\alpha = .67$.

6.1.3.3 Data analyses

Descriptive analyses were performed for the items on the BIAQ questionnaire. The sample was divided at random into two groups for cross validation. Exploratory factor analysis (EFA) was used with Sample 1 to find evidence of construct validity, and the structure found was subjected to confirmatory factor analysis (CFA) with Sample 2. The model fit was evaluated with the following goodness-of-fit criteria: Satorra-Bentler chi-square (χ^2), the Comparative Fit Index (CFI) and Non-Normed Fit Index (NNFI), which must be over .90 [40], the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) and its 90% confidence interval, and the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), which must be below .05 to be considered adequate or between .05 to .08 to be considered acceptable [41].

The measurement invariance across sex was tested by a multi-group CFA. Model fit was assessed by Δ CFI and Δ NNFI. There is invariance if Δ CFI and Δ NNFI are $<.01$ [42]. Internal consistency was found with the ordinal α . To find evidence of convergent validity, the Pearson's correlation was found for the BIAQ factors, the total score on the DCQ, the CDI depressive symptoms and the MBSRQ-AS factors. Finally, the ROC curve was found to determine the sensitivity and specificity of the BIAQ questionnaire and to recommend a cutoff point. All statistical analyses were performed with Factor 10.4.01, SPSS 24 and LISREL 8.7 software.

6.1.4 Results

6.1.4.1 Descriptive analyses of the items on the BIAQ scale

The results of the descriptive analyses of the BIAQ are shown in Table 1. The data did not follow either a univariate or a multivariate normal distribution. The Mardia test showed a statistically significant result = 181.61, $p<.001$. Skewness ranged from .01 to 3.22, and kurtosis from .02 to 10.43. Item 10 was the only one that exceeded a critical skewness of 3 and kurtosis 10. The percentages of affirmative answer choices—that is, subjects who scored 4 or 5—were found for each of the items. Table 1 shows that Items 2 and 4 had the lowest response frequency. These items refer to the use of clothing the subject dislikes and loose clothing, respectively. The items answered the most frequently were Items 14 and 19 about personal care habits, such as looking at oneself in the mirror, using makeup and dressing well. A comparison of means of the total BIAQ score was performed between the sexes. Statistically significant differences were found, in which girls had a higher mean ($t(4281)=-17.95$, $p<.001$; $M_{\text{girls}}=26.21$, $SD=11.29$, $M_{\text{boys}}=20.32$, $SD=9.81$).

Table 1. Descriptive statistics of the items on the BIAQ

Items	Mean (SD)	Skewness	Kurtosis	Percentage of affirmative responses
1	1.93 (1.46)	.28	-.87	18.5%
2	.53 (0.87)	2.03	4.62	1.4%
3	2.31 (1.39)	-.04	-.79	22.7%
4	.34 (0.92)	3.22	10.43	2.7%
5	1.12 (1.43)	1.17	.32	8.4%
6	1.12 (1.31)	.95	-.03	5.9%
7	.47 (1.12)	2.69	6.53	4.6%
8	.68 (2.15)	2.15	3.92	5.3%
9	.58 (2.43)	2.43	4.89	6.3%
10	.41 (3.15)	3.15	8.99	4.9%
11	.46 (1.17)	2.78	6.93	5%
12	2.07 (0.36)	.36	-.71	16.5%
13	1.20 (1.40)	1.01	.02	8.9%
14	3.51 (1.56)	-.80	-.47	59.1%
15	1.54 (1.84)	.84	-.78	20%
16	.79 (1.39)	1.76	1.95	8.5%
17	.80 (1.45)	1.81	2.07	8.9%
18	1.14 (1.64)	1.19	.04	13.1%
19	2.57 (1.91)	-.18	-1.48	40.3%
Total BIAQ	23.61 (11.06)	1.11	2.19	

6.1.4.2 Preliminary analyses

The sample was divided at random into two groups. The sociodemographic variables (sex, age, and SCI, $p > .05$) and BIAQ overall measurements ($p > .05$) were equivalent in both groups (Table 2).

Table 2. Comparison of means between Sample 1 and Sample 2 of sociodemographic variables and total scores on BIAQ

	Sample 1 (<i>n</i> =2136) <i>M</i> (<i>SD</i>), <i>n</i> (%)	Sample 2 (<i>n</i> =2146) <i>M</i> (<i>SD</i>), <i>n</i> (%)	<i>t</i> / χ^2 (<i>df</i>)	<i>p</i>
Age	14.68 (1.67)	14.64 (1.67)	.919 (4281)	.358
SCI ^a	43.56 (21.12)	42.51 (21.53)	1.62 (4281)	.106
BIAQ-total	23.74 (11.35)	23.48 (20.76)	.772 (4281)	.440
Girls %	1178 (49.20)	1216 (50.80)	.961 (1)	.327

^aSCI: social class index

6.1.4.3 Exploratory Factor Analysis of the BIAQ

The EFA of the BIAQ was done with Sample 1 (*n*=2136). Robust Diagonally Weighted Least Squares (RDWLS) estimation was performed using the polychoric correlations matrix and direct oblimin rotation. The results were adequate for the KMO =.82 [95% CI = .81, .84] and Bartlett's test of sphericity, $\chi^2_{(171)} = 8298.6$, $p < .001$. Schwarz's Bayesian Information Criterion recommended a four-factor solution that explained up to 55% of the variance. The factors and distribution of items were identical to those found by Rosen et al. [23]; although Item 18 loaded onto two factors with similarly, it was considered more appropriate for the "Clothing" factor, as proposed by the authors (Table 3). The correlations between factors were statistically significant ($p < .05$) and ranged from .385 to .090.

Table 3. Exploratory Factor Analysis rotated factor matrix loadings with sample 1 ($n=2136$)

Items	Social Activities	Grooming and Weighing	Clothing	Eating Restraint
BIAQ 10	1.09			
BIAQ 11	.867			
BIAQ 9	.858			
BIAQ 8	.691			
BIAQ 18	.319		.296	
BIAQ 19		.706		
BIAQ 14		.626		
BIAQ 12		.267		
BIAQ 1			.849	
BIAQ 16			.795	
BIAQ 4			.710	
BIAQ 3			.638	
BIAQ 2			.497	
BIAQ 13			.438	
BIAQ 17			.339	
BIAQ 15			.279	
BIAQ 5				.703
BIAQ 6				.661
BIAQ 7				.364
% explained variance	28.95%	10.35%	8.95%	6.77%

6.1.4.4 Confirmatory Factor Analysis of the BIAQ

CFA was performed with Sample 2 ($n=2146$) using RDWLS estimation with an asymptotic covariance matrix. Four models were tested (Table 4): the four-factor model extracted from the EFA (Model 1); a second-order model with one general factor representing the total BIAQ score and the four first-order factors found in the EFA (Model 2); a reduced, 14-item model with two factors (exposure and social discomfort; Model 3), as proposed by Lydecker et al. [31]; and a model (also reduced, to 13 items) as proposed by Campana et al. [29], with three factors (body shape, refusal strategies, body exposure and accommodation strategies; Model 4). All the models showed very similar (adequate) goodness-of-fit indicators.

However, Model 4 had four items with factor loadings below .30 and was the one with the most residuals. The factor loadings in the rest of the models were over .30. Keeping in mind that the goodness-of-fit indicators were good in the models in which no items were eliminated, Model 2 was chosen because it includes the possibility of obtaining a total score on the BIAQ scale, which may be used as a criterion of severity of altered behaviour related to body image. Figure 1 shows the completely standardized factor loadings.

Table 4 Model fit indices for the models with Sample 2 ($n=2146$)

Models	Satorra-Bentler Scaled Chi²	Df	CFI	RMSEA 90% CI	NNFI	SRMR
Model 1	912.75	146	.970	.050 [.046, .053]	.962	.068
Model 2	937.143	148	.970	.050 [.047, .053]	.962	.069
Model 3	481.280	76	.977	.050 [.046, .054]	.972	.060
Model 4	559.973	62	.962	.061 [.057, .066]	.952	.083

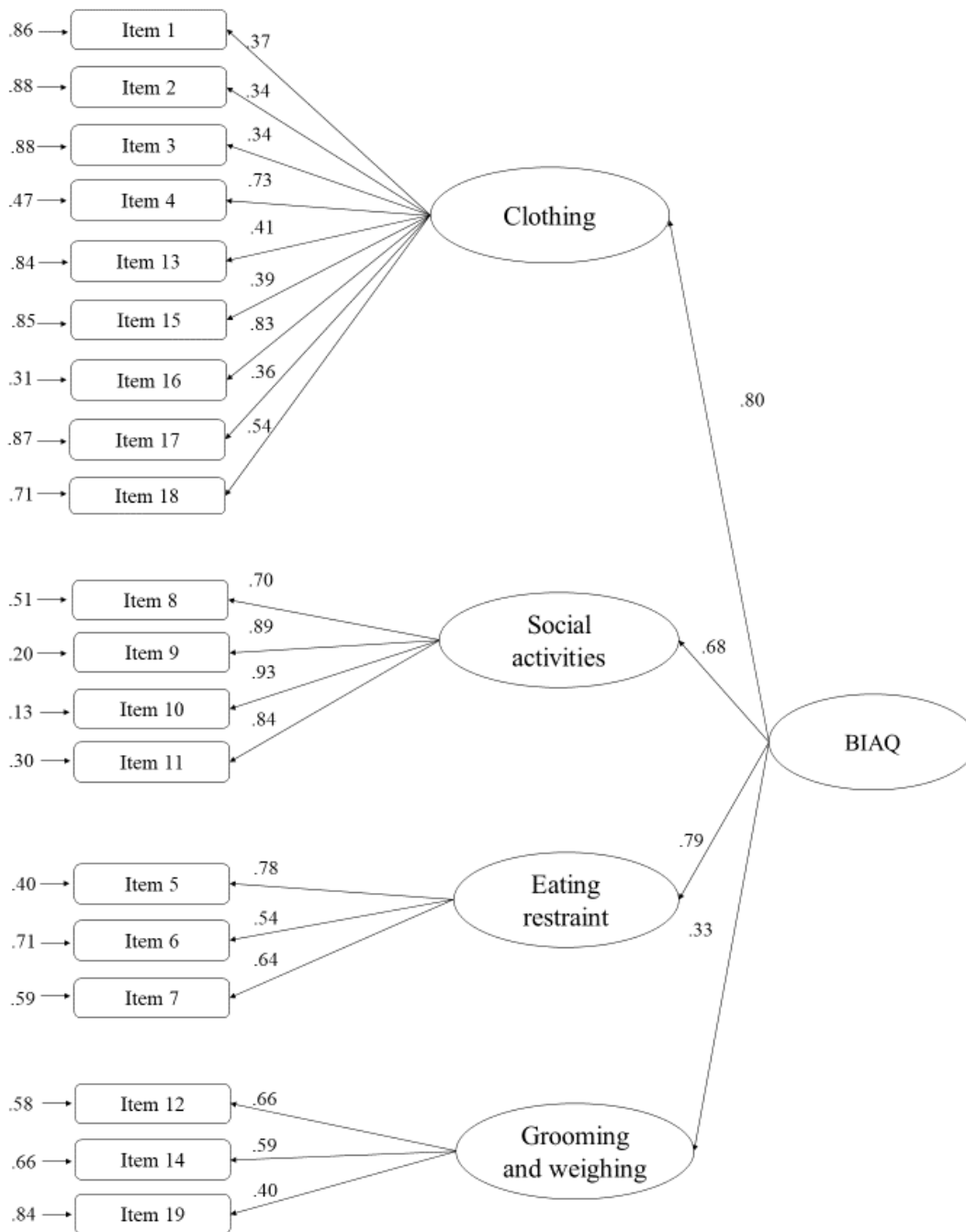


Fig. 1 Path diagram and estimates for the four first-order factors related to a second-order of the BIAQ with Sample 2

Figure 1. Path diagram and estimates for the four first-order factors related to a second

6.1.4.5 Measurement invariance across sex

A CFA performed on the unconstrained measurement model with the complete sample ($n=4283$) analysed boys and girls separately and found adequate goodness-of-fit indicators. Next, a multiple-group CFA was performed where in the baseline model was estimated (M0, configural invariance) by constraining the factor structure, but freely estimated the loading factor and thresholds between sexes. Some of the goodness-of-fit indicators for this model were appropriate. Then, the factor loadings and the thresholds were constrained to be equal across sex (M1, scalar invariance). Comparing the goodness-of-fit indicators found with the M0, the increase in CFI and NNFI was $< .01$. Therefore, these results show evidence that the structure of the BIAQ (latent construct and items loading on each construct), the factor loadings and the thresholds are invariant across sex (see Table 5).

Table 5. Model fit indices for measurement invariance across sex

Models	Satorra-Bentler Scaled Chi ²	df	CFI	RMSEA 90% CI	NNFI	SRMR	ΔCFI	ΔNNFI
Boys	659.81	148	.969	.043 [.039, .046]	.973	.062		
Girls	1139.67	148	.968	.053 [.050, .056]	.963	.072		
M0. Configural	1745.41	297	.967	.048 [.046, .049]	.962	.071		
M1. Scalar	1925.13	312	.963	.049 [.047, .051]	.960	.076	-.004	-.002

6.1.4.6 Reliability and validity evidence

The internal consistencies of the total BIAQ and the four factors were assessed. An ordinal $\alpha = .91$ was found for the total BIAQ. The “clothing” factor had an $\alpha = .76$, the “social activities” factor an $\alpha = .91$, the ordinal α of the “eating restraint” factor was $\alpha = .65$ and for the

“grooming and weighing” factor, an $\alpha = .56$ was found.

Pearson’s correlation coefficient was calculated to study the evidence for convergent validity (Table 6). All the correlations were statistically significant except the correlations between “social activities” and “appearance evaluation”, and between “clothing” and “overweight preoccupation”. The relationships of the total BIAQ with dysmorphic concerns, appearance orientation, overweight preoccupation and depressive symptoms were positive, and correlations with body area satisfaction (BAS) and appearance evaluation (AE) were negative, showing that the participants who evaluated different areas of their body (BAS) and general appearance (AE) worst had the highest scores on the total BIAQ. The correlations were especially strong between the BIAQ “Grooming and Weighing” and “appearance orientation” factors and between the “eating restraint” and “overweight preoccupation” factors.

Table 6: Bivariate correlations between BIAQ, DCQ, MBSRQ-AS factors and CDI

	DCQ	MBSRQ-AO	MBSRQ-AE	MBSRQ-OP	MBSRQ-BAS	CDI
BIAQ- Total	.540**	.379**	-.338**	.542**	-.294**	.466**
BIAQ- Clothing	.483**	.052*	-.380**	.341**	-.303**	.477**
BIAQ- Social Activity	.274**	.123**	-.043	.178**	-.096**	.250**
BIAQ- Eating Restraint	.302**	.293**	-.306**	.602**	-.219**	.207**
BIAQ- Grooming and Weighing	.271**	.673**	-.129*	.402**	-.118**	.151**

Note: MBSRQ-AO: Appearance Orientation, MBSRQ-AE: Appearance evaluation; MBSRQ-OP: Overweight Preoccupation; MBSRQ-BAS: Body Areas Satisfaction.

** $p < .01$. * $p < .05$

To find the sensitivity and specificity of the BIAQ, two groups of participants were formed: one group made up of those who scored above the 85th percentile on the DCQ and CDI (considered at risk of body image disturbance, $n=276$) and the other of those who scored below the 85th percentile on either of the two measures (no risk, $n=3367$). The ROC area under the curve was statistically significant (area=.84, $p<.001$, 95% CI [.817, .869]), showing 74% sensitivity and 80% specificity for a cutoff point of 29.5 points. This cutoff point corresponds to the 75th percentile (29 points). Considering these results, 24.06% of the sample were at risk of body image disturbance, 72.7% of whom were girls. If this at-risk cutoff point were to be raised to the 85th percentile, 16.20% of the sample with scores equal to or higher than 34 points would be identified.

6.1.5 Discussion

The main objective of this study was to validate the translated version of the BIAQ in an adolescent Spanish population, to examine its factor structure and invariance across the sexes and to find its psychometric properties. In agreement with the authors of the BIAQ [23], as well as Maïano et al. [28] and Steinfeld et al. [27], the instrument showed evidence of construct validity. Four first-order factors and one higher-order factor, which included the total BIAQ score, were found. In the CFA, all the items saturated on their corresponding factor with loadings over .32 [43], and there were no cross loadings; thus, it was not considered necessary to eliminate any items as other studies have done [29, 31].

The BIAQ mean for the whole sample coincided with that found by Maïano et al. [28] for French adolescents and that found by Lydecker et al. [31] for white female university students. The analyses of invariance across sex showed that the BIAQ's structure is comparable between boys and girls and that the scores can therefore be interpreted the same way across sex.

The results show that the BIAQ is a valid and reliable instrument for detecting altered adolescent body image behaviour, although with some nuances. The internal consistency of the total scale was adequate, as well as for the “social activities” and “clothing” factors. However, for the subscales “eating restraint” and “grooming and weighing”, internal consistency was rather low. These results are similar to those found by Brytek-Matera and Rogoza [30], who found low internal consistency in both the clinical and control groups for a factor grouping “eating restraint” with “weighing and grooming”. In the German validation with adolescents [27], the “grooming and weighing ” factor also had inappropriate internal consistency. However, in the French validation, internal consistency was found to be acceptable for this factor, although with a small sample size ($n=106$ subjects). Lydecker et al. [31] eliminated five of the six items corresponding to the “eating restraint” and grooming and weighing” scales and found a two-factor model, whose goodness-of-fit indicators were better than those reported for the original scale in our study (Model 3), as well as in their own and in the recent study by Pellizzer et al. [44]. However, Lydecker et al. [31] did not report what criteria were used to decide on eliminating those items, which could be methodologically questionable. Furthermore, in an additional analysis with the sample in this study (not published in this manuscript for reasons of space), the internal consistency of the reduced questionnaire proposed by Lydecker et al. [31] was identical to the complete questionnaire, and therefore, the elimination of these items was not justified. These problems with the internal consistency of the “eating restraint” and “grooming and weighing” subscales may be due to their only consisting of three items, or due to the construction of the items on these subscales actually differing from the items on the “social activities” and “clothing” subscales: the first two more closely approximate a checking or behaviour control component (“I restrict the amount of food I eat”, “I weigh myself”), whereas the latter seems more related to an avoidance component (“I do not go out socially if I will be ‘checked out’”, “I avoid physical

intimacy”). The “weigh myself” or “look at myself in the mirror” components, when highly frequent, may become compulsive in patients with eating disorders (ED) but may also be avoided. In fact, Shafran et al. [10] found that both behaviours alternately appear in ED depending on changes in mood, eating or weight. Therefore, responses to these items may be inconsistent in a person with body image disturbance. Furthermore, if it is a question of evaluating avoidance behaviours, why are the items on the “grooming and weighing” subscale not scored inversely? If it is a matter of having a measure of severity of behavioural impairment, perhaps it would be of interest to consider the sum of direct scores as such, as conceived by Rosen et al. [23], but if a measure evaluating avoidance behaviour is sought, in our opinion, it would be necessary to invert the items on this subscale.

Because the evidence for the “eating restraint” and “grooming and weighing” factors is not very clear, we think it may be more recommended to consider the BIAQ as a whole—that is, taking the total score on this instrument as an overall measure to assess severity of behavioural impairment related to body image (at least in subjects not diagnosed with body image disorder). Future studies of patients with body image disorder (BID) may shed light on how to interpret the “Grooming and Weighing” subscale items.

Evidence of the convergent validity of the BIAQ has often been analysed by comparison with measures assessing ED symptoms (e.g., [27, 28, 30, 44]). However, none of the known validations has compared it to a test nearer to another aspect of preoccupation with appearance: dysmorphic symptoms or concerns. The results of this study found a strong relationship between dysmorphic concerns and the total BIAQ score, as well as the “clothing” factor; moderate to low correlations were found with “social activities”, “eating restraint” and “grooming and weighing”.

This result could suggest that dysmorphic concerns and altered behaviour are overall indicators of impairment or alteration related to body image, although for precision, it relies on the individual factors. Moreover, a strong relationship was found between the total BIAQ score and the “overweight preoccupation” factor, but moderate with the inversion performed in trying to improve appearance (appearance orientation) and dissatisfaction with appearance, as evaluated with “appearance evaluation” and “body areas satisfaction”. The relationship between the BIAQ with depressive symptomatology was in very strong agreement with other studies [27, 44, 45].

This study had some limitations that have to be taken into consideration. It was a cross-sectional study with a single measure, in which the stability of the measurement could not be analysed to find test-retest reliability. The data collected correspond to adolescents in the community who were not diagnosed with BID, which means that to find a cutoff point on the BIAQ, it was necessary to characterize participants with scores above the 85th percentile in dysmorphic concerns and depressive symptoms as meeting criteria for risk of BID. Therefore, the cutoff point of 29.5 points on the BIAQ should be taken as an approximate measure or criterion warning of behavioural impairment related to body image, and future studies working with clinical samples should contribute more precise data on the questionnaire’s cutoff point.

In spite of its limitations, this study has some strengths. The BIAQ was validated with a large sample of adolescents of both sexes. Furthermore, the participants were adolescents within a wide age range from different urban and rural settings. Evidence of convergent validity with measures related to investment in and dissatisfaction with physical appearance both related to symptoms closer to ED but also to BDD.

In conclusion, the BIAQ is considered a brief, valid and reliable measure for assessing the behavioural component of body image in boys and girls that has to do not only with avoidance but also with checking and controlling physical appearance. The high percentage of the sample at risk of body image disturbance behaviour emphasizes the importance of having an instrument with psychometric properties that can ensure its use as a screening scale for assessing maladaptive behavioural expression reflecting negative body image. To identify and intervene in body image checking and avoidance behaviours, it is crucial to stop feedback from cognitive distortions related to weight, shape and physical appearance, which maintain the symptomatology of BID in a period of such maximum vulnerability as adolescence. Furthermore, the BIAQ is a tool that can enable a certain type of modifiable behaviour to be delimited in intervention and even be applied as a criterion of therapeutic progress.

6.1.6 Compliance with ethical standards

Ethical approval: The Andalusia (Spain) Bioethics Committee approved the study. All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed consent: An information sheet with the objectives of the study and an informed consent form were provided for parents or guardians to give their authorization for their children to participate in the study.

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

6.1.7 References

1. Dion J, Blackburn M-E, Auclair J, et al (2015) Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *Int J Adolesc Youth* 20:151–166 . doi: 10.1080/02673843.2014.985320
2. Almeida S, Severo M, Araújo J, et al (2012) Body image and depressive symptoms in 13-year-old adolescents. *J Paediatr Child Health* 48:165-171 . doi: 10.1111/j.1440-1754.2012.02576.x
3. Griffiths S, Hay P, Mitchison D, et al (2016) Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Aust N Z J Public Health* 40:518–522 . doi: 10.1111/1753-6405.12538
4. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, et al (2006) Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *J Adolesc Heal* 39:244–251 . doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.12.001
5. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H (2017) Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psychol* 126:35–51 . doi: 10.1037/abn0000219
6. Mountford VA, Koskina A (2017) Body Image. In: Wade T (ed) *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Springer, Singapore, pp 76–81
7. Phillipou A, Castle DJ, Rossell SL (2017) Anorexia nervosa: Eating disorder or body image disorder? *Aust New Zeal J Psychiatry* 52:13–14 . doi: 10.1177/0004867417722640
8. Reas DL, Grilo CM (2004) Cognitive-behavioral assessment of body image disturbances. *J Psychiatr Pract* 10:314–322 . doi: 10.1097/00131746-200409000-00005

9. Cash TF (2002) A “negative body image”: Evaluating epidemiological evidence. In: Cash TF, Pruzinsky T (eds) *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press, New York, pp 38–46
10. Shafran R, Fairburn CG, Robinson P, Lask B (2004) Body Checking and its Avoidance in Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 35:93–101 . doi: 10.1002/eat.10228
11. Hrabosky JI, Cash TF, Veale D, et al (2009) Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image* 6:155–163 . doi: 10.1016/j.bodyim.2009.03.001
12. Nikodijevic B, Buck K, Fuller-Tyszkiewicz M, et al (2018) Body checking and body avoidance in eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev* 26:159–185
13. Mitchison D, Crino R, Hay PJ (2013) The presence, predictive utility, and clinical significance of body dysmorphic symptoms in women with eating disorders. *J Eat Disord* 1:1–10 . doi: 10.1186/2050-2974-1-20
14. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)*. APA, Arlington, VA
15. Cerea S, Bottesi G, Grisham JR, Ghisia M (2018) Non-weight-related body image concerns and Body Dysmorphic Disorder prevalence in patients with Anorexia Nervosa. *Psychiatry Res* 267:120–125
16. Phillipou A, Castle DJ, Rossell SL (2018) Response: Anorexia nervosa: Eating disorder or body image disorder? *Aust N Z J Psychiatry* 52:384–385 . doi: 10.1177/0004867417722640
17. McKay D, Abramowitz J, Taylor S (2007) Discussion: The Obsessive-Compulsive Spectrum. In: McKay D, Taylor S (eds) *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes*

- and Spectrum Conditions. Elsevier, pp 287–300
18. Blakey SM, Abramowitz JS, Mahaffey BL (2016) Do obsessive beliefs predict body image disturbance? *J Obsessive Compuls Relat Disord* 11:96–100 . doi: 10.1016/j.jocrd.2016.08.007
 19. Naylor H, Mountford V, Brown G (2011) Beliefs about excessive exercise in eating disorders: The role of obsessions and compulsions. *Eur Eat Disord Rev* 19:226–236 . doi: 10.1002/erv.1110
 20. Haase AM, Mountford V, Waller G (2011) Associations between body checking and disordered eating behaviors in nonclinical women. *Int J Eat Disord* 44:465–468 . doi: 10.1002/eat.20837
 21. Kachani AT, Barroso LP, Brasiliano S, et al (2014) Body checking and obsessive-compulsive symptoms in Brazilian outpatients with eating disorders. *Eat Weight Disord* 19:177–182 . doi: 10.1007/s40519-014-0111-x
 22. Pollack LO, Forbush KT (2013) Why do eating disorders and obsessive-compulsive disorder co-occur? *Eat Behav* 14:211–215 . doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.01.004
 23. Rosen JC, Srebnik D, Saltzberg E, Wendt S (1991) Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychol Assess* 3:32–37
 24. Walker DC, White EK, Srinivasan VJ (2018) A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *Int J Eat Disord* 1–26 . doi: 10.1002/eat.22867
 25. Riva G, Molinari E (1998) Replicated factor analysis of the Italian Version of the Body Image Avoidance Questionnaire. *Percept Mot Skills* 86:1071–1074
 26. Legenbauer T, Vocks S, Schütt-Strömel S (2007) Validierung einer deutschsprachigen Version des Body Image Avoidance Questionnaire BIAQ. *Diagnostica* 53:218–225 . doi: 10.1026/0012-1924.53.4.218

27. Steinfeld B, Waldorf M, Bauer A, et al (2018) Assessment of Body-Related Avoidance Behaviour: Validation of the German Version of the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) in Adolescents with Anorexia and Bulimia Nervosa and Healthy Controls. *Psychother Psychosom Medizinische Psychol* 68:126–136 . doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-116848>
28. Maïano C, Morin AJS, Monthuy-Blanc J, Garbarino JM (2009) The body image avoidance questionnaire: Assessment of its construct validity in a community sample of french adolescents. *Int J Behav Med* 16:125–135 . doi: 10.1007/s12529-009-9035-7
29. Campana, Fernandes, Da Silva, Diogo M (2009) Translation and validation of the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) for the Portuguese language in Brazil. *Behav Res Methods* 41:236–43 . doi: 10.3758/BRM.41.1.236
30. Brytek-Matera A, Rogoza R (2016) The Polish version of the Body Image Avoidance Questionnaire: an exploratory structural equation modeling approach. *Eat Weight Disord* 21:65–72 . doi: 10.1007/s40519-015-0206-z
31. Lydecker JA, Cotter EW, Mazzeo SE (2014) Body checking and body image avoidance: Construct validity and norms for college women. *Eat Behav* 15:13–16 . doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.10.009
32. Fernandez-Vitores D (2016) El español una lengua viva [Spanish a living language]
33. Hollingshead AB (1975) Four factor index of social status. *Yale J Sociol* 8:21–52
34. Oosthuizen, P., Lambert, T., Castle DJ (1998) Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Aust N Z J Psychiatry* 32:129–132 . doi: 10.1046/j.1440-1614.1998.00377.x
35. Senín-Calderón C, Valdés-Díaz M, Benítez-Hernández MM, et al (2017) Validation of Spanish language evaluation instruments for body dysmorphic disorder and the

- dysmorphic concern construct. *Front Psychol* 8: . doi: 10.3389/fpsyg.2017.01107
36. Kovacs M (1992) *Children's Depression Inventory CDI Manual*. New York Multi-Health Syst 1–800
 37. Del Barrio & Carrasco MÁC (2004) *CDI : inventario de depresión infantil : manual*. TEA Ediciones, Madrid :
 38. Cash TF (2000) *User's manual for the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*. Norfolk, VA: Old Dominion University [On-line]. Available from the author at www.body-images.com
 39. Roncero M, Perpiñá C, Marco JH, Sanchez-Reales S (2015) Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Spanish version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales. *Body Image* 14:47–53 . doi: 10.1016/j.bodyim.2017.01.003
 40. Baumgartner H, Homburg C (1996) Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. *Int J Res Mark* 13:139–161 . doi: 10.1016/0167-8116(95)00038-0
 41. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H (2003) Evaluating the Fit of Structural Equation Models : Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods Psychol Res Online* 8:23–74 . doi: 10.1002/0470010940
 42. Chen FF (2007) Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Struct Equ Model* 14:464–504 . doi: 10.1080/10705510701301834
 43. Tabachnick BG, Fidell LS (2007) *Using Multivariate Statistics*. Pearson Education, Inc., Boston
 44. Pellizzer ML, Tiggemann M, Waller G, Wade TD (2018) Measures of Body Image: Confirmatory Factor Analysis and Association With Disordered Eating. *Psychol Assess* 30:143–153 . doi: 10.1037/pas0000461

45. Senín-Calderón C, Rodríguez-Testal JF, Perona-Garcelán S, Perpiñá C (2017) Body image and adolescence: A behavioral impairment model. *Psychiatry Res* 248:121–126 . doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.003

ESTUDIO 2

Estudio 2 titulado “**VALIDATION OF A SPANISH VERSION OF THE PHYSICAL APPEARANCE COMPARISON SCALES**”

Este trabajo se encuentra publicado en la referencia que se indica a continuación:

Senin-Calderon, C., & Santos-Morocho, JL., Rodríguez-Testal, J. (2020). Validation of a Spanish Version of the Physical Appearance Comparison Scales. *Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7399. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207399>

6.2.1 Abstract

Physical appearance comparison has been widely studied because of its strong relationship with body dissatisfaction and disordered eating. The main objective of this study was to validate the physical appearance comparison scales (PACS-Revised and PACS-3) in a sample of Spanish men and women and examine their psychometric properties. The sample consisted of 1151 participants (age $M = 22.31$, $SD = 3.40$). A unidimensional structure was corroborated in the PACS-R, and three factors in the PACS-3 (proximal, distal, and muscularity comparisons). The PACS-R and PACS-3 showed full scalar invariance across sex. The internal consistency for the PACS-R and subscales of PACS-3 were satisfactory. Positive statistically significant relationships were found with measures of disordered eating (EAT-26) and dysmorphic concern (DCQ). Hierarchical multiple regression analyses demonstrated that the PACS-3 discretely improved the prediction of disordered eating over PACS-R, but did not show improvement in the prediction of dysmorphic concern beyond the PACS-R. These findings suggest that the PACS-R and PACS-3 may be useful tools for evaluating the tendency of men and women to compare their physical appearance.

Keywords: appearance comparison; PACS-R; PACS-3; dysmorphic concern; disordered eating

6.2.2 Introduction

Body image is a multidimensional construct related to identity which refers to feelings, perceptions, beliefs and behaviors associated with one's own body [1].

The scientific literature on body image has increased noticeably in recent years. In addition to the effects of cultural emphasis on the body and the canons of beauty, part of this increase is related to the impacts that appearance-focused activities on social media such as Facebook or Instagram, have on body image [2]. The use of these social networks, where photographs of idealized bodies abound, has been associated with greater body dissatisfaction [3,4]. This occurs when there is a discrepancy between the ideal and real body assessment (one's own or social) being compared to [5]. Although body dissatisfaction is not in itself considered pathological [6], it has been associated with depressive symptoms [7], low self-esteem [8], and anxiety [9], and is a risk factor for eating disorders [10].

Objectification theory [11], sociocultural theories (tripartite influence model) [12], and others have attempted to explain the development of body dissatisfaction in relation to communication media.

Objectification theory [11] argues that the cultural context marked by gender-role socialization sexualizes the female body, treating it as an object to be observed, admired, and evaluated based on its appearance [11]. Interiorization of this perspective of the observer of one's own body (self-objectivation), is manifested in greater body vigilance and control, which can lead to body dissatisfaction when it is perceived as not meeting the desired body ideal [13,14].

The tripartite influence model [12] is one of the most widely recognized theories attempting to explain body dissatisfaction and disordered eating.

This model emphasizes the role of communications media, peers, and equals in transmitting and reinforcing an ideal of beauty in body image that is difficult to achieve. The Western ideal of beauty for men is based on an athletic, slightly muscled body [15], while for women, it has long been based on extreme thinness [12]. However, in recent years the “fitspiration” movement, which promotes not only a thin ideal, but an athletic and toned body as an indicator of health, has been predominating in the social networks [16] and changing the ideal of feminine beauty [17]. According to the tripartite model, body dissatisfaction and disordered eating develop when, due to persistent sociocultural influences, the body image is internalized and the person makes frequent comparisons of their own physical appearance with that of others. Myers et al. [18] found that women who internalized the thin ideal more experienced stronger body image disturbance when they became involved in upward appearance comparisons—that is, with persons considered to be more attractive. Although the tripartite influence model has been studied more widely in women [19], it has also been shown to be applicable to men for explaining body dissatisfaction [20,21].

The conceptual development of the comparison based on physical appearance started out from the social comparison theory by Festinger [22]. This theory argues that people often evaluate themselves and tend to compare themselves with others when they do not have objective standards to compare with. People innately compare themselves with others in characteristics which are considered to be relevant [22].

Comparisons of physical appearance may have different targets. They may be proximal (i.e., comparison with peers or equals in the social setting in which the person moves) or distal (mainly celebrities) [23]. Appearance comparison can be upward or downward—downward refers to when targets are considered inferior (e.g., people considered less attractive), and is related to greater body satisfaction and positive self-esteem [24].

The targets of upward comparisons have attributes which are considered to be superior or more attractive. Upward-appearance-focused comparisons have been associated with more negative affect, guilt, body checking [25], and low self-esteem [18], and have been shown to be a significant predictor of body dissatisfaction and disordered eating [12,23,26,27], contributing to maintaining body dysmorphic disorder (BDD) symptoms [28].

Most of the studies published on appearance comparison have focused their objectives on the relationship with concern for fat/body shape and disordered eating, but few have approached the relationship to dysmorphic concerns or symptoms characteristic of BDD, even though appearance comparison is a frequent behavior of persons affected by this disorder [29,30]. The scarcity of studies on the subject led us to consider it important to determine to what extent appearance comparison can help to predict dysmorphic concern.

Appearance comparison has mainly been evaluated using self-reports. The most widely used is the Physical Appearance Comparison Scale (PACS) [31], which evaluates its frequency in five items. Schaefer and Thompson [32] published a revision of the scale (PACS-R), because they found some psychometric problems and some items which were more oriented toward female concerns. The PACS-R has been shown to have excellent internal consistency, and its items are written in a neutral manner, with widened evaluation contexts, although the new evaluation contexts only include proximal comparisons. Recently, Schaefer and Thompson [23] broadened the evaluation targets of the scale (PACS-3) to include distal contexts (based on the proximal ones), where comparison of shape/weight, general appearance, and musculature are evaluated. It also evaluates the direction of the comparison (upward or downward) and the emotional impact caused. The latter makes the PACS-3 of greater interest than the Upward and Downward Physical Appearance Comparisons UPACS or DACS scales [33], which along with the PACS are possibly the most widely used to evaluate appearance

comparison. The UPACS and DACS scales were the first scales created specifically for evaluating upward and downward physical appearance comparisons, respectively. The UPACS and DACS have only been validated in the Chinese cultural context, where their psychometric properties were demonstrated to be adequate [34]. However, Schaefer and Thompson [32] criticized some of the items in the UPACS and DACS because they evaluate the comparison of appearance based on stereotypes of attractiveness—for example, assuming that an overweight body is not attractive.

In view of the importance of evaluating appearance comparison, there is a pressing need for validated measures in languages other than English by independent research groups in different cultural contexts, in order to be able to continue progressing in the study of body image disturbance. As far as we know, there is no validated measure in Spanish which evaluates the comparison of appearance, and can therefore test a model as widely studied as the tripartite influence model, where physical appearance comparisons act as the mediating variable between sociocultural influences and body dissatisfaction and body image disturbance [35]. The validation of these scales could extend their use to other Spanish-speaking countries with their corresponding cultural adaptations, enabling wider knowledge of body dissatisfaction in other populations, since the study of body image has been based mainly on US, British, and Australian samples [36].

Thus, this study proposes the validation of the Spanish PACS-R and PACS-3 scales with the following specific objectives: (1) Validate the factor structure of the PACS-R and PACS-3 in a sample of young Spaniards; (2) Examine their invariance of measurement across sex; (3) Find their internal consistency and evidence of concurrent validity; and (4) Analyze the incremental validity of the PACS-3 over the PACS-R for predicting disordered eating and dysmorphic concern.

6.2.3 Materials and Methods

6.2.3.1 Participants

The sample was comprised of 1151 subjects from the South of Spain (11.12% Psychology students), of whom 55.4% were women. The mean age was 22.31 years ($SD = 3.40$, range 18 to 35) and BMI from 15.43 to 48.44 kg/m^2 ($M = 23.32$, $SD = 4.33$). The inclusion criteria were age 18 to 35 and user of the Instagram social network. The latter was considered because validation of the PACS-R and PACS-3 is part of a wider project evaluating the use of this social network and body image disturbance.

6.2.3.2 Measures

Before the evaluation tests were administered, the participants completed a sociodemographic questionnaire (sex, age, weight, and height).

Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R) [32]. Eleven items evaluate the frequency, from 0 “Never” to 4 “Always”, with which participants compare their physical appearance with other persons in different social situations (e.g. “When I’m with a group of friends, I compare my body size to the body size of others”). Comparison targets are proximal. The authors of the scale found excellent internal consistency (Cronbach’s $\alpha = 0.97$) and convergent validity with measures of body satisfaction, eating pathology, and sociocultural influence in appearance and self-esteem. For the Spanish translation of the PACS-R, see Table A1.

Physical Appearance Comparison Scale-3 (PACS-3) [23]. This scale has 27 items which evaluate the comparison of general physical appearance, weight/shape, and musculature (e.g., “When I watch a movie, I compare my overall appearance to the appearance of the actors/actresses”; “When I see a model in a magazine, I compare my weight/shape to his/her weight/shape”; “When I’m out in public, I compare my muscularity to the muscularity of

others). The scale consists of three factors: proximal, distal, and muscular comparison. Nine items evaluate the frequency of comparison, nine items evaluate the direction of the comparison (upward/downward), and nine items the emotional impact (effect) caused by the comparison. The total scale comprises nine subscales: Proximal (frequency, direction, and effect), Distal (frequency, direction, and effect), and Muscularity (frequency, direction, and effect). The answer format is a Likert-type scale in a range of 1 “Never” to 5 “Almost always”. The direction and emotional impact of the comparison are only evaluated if the subject scores 2 to 5 on the items which evaluate comparison frequency. The authors found an internal consistency of Cronbach’s alpha $\alpha = 0.76$ to 0.91 for the three factors, and from 0.91 to 0.94 for the total scores on frequency, direction, and effect. See Table A2 for the Spanish translation of the PACS-3.

Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) [37,38]. The DCQ is made up of seven items which evaluate concern for some defect in physical appearance, representing a screening measure for body dysmorphic disorder (e.g., “Spend a lot of time covering up defects in your appearance/bodily functioning”). Items are rated on a four-point Likert-type scale from 0 (“Not at all”) to 3 (“Much more than most people”). Its internal consistency is adequate (Cronbach’s $\alpha = 0.88$). In a general Spanish population, it had an $\alpha = 0.85$, test-retest reliability of $e = 0.87$ (average one-month interval), and convergent validity with other measures for detecting dysmorphic concerns [38]. In this study sample, the α was 0.86 .

Eating Attitudes Test (EAT-26) [39,40]. This is a screening measure which evaluates symptoms and characteristics of disordered eating (e.g., “Avoid eating when I am hungry”). It is made up of 26 items and three factors: dieting, bulimia and food preoccupation, and oral control. The answer format is a six-point Likert-type scale from 1 “Never” to 6 “Always”. A total score may be found by recoding the answers: from 1 to 3 are recoded as 0, 4 is recoded

as 1, 5 as 2, and 6 is recoded as 3. The authors found a Cronbach's α of 0.83 to 0.90. A unidimensional structure was found for the Spanish validation and internal consistency was 0.90. The scale has demonstrated good specificity and moderate sensitivity in detecting eating disorder [40]. In this sample, the α was 0.88 for the total scale.

6.2.3.3 Procedure

Permission for a Spanish translation and validation was requested from the authors of the PACS-R and PACS-3 scales. After receiving permission from the authors, the PACS-R and PACS-3 scales were back-translated into Spanish by two bilingual Spanish-English speakers, familiar with the US and Spanish cultures. First, a bilingual Spanish-English speaker translated the scale into Spanish, and then the translated version was translated into English by the other bilingual translator. Any discrepancies between the original scales and the back-translated versions were discussed by the translators with the corresponding author of this manuscript. The final versions of the back-translated scales were administered to 11 students in their last year of study for a degree in Psychology ($n = 7$ women, 4 men) to verify the understandability of the items and scale instructions, as well as familiarity with the contexts and situations in the items on the scales. The students stated that both scale instructions and items were understandable and referred to everyday situations.

The scales were filled out in an anonymous online form with an alphanumerical participant identification code. Before filling out the questionnaires, information about the study and an informed consent form were provided. The subjects had to click on consent acceptance to be able to take the tests. First, the tests were taken by university students studying for a degree in Psychology who were rewarded with points in one of their courses. These students, using snowballing techniques, had to administer the tests to five persons who were not Psychology students.

The tests were filled out from March 2018 to May 2019. Data from the PACS-3 were collected starting in February 2019 because the scale was not published until the end of 2018. This test was administered to 506 subjects who had previously taken the PACS-R.

All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the Andalusian Regional Government Ethics Committee (reference: PACS-2019) and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

6.2.3.4 Data Analysis

Descriptive analyses were performed for the items on the PACS-R and PACS-3 scales. Multivariate normality was checked by the Mardia test. The models found with confirmatory factor analysis (CFA) of the PACS-3 and PACS-R with robust maximum likelihood and the asymptotic covariance matrix were shown to be adequate. The following goodness-of-fit indicators were used: Satorra–Bentler chi square ($SB\chi^2$); the comparative fit index (CFI); the non-normed fit index (NNFI), which had to be over 0.90 [41]; root mean square error of approximation (RMSEA) and its 90% confidence interval; and the standardized root mean square residual (SRMR), which must be below 0.05 to be considered adequate, and between 0.05 and 0.08 to be considered acceptable [42].

The reliability of the total PACS-R and the PACS-3 subscales was assessed using the Cronbach's alpha coefficient. Evidence of internal structure validity was estimated using Pearson's correlation coefficient. The size of the correlation was evaluated by the method described by Cohen [43], in which r -values ≥ 0.10 , 0.30, and 0.50 are used as benchmarks for small, medium, and large effects, respectively.

Invariance of measurement of the PACS-3 and PACS-R was tested in successive multi-group CFAs to determine if both measures were equivalent across sex. First, a CFA was performed for men and another for women separately. Then, the configural invariance model was tested, in which all parameters were freely estimated across sex. Next, the metric invariance was obtained, where factor loadings were constrained to be equal across sex. Finally, scalar invariance was established, with factor loadings and thresholds constrained to be equal across groups. For comparison of the nested models, the Cheung and Rensvold [44] criterion was used, in which the change in CFI must be below 0.01.

Finally, a hierarchical multiple regression analysis was performed to determine whether the PACS-3 improved over the predictive qualities in disordered eating as measured by the EAT-26 and dysmorphic concern above and beyond PACS-R, controlling for BMI and sex. In Step 1, BMI and sex were entered as predictor variables. The PACS-R was entered at Step 2. In Steps 3, 4, and 5, the PACS-3 total frequency, direction, and effect were entered, respectively. The changes in R² in Steps 3, 4, and 5 were indicators of the incremental validity of the PACS-3. All statistical analyses were performed with Factor 10.4.01, SPSS 24 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) and LISREL 8.7 software (Scientific Software International, Lincolnwood, IL, USA).

6.2.4 Results

6.2.4.1 Descriptive Analysis of the Items on the PACS-R and PACS-3 Scales

Means, standard deviations, skewness, and kurtosis are presented in Tables S1 and S2 of the Supplementary Material. The skewness and kurtosis of the items were not especially high, although the Mardia test was statistically significant (PACS-R: 182.70, $p < 0.001$; PACS-3: 136.39, $p < 0.001$), showing that the assumption of multivariate normality was not met.

On the PACS-3 scale, most of the participants answered affirmatively about the frequency with which they normally compared their physical appearance with others, and therefore answered the items related to the direction and emotional impact of the comparison.

6.2.4.2 Evidence of PACS-R and PACS-3 Internal Structure Validity

A CFA of the PACS-R and PACS-3 was done. The unidimensional structure of the PACS-R was corroborated with adequate goodness-of-fit indicators: $SB\chi^2 = 685.29$, $df = 44$; $NNFI = 0.970$, $CFI = 0.980$; $SRMR = 0.047$, $RMSEA = 0.11$, 90% CI (0.110, 0.120). The CFA of the PACS-3 confirmed the three-factor structure (proximal, distal, and muscular), finding the following goodness-of-fit indicator values: $SB\chi^2 = 147.41$, $df = 24$, $NNFI = 0.97$, $CFI = 0.98$, $SRMR = 0.054$, $RMSEA = 0.098$ (0.083, 0.110). On both scales, the RMSEA was over the recommended values, although this is common when the degrees of freedom are less than 50 [45]. Figure 1 and Figure 2 show the completely standardized factor loadings.

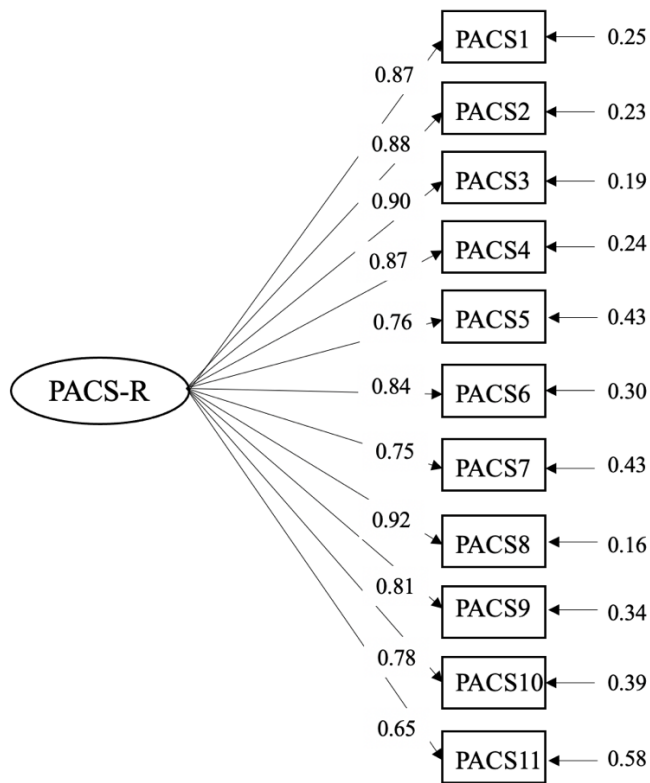


Figure 1. Path diagram and factor loadings of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R)

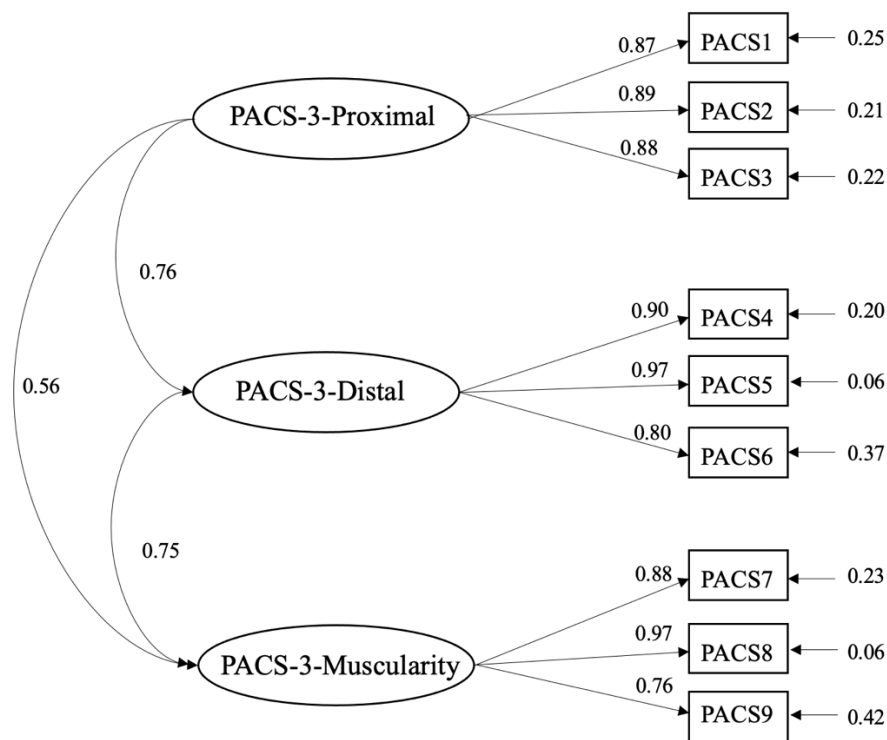


Figure 2. Path diagram and factor loadings of the Physical Appearance Comparison Scale-3 (PACS-3)

6.2.4.3 Measurement Invariance of PACS-R and PACS-3

The goodness-of-fit indexes of the models for women and men separately were adequate. The configural invariance in the PACS-R and PACS-3 was proved to have good model fit, showing that the factor structure and loading pattern are equivalent for men and women. The results of the metric invariance showed a $\Delta CFI < 0.01$ and appropriate goodness-of-fit indicators, so both men and women interpreted and answered the items on both scales similarly. Finally, support was found for scalar invariance, with a ΔCFI of < 0.01 in both the PACS-R and PACS-3, showing that the observed scores are related to latent scores (Table 1).

Table 1. Goodness-of-fit indexes for tested invariance of the PACS-3 and PACS-R across sex.

PACS-3							
	$SB\chi^2$	<i>df</i>	CFI	NNFI	RMSEA	SRMR	Δ CFI
Men (<i>n</i> = 263)	112.08	24	0.97	0.96	0.11 (0.09, 0.14)	0.08	-
Women (<i>n</i> = 244)	61.68	24	0.99	0.98	0.08 (0.05, 0.10)	0.04	-
Configural	172.83	48	0.98	0.97	0.10 (0.08, 0.12)	0.12	-
Metric	218.76	54	0.98	0.97	0.11 (0.09, 0.12)	0.15	0.004
Scalar	252.35	60	0.97	0.97	0.11 (0.09, 0.12)	0.13	0.004
PACS-R							
	$SB\chi^2$	<i>df</i>	CFI	NNFI	RMSEA	SRMR	Δ CFI
Men (<i>n</i> = 513)	370.062	44	0.970	0.962	0.12 (0.109, 0.132)	0.066	-
Women (<i>n</i> = 640)	367.641	44	0.981	0.976	0.10 (0.097, 0.118)	0.042	-
Configural	674.86	90	0.980	0.970	0.11 (0.101, 0.120)	0.070	-
Metric	808.76	98	0.974	0.971	0.11 (0.105, 0.119)	0.081	0.006
Scalar	770.536	110	0.976	0.976	0.10 (0.095, 0.109)	0.108	-0.002

Note: PACS-3: Physical Appearance Comparison Scale; $SB\chi^2$: Satorra–Bentler chi square; *df*: degrees of freedom; CFI: Comparative Fit Index; NNFI: Non-Normed Fit Index; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; SRMR: Standardized Root Mean Square Residual; PACS-R: Physical Appearance Comparison Scale Revised (PACS-R)

6.2.4.4. Reliability and Evidence of Validity Based on Relationships with Measures of Other Variables

The internal consistency is shown for the PACS-3 subscales and the total PACS-R scale in Table 2. The Cronbach's α for the subscales varied from 0.82 (muscularity: direction) and 0.90 (distal and proximal: effect). The internal consistency of the PACS-R was $\alpha = 0.94$. The retest reliability was found for the latter after a time lapse of three weeks $r = 0.808$ ($n = 339$).

Table 2. Pearson correlation coefficient, reliability, and descriptive statistics for PACS-3 and PACS-R.

	PACS-3 Proximal			PACS-3 Distal			PACS-3 Muscularity			PACS-3 total			PACS-R
	F ^a	D ^b	E ^c	F	D	E	F	D	E	F	D	E	
PACS-R	0.57**	0.41**	0.43**	0.45**	0.39**	0.40**	0.31**	0.27**	0.30**	0.52**	0.46**	0.47**	-
EAT-26	0.38**	0.31**	0.34**	0.34**	0.32**	0.34**	0.21**	0.18**	0.24**	0.36**	0.32**	0.36**	0.58**
DCQ	0.41**	0.35**	0.36**	0.32**	0.24**	0.26**	0.25**	0.19**	0.23**	0.39**	0.34**	0.36**	0.60**
BMI	0.07	0.15**	0.15**	0.01	0.06	0.08	-0.03	-0.060	-0.02	0.021	0.06	0.07	0.13
	Reliability												
α	0.88	0.87	0.90	0.89	0.88	0.90	0.88	0.82	0.84	0.91	0.91	0.93	0.94
	Mean (SD)												
M (SD) women	3.07 (1.00)	3.30 (0.84)	3.25 (0.89)	2.66 (1.12)	3.47 (0.98)	3.22 (0.97)	2.12 (1.03)	3.08 (1.05)	2.91 (1.03)	2.62 (0.91)	2.91 (1.05)	2.77 (1.04)	1.75 (0.96)
M (SD) men	2.52 (0.98)	2.84 (0.98)	2.75 (0.98)	2.11 (0.89)	2.94 (1.05)	2.65 (0.96)	2.31 (0.99)	2.84 (1.13)	2.63 (1.05)	2.32 (0.82)	2.60 (1.04)	2.43 (1.05)	1.21 (0.84)

Note: PACS-3: Physical Appearance Comparison Scale 3; PACS-R: Physical Appearance Comparison Scale-Revised; EAT-26: Eating Attitudes Test; DCQ: Dysmorphic Concern Questionnaire; BMI: Body Mass Index; α: Cronbach's α; ^aF: frequency, ^bD: direction, ^cE: emotional effect. ** $p < 0.01$.

Comparison Scale 3; PACS-R: Physical Appearance Comparison Scale-Revised; EAT-26: Eating Attitudes Test; DCQ: Dysmorphic Concern Questionnaire; BMI: Body Mass Index; α : Cronbach's α ; ^aF: frequency, ^bD: direction, ^cE: emotional effect. ** $p < 0.01$ Convergent validity was demonstrated by a strong positive correlation between the EAT-26 and PACS-R tests, and between the latter and the DCQ. The correlations between the PACS-3 subscales and the EAT-26 and DCQ were small and moderate. Most of the PACS-3 subscales showed a positive strong or moderate association with the PACS-R.

The means of the PACS-3 factors and the total PACS-R scale were found for the sexes separately. In general, women had higher averages except in frequency of comparison of musculature.

6.2.4.5. Incremental Validity of Disordered Eating and Dysmorphic Concern

Table 3 shows the two hierarchical multiple regression analyses over the disordered eating as measured by the EAT-26 and dysmorphic concern criteria. In Step 1, the predictor variables BMI and sex contributed very little to the explanation of disordered eating $F(2, 481) = 12.12, p < 0.001$ and dysmorphic concern $F(2, 481) = 8.68, p < 0.001$. By entering PACS-R in Step 2, an additional 26% of the variance in disordered eating $F(1, 480) = 177.97, p < 0.001$ and 31% in dysmorphic concern $F(1, 480) = 230.42, p < 0.001$ were explained. In Step 3, PACS-3 total frequency predicted the only variance in disordered eating $F(1, 479) = 6.58, p < 0.05$ with a contribution of 0.01. However, it did not predict dysmorphic concern $F(1, 479) = 2.51, p > 0.05$. In Step 4, the PACS-3 total direction did not explain unique variance in either disordered eating $F(1, 478) = 0.13, p > 0.05$ or dysmorphic concern $F(1, 478) = 2.48, p > 0.05$. In Step 5, the PACS-3 total effect predicted the only variance in disordered eating with an increase of 0.01 $F(1, 477) = 9.80, p < 0.01$ but not dysmorphic concern $F(1, 477) = 1.89, p > 0.05$.

Table 3. Summary hierarchical regression analysis predicting disordered eating and dysmorphic concern.

Predictors	Disordered Eating			Dysmorphic Concern		
	R^2	ΔR^2	β	R^2	ΔR^2	β
Step 1	0.04	0.05**		0.03	0.03**	
BMI			0.19**			0.06
Sex			0.13**			0.18**
Step 2	0.30	0.26**		0.34	0.31**	
BMI			0.09*			-0.05
Sex			-0.04			-0.01
PACS-R			0.54**			0.60**
Step 3	0.31	0.01*		0.35	0.01	
BMI			0.10*			-0.04
Sex			-0.04			-0.01
PACS-R			0.48**			0.56**
PACS-3			0.11*			0.07
Frequency						
Step 4	0.31	0.00		0.35	0.01	
BMI			0.09*			-0.05
Sex			-0.04			-0.01
PACS-R			0.48**			0.56**
PACS-3 Frequency			0.10			-0.00
PACS-3 Direction			0.02			0.09
Step 5	0.32	0.01**		0.35	0.01	
BMI			0.08*			-0.05
Sex			-0.05			-0.02
PACS-R			0.48**			0.55**
PACS-3 Frequency			0.06			-0.02
PACS-3 Direction			-0.33*			-0.06
PACS-3 Effect			0.42**			0.18

Note: BMI: Body Mass Index, β : standardized beta weight. * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

6.2.5 Discussion

The main objective of this study was to validate Spanish versions of the PACS-R and PACS-3 scales in a sample of young Spaniards. Our objective of examining the validity of the construct of both scales was met by the confirmatory factor analyses with adequate goodness-of-fit indexes corroborating the unidimensional structure of the PACS-R found by the authors [32], and the three-factor structure of

the PACS-3 also as found by Schaefer and Thompson [23].

The internal consistency of the total PACS-R was excellent, and the test–retest reliability supported the temporal stability of the scale three weeks after its first application. The scale showed a strong positive relationship with the disordered eating and dysmorphic concern evaluation measures. The PACS-3 subscales had a favorable internal consistency, with alphas over 0.80. Moderate-to-strong relationships were found between the PACS-3 and the PACS-R. The relationships between the PACS-3 subscales with the EAT-26 and DCQ scales were all statistically significant, but moderate in size, and stronger in the proximal comparisons. The relationship between the comparison of musculature, the DCQ, and EAT-26 seems to be less solid. This result may be explained by the characteristics of the participants, and a drive for muscularity or compulsive pursuit of muscularity rather than specific indicators of muscle dysmorphia [46]. In fact, some results have shown that the relationship between eating disorders and these types of behaviors, more related to an interest in muscular training, is moderate [47], similar to the results found here. Finally, it has been suggested that clinically important indicators of muscle dysmorphia would be accompanied by considerable alterations in eating behavior related to bodybuilding [46].

In general, both the PACS-R and the PACS-3 showed evidence of convergent validity. The relationships between appearance comparison and disordered eating are consistent with the findings of Bailey and Ricciardelli [26], Schaefer and Thompson [23,32], and O’Brien et al. [33], while the relationship with dysmorphic concern is backed by studies which have found a relationship between BDD symptoms and appearance comparison [4,28,29,48].

As reported by Fardouly, Pinkus, and Vartanian [49] and Fardouly and Vartanian [50], women compared themselves more often with proximal targets than distal, and the same was true of men.

However, women made more upward comparisons than men, accompanied by a more negative emotional impact as a result of those comparisons—similar to the findings of Strahan, Wilson, Cressman, and Buote [51]. In line with the contributions of Schaefer and Thompson [23], in general, women participated in more appearance comparisons than men, both with distal and proximal targets. As it is a traditionally more frequent behavior in women, many studies have approached this construct exclusively with women [18,27,32]. However, the current sociocultural trend for an athletic body in women and sociocultural pressures for men to also have an ideal body may lessen these differences, and therefore it was considered relevant to evaluate invariance on both scales. The results showed equivalence between men and women in the construction of the scale and interpretation of the items.

In agreement with the findings of Bailey and Ricciardelli [26], appearance comparison predicted disordered eating. Multiple regression analyses demonstrated that the PACS-3 improved the prediction of disordered eating by 2%. These results do not coincide with the findings by the authors of the scale [23], who found a much higher predictive power for PACS-3 for disordered eating and body satisfaction than other appearance comparison scales. However, the authors did not use the PACS-R in the prediction, but its predecessor (PACS), which had problems as mentioned in the Introduction. With respect to prediction of dysmorphic concern, the PACS-3 subscales only provided a 1% increase in the variance. The PACS-R had a predictive power for dysmorphic concern of over 30% of the variance. These findings are consistent with the study by Boroughs et al. [48], who found that appearance comparison was the predictor which explained the most single variance in body dysmorphic disorder (BDD) symptomatology in a set of variables related to satisfaction with appearance and body parts, self-esteem, and obligatory exercise. Lambrou et al. [29] found that appearance comparison was the most common behavior of BDD patients.

Considering the findings of our study, we cannot conclude that in the sample analyzed the PACS-3 is more advantageous than the PACS-R for predicting disordered eating and dysmorphic concern.

Based on the results reported, we recommend the use of the PACS-R for evaluating the frequency of appearance comparison in peer contexts. As it is a brief instrument with adequate reliability which has demonstrated strong predictive power for disordered eating and dysmorphic concern, it could be useful in the scope of research and clinical evaluation of this construct. However, the unidimensionality of the scale could be a limitation if it were desired to make a specific evaluation of the construct, and in that case it would be preferable to use the PACS-3. This scale offers a variety of contexts along with the possibility of directly evaluating comparison of muscularity (not only physical appearance, shape, and weight, as in the PACS-R), upward or downward directionality, and the emotional impact caused by the comparison. These characteristics make the PACS-3 a very complete evaluation measure of physical appearance comparison. Furthermore, the inclusion of items that evaluate the comparison of muscularity may be of interest in the evaluation of this comparative tendency in women due to the recent change in the ideal of beauty toward an athletic body.

For future improvement in appearance comparison scales, we suggest that distal comparison targets closer to young people, such as Instagrammers, YouTubers, bloggers, and influencers, could be included, and in fact anyone they might admire for their attributes and who form part of a digital media consumption, such as social networks or video platforms like YouTube. Media with static content such as magazines will probably disappear from the preferences of young people or at least be used only by a minority, and therefore the items that refer to comparison with models in magazines could lack interest. In support of this argument, Fardouly et al. [49] found that women compared their appearance more on social networks, where they also made more upward comparisons than in the traditional media.

Comparison on social networks also generated more body dissatisfaction than comparisons in real social situations. However, these authors also found that women made comparisons in person more often than through other media. This argument supports the usefulness of the PACS-R and PACS-3 scales for evaluating social comparison in real situations since it has several different contexts in which subjects can recognize that they are performing this cognitive process.

This study has some limitations which should be kept in mind. It is a cross-sectional study of a single measure. Part of the sample did not fill out the PACS-3 because the instrument was published months after data had begun to be collected for the PACS-R, which could not be administered again for retest reliability. The study sample may not be representative of the general population, first because the study participation age was limited (18 to 35), and second because snowball sampling was used with Psychology students as the main sample recruiters, so the evaluation tests were mainly administered to other students in other degree programs. Another limitation is that variables were not included that may have been relevant in the prediction of disordered eating and dysmorphic concern, such as hours of exercise or dieting. Neither were evaluation tests administered that could provide evidence of discriminant validity. However, the study has some strengths. As far as we know, it is the first study which provides a Spanish validation of the appearance comparison construct measures with men and women. Having these evaluation scales is important in the scope of psychological intervention in body image disturbance. Recently, McLean et al. [52] found considerable sustained improvements in body satisfaction, internalization of thinness, and fear of negative evaluation of appearance in teenage girls by applying an intervention program focusing exclusively on appearance comparison. Another relevant contribution of this study is the finding of invariance of measurement across sex of the PACS-R and PACS-3, which was unknown until now.

The authors validated the PACS-R only with women, and even though the PACS-3 was filled out by men and women, no invariance analysis was provided in the validation study. Furthermore, novel results are provided on the predictive power of appearance comparison on dysmorphic concern. Perhaps in the future, the relationship between appearance comparison and muscular dysmorphia would also need to be evaluated.

6.2.6 Conclusions

Both PACS-R and PACS-3 scales are reliable and valid measures for assessing the physical appearance comparison, both for men and women. We recommend using PACS-R for a screening assessment. For a more complete evaluation, PACS-3 should be used. The PACS-3 discretely improved the prediction of disordered eating over PACS-R, but did not show improvement in the prediction of dysmorphic concern beyond the PACS-R.

Supplementary Materials: The following are available online at <http://www.mdpi.com/1660-4601/17/20/7399/s1>, Table S1: Descriptive statistics of items on the PACS-R (n=1151), Table S2: Descriptive statistics of items on the PACS-3 (n=506).

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

6.2.7 Appendix A

La gente a veces compara su apariencia física con la de los demás. Puede tratarse de una comparación de su peso, tamaño, forma, grasa corporal o apariencia general. Piense en cómo se compara normalmente con otros. Por favor, use la siguiente escala para calificar la frecuencia con la que realiza este tipo de comparaciones. 0= Nunca; 1= Raramente; 2= Algunas veces; 3= A menudo 4= Siempre.

Table A1. Spanish translation of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R).

Ítems	Respuesta				
1. Cuando estoy en público, comparo mi apariencia física con la de los demás	0	1	2	3	4
2. Cuando conozco a una persona nueva (de mi mismo sexo), comparo el tamaño de mi cuerpo con el suyo	0	1	2	3	4
3. Cuando estoy en el trabajo o en el instituto o universidad comparo la forma de mi cuerpo con la de los demás	0	1	2	3	4
4. Cuando estoy en público, comparo mi grasa corporal con la de los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando estoy comprando ropa, comparo mi peso con el de los demás	0	1	2	3	4
6. Cuando estoy en una fiesta, comparo la forma de mi cuerpo con la de los demás	0	1	2	3	4
7. Cuando estoy con mi grupo de amigos, comparo mi peso con el de los demás	0	1	2	3	4
8. Cuando estoy en público, comparo el tamaño de mi cuerpo con el de los demás	0	1	2	3	4
9. Cuando estoy con mi grupo de amigos, comparo mi tamaño corporal con el de los demás	0	1	2	3	4
10. Cuando estoy comiendo en un restaurante o lugar público, comparo mi grasa corporal con la de los demás	0	1	2	3	4
11. Cuando estoy en el gimnasio, comparo mi apariencia física con la de los demás	0	1	2	3	4

6.2.8 Appendix B

La gente a veces compara su apariencia física con la de los demás. Puede tratarse de una comparación de su peso o forma, musculatura o de su apariencia general. A continuación, encontrará una lista de diferentes contextos en los que las personas pueden realizar este tipo de comparaciones de su apariencia física. Para cada tipo de comparación, por favor haga lo siguiente: Paso 1: Primero indique con qué frecuencia realiza este tipo de comparaciones (utilizando la escala proporcionada, de “nunca” a “casi siempre”). Paso 2: Si nunca hace el tipo de comparación en particular (es decir, califica el ítem como "Nunca"), entonces vaya directamente al siguiente conjunto de ítems. Sin embargo, si califica un ítem como "Rara vez", "A veces", "A menudo" o "Casi siempre", califique también cómo se sintió en relación con el objetivo de la comparación (de “mucho mejor” a “mucho peor”), y cómo le hizo sentir esa comparación (de “muy positivo” a “muy negativo”).

Table A2. Spanish translation of the Physical Appearance Comparison Scale–3 (PACS-3).

Ítems	Respuesta				
	1	2	3	4	5
1) Cuando estoy en una fiesta o reunión social, comparo mi apariencia general con la de los demás.	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
1b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que me veo _____ que la persona con la que me estoy comparando.	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
1c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te hace sentir normalmente?	Muy positivo	Positivo	Neutro	Negativo	Muy negativo
2) Cuando estoy en público, comparo mi peso/forma con el de los/as demás.	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
2b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que me veo _____ que la persona con la que me estoy comparando.	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor

2c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te hace sentir normalmente?	Muy positivo	Positivo	Neutro	Negativo	Muy negativo
3) Cuando me encuentro con una persona nueva (del mismo sexo), comparo mi peso / forma con su peso / forma.	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
3b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que me veo _____ que la persona con la que me estoy comparando.	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
3c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te hace sentir normalmente?	Muy positivo	Positivo	Neutro	Negativo	Muy negativo
4) Cuando veo una película, comparo mi apariencia general con la de los actores / actrices.	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
4b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que me veo _____ que la persona con la que me estoy comparando.	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
4c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te hace sentir normalmente?	Muy positivo	Positivo	Neutro	Negativo	Muy negativo
5) Cuando veo la televisión, comparo mi peso / forma con el de los actores / actrices.	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
5b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que me veo _____ que la persona con la que me estoy comparando.	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
5c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te hace sentir normalmente?	Muy positivo	Positivo	Neutro	Negativo	Muy negativo
6) Cuando veo un/a modelo en una revista, comparo mi peso / forma con su peso / forma.	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
6b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que me veo _____ que la persona con la que me estoy comparando.	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor

6 c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te hace sentir normalmente?	Muy positivo	Positivo	Neutro	Negativo	Muy negativo
7) Cuando veo un/a modelo en una revista, comparo mi musculatura con la suya.	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
7 b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que me veo _____ que la persona con la que me estoy comparando.	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
7 c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te hace sentir normalmente?	Muy positivo	Positivo	Neutro	Negativo	Muy negativo
8) Cuando veo una película, comparo mi musculatura con la de los actores / actrices.	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
8b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que me veo _____ que la persona con la que me estoy comparando.	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
8c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te hace sentir normalmente?	Muy positivo	Positivo	Neutro	Negativo	Muy negativo
9) Cuando estoy en público, comparo mi musculatura con la de los demás.	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
9b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que me veo _____ que la persona con la que me estoy comparando.	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
9c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te hace sentir normalmente?	Muy positivo	Positivo	Neutro	Negativo	Muy negativo

6.2.9 References

1. Cash, T.F.; Pruzinsky, T. *Body Images: Development, Deviance and Change*; Guilford: New York, NY, USA, 1990. [[Google Scholar](#)]
2. Saiphoo, A.N.; Vahedi, Z. A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Comput. Hum. Behav.* **2019**, *101*, 259–275. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
3. Holland, G.; Tiggemann, M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image* **2016**, *17*, 100–110. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Senín-Calderón, C.; Perona-Garcelán, S.; Rodríguez-Testal, J.F. The dark side of Instagram: Predictor model of dysmorphic concerns. *Int. J. Clin. Health Psychol.* **2020**, *20*, 253–261. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Grogan, S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children*, 2nd ed.; Routledge: New York, NY, USA, 2008. [[Google Scholar](#)]
6. Cash, T.F. A negative body image: Evaluating epidemiological evidence. In *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*; Cash, T.F., Pruzinsky, T., Eds.; Guilford: New York, NY, USA, 2002; pp. 269–276. [[Google Scholar](#)]
7. Senín-Calderón, C.; Rodríguez-Testal, J.F.; Perona-Garcelán, S.; Perpiñá, C. Body image and adolescence: A behavioral impairment model. *Psychiatry Res.* **2017**, *248*, 121–126. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
8. Wichstrøm, L.; von Soest, T. Reciprocal relations between body satisfaction and self-esteem: A large 13-year prospective study of adolescents. *J. Adolesc.* **2016**, *47*, 16–27. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

9. Dooley, B.; Fitzgerald, A.; Giollabhui, N.M. The risk and protective factors associated with depression and anxiety in a national sample of Irish adolescents. *Ir. J. Psychol. Med.* **2015**, *32*, 93–105. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
10. Fairburn, C.G.; Cooper, Z. Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. *Br. J. Psychiatry* **2011**, *198*, 8–10. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
11. Fredrickson, B.L.; Roberts, T.-A. Objectification Theory: Toward Understanding Women’s Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychol. Women Q.* **1997**, *21*, 173–206. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
12. Thompson, J.K.; Heinberg, L.J.; Altabe, M.; Tantleff-Dunn, S. *Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*; American Psychological Association: Washington, DC, USA, 1999. [[Google Scholar](#)]
13. Knauss, C.; Paxton, S.J.; Alsaker, F.D. Body Dissatisfaction in Adolescent Boys and Girls: Objectified Body Consciousness, Internalization of the Media Body Ideal and Perceived Pressure from Media. *Sex Roles* **2008**, *59*, 633–643. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
14. Fitzsimmons-Craft, E.E.; Harney, M.B.; Koehler, L.G.; Danzi, L.E.; Riddell, M.K.; Bardone-Cone, A.M. Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body Image* **2012**, *9*, 43–49. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
15. Frederick, D.A.; Buchanan, G.M.; Sadehgi-Azar, L.; Peplau, L.A.; Haselton, M.G.; Berezovskaya, A.; Lipinski, R.E. Desiring the muscular ideal: Men’s body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychol. Men Masculinity* **2007**, *8*, 103–117. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

16. Robinson, L.; Prichard, I.; Nikolaidis, A.; Drummond, C.; Drummond, M.; Tiggemann, M. Idealised media images: The effect of fitspiration imagery on body satisfaction and exercise behaviour. *Body Image* **2017**, *22*, 65–71. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
17. Watson, A.; Murnen, S.K.; Colledge, K. Gender differences in responses to thin, athletic, and hyper-muscular idealized bodies. *Body Image* **2019**, *30*, 1–9. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
18. Myers, T.A.; Ridolfi, D.R.; Crowther, J.H.; Ciesla, J.A. The impact of appearance-focused social comparisons on body image disturbance in the naturalistic environment: The roles of thin-ideal internalization and feminist beliefs. *Body Image* **2012**, *9*, 342–351. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
19. Keery, H.; van den Berg, P.; Thompson, J.K. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image* **2004**, *1*, 237–251. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
20. Karazsia, B.T.; Crowther, J.H. Social body comparison and internalization: Mediators of social influences on men’s muscularity-oriented body dissatisfaction. *Body Image* **2009**, *6*, 105–112. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
21. Tylka, T.L. Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body Image* **2011**, *8*, 199–207. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
22. Festinger, L. A Theory of Social Comparison Processes. *Hum. Relat.* **1954**, *7*, 117–140. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
23. Schaefer, L.M.; Thompson, J.K. The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale–3 (PACS-3). *Psychol. Assess.* **2018**, *30*, 1330–1341. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

24. Myers, T.A.; Crowther, J.H. Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. *J. Abnorm. Psychol.* **2009**, *118*, 683–698. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
25. Ridolfi, D.R.; Myers, T.A.; Crowther, J.H.; Ciesla, J.A. Do Appearance Focused Cognitive Distortions Moderate the Relationship between Social Comparisons to Peers and Media Images and Body Image Disturbance? *Sex Roles* **2011**, *65*, 491–505. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
26. Bailey, S.D.; Ricciardelli, L.A. Social comparisons, appearance related comments, contingent self-esteem and their relationships with body dissatisfaction and eating disturbance among women. *Eat. Behav.* **2010**, *11*, 107–112. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
27. Fuller-Tyszkiewicz, M.; Chhouk, J.; McCann, L.-A.; Urbina, G.; Vuo, H.; Krug, I.; Ricciardelli, L.; Linardon, J.; Broadbent, J.; Heron, K.; et al. Appearance comparison and other appearance-related influences on body dissatisfaction in everyday life. *Body Image* **2019**, *28*, 101–109. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
28. Anson, M.; Veale, D.; Miles, S. Appearance comparison in individuals with body dysmorphic disorder and controls. *Body Image* **2015**, *15*, 132–140. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
29. Lambrou, C.; Veale, D.; Wilson, G. Appearance concerns comparisons among persons with body dysmorphic disorder and nonclinical controls with and without aesthetic training. *Body Image* **2012**, *9*, 86–92. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
30. Veale, D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image* **2004**, *1*, 113–125. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
31. Thompson, J.K.; Heinberg, L.J.; Tantleff, S. The Physical Appearance Comparison Scale. *Behav. Ther.* **1991**, *14*, 174. [[Google Scholar](#)]

32. Schaefer, L.M.; Thompson, J.K. The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R). *Eat. Behav.* **2014**, *15*, 209–217. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
33. O'Brien, K.S.; Caputi, P.; Minto, R.; Peoples, G.; Hooper, C.; Kell, S.; Sawley, E. Upward and downward physical appearance comparisons: Development of scales and examination of predictive qualities. *Body Image* **2009**, *6*, 201–206. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
34. Liao, J.; Jackson, T.; Chen, H. The structure and validity of directional measures of appearance social comparison among emerging adults in China. *Body Image* **2014**, *11*, 464–473. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
35. Rodgers, R.; Chabrol, H.; Paxton, S.J. An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. *Body Image* **2011**, *8*, 208–215. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
36. Smolak, L. Body image in children and adolescents: Where do we go from here? *Body Image* **2004**, *1*, 15–28. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
37. Oosthuizen, P.; Lambert, T.; Castle, D.J. Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **1998**, *32*, 129–132. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
38. Senín-Calderón, C.; Valdés-Díaz, M.; Benítez-Hernández, M.M.; Núñez-Gaitán, M.C.; Perona-Garcelán, S.; Martínez-Cervantes, R.; Rodríguez-Testal, J.F. Validation of Spanish language evaluation instruments for body dysmorphic disorder and the dysmorphic concern construct. *Front. Psychol.* **2017**, *8*, 1107. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

39. Garner, D.M.; Olmsted, M.P.; Bohr, Y.; Garfinkel, P.E. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol. Med.* **1982**, *12*, 871–878. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
40. Rivas, T.; Bersabé, R.; Jiménez, M.; Berrocal, C. The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and validity in Spanish female samples. *Span. J. Psychol.* **2010**, *13*, 1044–1056. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
41. Baumgartner, H.; Homburg, C. Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. *Int. J. Res. Mark.* **1996**, *13*, 139–161. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
42. Schermelleh-Engel, K.; Moosbrugger, H.; Müller, H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods Psychol. Res. Online* **2003**, *8*, 23–74. [[Google Scholar](#)]
43. Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed.; LEA: Hillsdale, NJ, USA, 1988. [[Google Scholar](#)]
44. Cheung, G.W.; Rensvold, R.B. Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Struct. Equ. Model. Multidiscip. J.* **2002**, *9*, 233–255. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
45. Kenny, D.A.; Kaniskan, B.; McCoach, D.B. The Performance of RMSEA in Models with Small Degrees of Freedom. *Sociol. Methods Res.* **2015**, *44*, 486–507. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
46. Murray, S.B.; Nagata, J.M.; Griffiths, S.; Calzo, J.P.; Brown, T.A.; Mitchison, D.; Blashill, A.J.; Mond, J.M. The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clin. Psychol. Rev.* **2017**, *57*, 1–11. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

47. Badenes-Ribera, L.; Rubio-Aparicio, M.; Sánchez-Meca, J.; Fabris, M.A.; Longobardi, C. The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *J. Behav. Addict.* **2019**, *8*, 351–371. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
48. Boroughs, M.S.; Krawczyk, R.; Thompson, J.K. Body Dysmorphic Disorder among Diverse Racial/Ethnic and Sexual Orientation Groups: Prevalence Estimates and Associated Factors. *Sex Roles* **2010**, *63*, 725–737. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
49. Fardouly, J.; Pinkus, R.T.; Vartanian, L.R. The impact of appearance comparisons made through social media, traditional media, and in person in women’s everyday lives. *Body Image* **2017**, *20*, 31–39. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
50. Fardouly, J.; Vartanian, L.R. Negative comparisons about one’s appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns. *Body Image* **2015**, *12*, 82–88. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
51. Strahan, E.J.; Wilson, A.E.; Cressman, K.E.; Buote, V.M. Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. *Body Image* **2006**, *3*, 211–227. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
52. McLean, S.A.; Wertheim, E.H.; Marques, M.D.; Paxton, S.J. Dismantling prevention: Comparison of outcomes following media literacy and appearance comparison modules in a randomised controlled trial. *J. Health Psychol.* **2019**, *24*, 761–776. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

RESUMEN GLOBAL DE LOS RESULTADOS

RESUMEN GLOBAL DE LOS RESULTADOS

En la presente tesis doctoral sobre las “Alteraciones relacionadas con la imagen corporal: Adaptación y validación de instrumentos de evaluación” se alcanzó el objetivo que fue, adaptar y validar en población española el cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal (BIAQ) y las escalas de comparación de la apariencia física (PACS-R) y (PACS-3) para algunos componentes de las alteraciones de la imagen corporal.

Los resultados globales obtenidos de los estudios se presentan a continuación:

En el primer estudio, se presenta la validación del BIAQ con una muestra de 4283 adolescentes españoles de entre 12 y 18 años (55.9 % mujeres). Los análisis estadísticos, permitieron dividir a la muestra al azar en dos grupos. Las variables sociodemográficas (sexo, edad e índice de clase social, $p>.05$) y las mediciones globales del BIAQ ($p>.05$), fueron equivalentes en ambos grupos. Los análisis descriptivos del BIAQ identificaron una distribución normal univariante y multivariante, además, la adaptación y validación del instrumento BIAQ, demostró evidencias de validez de constructo, validez en relación con otras escalas y adecuada consistencia interna de las puntuaciones, lo que constata su calidad y rigurosidad. A los adolescentes participantes, también, se les aplicó los instrumentos: Cuestionario de Preocupaciones Dismórficas (DCQ), el Cuestionario de Relaciones Multidimensionales Cuerpo-Auto-Escala de Apariencia (MBSRQ-AS) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI).

Como resultados y en cuanto al BIAQ, se corrobora una estructura de cuatro factores: vestimenta, actividades sociales, arreglarse y pesarse y restricción alimentaria. Se obtuvo la invarianza de medición a través del sexo, una consistencia interna de las puntuaciones adecuada, si bien dos factores (arreglarse y pesarse y restricción alimentaria) mostraron baja fiabilidad, sin embargo, no afecta la consistencia interna del BIAQ total. Además, los resultados permiten determinar que el

BIAQ es una medida breve, válida y fiable para evaluar el componente conductual de la imagen corporal que tiene que ver con la evitación, comprobación y control de la apariencia física.

El segundo estudio, sobre la validación de las escalas PACS-R y PACS-3, cuyos resultados se obtuvieron al estudiar una muestra de 1151 adultos españoles, con una media de edad de 22.31 años. A esta muestra, se administró también el Cuestionario de Preocupaciones Dismórficas (DCQ) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26).

En el análisis descriptivo de los ítems de las escalas PACS-R y PACS-3, los resultados de la asimetría y curtosis de los ítems no fueron especialmente altas, aunque la prueba de Mardia fue estadísticamente significativa. Se demostró que la invarianza de medición a través del sexo de ambas escalas tiene un buen ajuste del modelo, lo que demuestra que la estructura factorial y el patrón de carga son equivalentes para hombres y mujeres.

Se corrobora la estructura unifactorial de la escala PACS-R. En cuanto a la escala PACS-3, se hallaron tres factores (comparación proximal, distal y muscular).

La adaptación y validación de las escalas PACS-R y PACS-3, también, demostraron evidencias de validez de constructo, validez en relación con otras escalas y adecuada consistencia interna de las puntuaciones. En cuanto a la fiabilidad y evidencia de validez basada en relaciones con medidas de otras variables, la consistencia interna se muestra para las subescalas PACS-3 y la escala PACS-R fue adecuada, con un α de *Cronbach* para las subescalas que varió de .82 (muscularidad: dirección) y 0.90 (distal y proximal: efecto). La consistencia interna del PACS-R fue $\alpha = .94$. La fiabilidad test-retest se encontró para este último después de un lapso de tiempo de tres semanas $r = .808$ ($n = 339$).

Por su parte la escala PACS-3 evalúa la comparación de apariencia física general, proximal, distal y comparación de musculatura ascendente o descendente, y el impacto emocional causado y mejora

discretamente la predicción de las alteraciones alimentarias. El PACS-R, permite una evaluación de detección, de la comparación de la apariencia física con la de otras personas en diferentes situaciones sociales, y cuenta con un poder predictivo de las preocupaciones dismórficas de más del 30 % de la varianza. No se puede decir que el PACS-3 sea más ventajoso que el PACS-R para predecir las alteraciones alimentarias y preocupaciones dismórficas. Ambos instrumentos podrían ser usados para evaluar la tendencia a comparar la apariencia física entre hombres y mujeres en diversas situaciones.

PARTE IV

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN GENERAL

DISCUSIÓN

Esta tesis doctoral tuvo por objetivo adaptar y validar instrumentos para evaluar algunos componentes conductuales y cognitivos de las alteraciones relacionadas con la imagen corporal, mediante el estudio de la estructura factorial y las propiedades psicométricas del cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal BIAQ y las escalas de comparación de la apariencia física PACS-R y PACS-3, en población española adolescente y joven. Para cumplir el objetivo, se procedió a estudiar y validar la estructura factorial de los cuestionarios, se determinó la evidencia de validez y la fiabilidad de las puntuaciones, además, se examinó la invarianza de la medición a través del sexo. En el artículo del BIAQ, se estudió la sensibilidad y especificidad para establecer un punto de corte y en el artículo del PACS-R y PACS-3, se analizó la validez incremental para predecir las alteraciones alimentarias y preocupaciones dismórficas.

Los resultados de la adaptación y validación de los tres instrumentos BIAQ, PACS-R y PACS-3, indican evidencias de validez de constructo, evidencias de validez en relación con otras escalas y adecuada consistencia interna de las puntuaciones, lo que constata su calidad y rigurosidad en la construcción de los ítems. Si bien, existen en todos los casos ciertos detalles que se deben puntualizar o matizar, pero que no terminan por afectar a su validez, de hecho, la recomendación que aquí se vierte es que se usen las escalas completas como instrumentos para evaluar algunas alteraciones comportamentales relacionadas con la IC.

De manera concreta, estamos subrayando que la prevención, evaluación y tratamiento de los problemas relacionados con la IC en el medio español, encuentran en estos instrumentos un valor singular para el estudio de los comportamientos alterados en los jóvenes tomando en cuenta la evitación a causa de la imagen corporal (BIAQ), la comparación de la apariencia física general, es decir, peso / forma y musculatura y la comparación de la apariencia física con la de otras personas en diferentes situaciones sociales (PACS-3 y PACS-R).

Este resultado concuerda con diversas investigaciones que han validado los cuestionarios en otros contextos, en otra lengua y en otras circunstancias, lo que también supone un indicio significativo de su valor. Maïano et al. (2009) y Stienfeld et al. (2008), por ejemplo, validaron el BIAQ; mientras que, Schaefer y Thompson (2014), mejoraron la escala de comparación de apariencia física (PACS, Thompson, Heinberg y Tantleff, 1991) con la creación de la PACS-R. Tras el análisis factorial exploratorio con la mitad de la muestra (588 mujeres), los autores encontraron una solución de un solo factor para el PACS-R. La escala se relacionó con medidas de satisfacción corporal, patología alimentaria, influencias socioculturales en la apariencia y autoestima; años más tarde, en 2018, los mismos autores revisaron la PACS-R, dando paso al nacimiento de la escala PACS-3 formada por una estructura factorial, de tres factores: 1) comparación de la apariencia proximal; 2) distal y 3) muscular, con 9 subdimensiones (frecuencia de la comparación, dirección de la comparación y efecto/impacto); y Alcaraz-Ibáñez et al. (2020) examinaron la estructura factorial del PACS-R y la naturaleza invariante de sus puntuaciones a través del sexo, cuyos resultados comprueban que la comparación de la apariencia física, es común en los adolescentes, pero no contribuyó significativamente a explicar los trastornos alimentarios (Alcaraz-Ibáñez et al., 2020).

Estadísticamente, resulta importante destacar algunas fortalezas obtenidas de la validación de la estructura factorial de los cuestionarios, pues, aunque ya se describen en los estudios publicados, permiten, en primera instancia, apreciar el rigor con la que se validaron los instrumentos. En segundo lugar, visibilizan las coincidencias con otros estudios, lo que coadyuva a mostrar tendencias en la interpretación de los resultados y en el campo de la evaluación de las alteraciones de la imagen corporal.

Para la validación del cuestionario BIAQ, y las escalas PACS-R y PACS-3 se han aplicado análisis estadísticos rigurosos.

En los análisis descriptivos del BIAQ se identificó una distribución de las puntuaciones normal univariante y multivariante. Se analizó la asimetría y la curtosis y solamente dos ítems superaron una asimetría crítica de 3 y la curtosis 10, compartiendo ciertas similitudes con el estudio realizado por Campana et al. (2009). La prueba de Mardia mostró un resultado estadísticamente significativo = 181.61, $p < .001$. La asimetría y la curtosis fueron adecuadas. Los porcentajes de respuestas afirmativas, es decir, los sujetos que obtuvieron 4 o 5 puntos, fueron encontrados para cada uno de los ítems.

En el caso del Análisis factorial exploratorio del BIAQ, confirma una solución de 4 factores en muestra adolescente de población general, lo que sugiere que la estructura de la versión española propuesta en esta tesis doctoral se ajusta a la que propusieron los autores de la escala (Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt, 1991).

En el Análisis Factorial Confirmatorio del BIAQ todos los ítems saturaron con su correspondiente factor con puntajes por encima del .32 (Tabachnick, 2007). Por el comportamiento de las respuestas, se apreció que no fue necesario eliminar ningún ítem como en otros estudios (Campana et al., 2009; Lydecker et al., 2014). La media para toda muestra coincide con lo encontrado por Miano et al. (2009) al estudiar a adolescentes franceses y con lo hallado por Lydecker et al. (2014) para estudiantes mujeres blancas universitarias.

En el Análisis de invarianza de medición a través del sexo, se realizó una comparación de las medias de la puntuación total del BIAQ entre chicos y chicas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en las cuales las chicas tenían una media más alta, y se encontró indicadores adecuados de bondad de ajuste, similar al estudio de Campana et al. (2009).

Además, se evaluó la consistencia interna del BIAQ. Se halló un ordinal $\alpha = .91$ para el BIAQ total, y cuatro factores (actividades sociales, arreglarse y pesarse, vestimenta y restricción de la alimentación).

Los resultados requieren, como anticipamos, matices de interpretación. Así, en el BIAQ, a pesar de la adecuada consistencia interna de la escala completa, y de los factores actividades sociales y vestimenta, se observó una baja consistencia interna en las escalas restricción de la alimentación, arreglarse y pesarse, resultado similar al hallado por Brytek-Matera y Rogoza (2016), que encontró esas carencias en los mismos factores en la validación alemana con adolescentes. De igual modo, Steinfeld et al. (2018) hallaron esta baja consistencia interna en esas mismas escalas. En la validación francesa la consistencia interna fue aceptable para este factor, si bien se aplicó a una pequeña muestra y sugiere subescalas de vestimenta que se correlacionan modestamente con una variedad de constructos (autoestima y ansiedad por el cuerpo) (Maïano et al., 2009). Este problema de consistencia interna implica problemas únicamente en tres ítems o en la construcción de esos ítems en esas subescalas. Hemos propuesto otras respuestas a este hecho en el estudio respectivo. Con todo, habría de preguntarse si las respuestas a estos ítems son inconsistentes en una persona con alteraciones en la imagen corporal.

En tal sentido y para validar completamente el cuestionario, se debe analizar si la pregunta que evalúa las conductas evitativas no posee más bien una subescala de valoración inversa. Si el objetivo es medir los comportamientos alterados, lo que debería hacerse es considerar la suma de porcentajes con preguntas directas al respecto, pero si una medida evalúa una conducta de evitación, entonces sería necesario invertir los ítems de la subescala.

Estudios futuros con pacientes con alteraciones de la imagen corporal podrían dilucidar cómo interpretar estos componentes que han dado resultados con ciertas problemáticas.

Las correlaciones del BIAQ total, con las preocupaciones dismórficas (DCQ), la orientación de la apariencia, la preocupación por el sobrepeso (MBSRQ) y los síntomas depresivos (DCI) fueron positivas, y las correlaciones con la satisfacción de las áreas corporales y la evaluación de la apariencia fueron negativas, lo que significa, que los sujetos participantes que se evaluaron peor en las diferentes áreas de su cuerpo y la apariencia general obtuvieron las puntuaciones más altas en el BIAQ total. Estas relaciones halladas dan buena cuenta de la evidencia de validez en relación con otras escalas.

La sensibilidad y especificidad del BIAQ, se determinó mediante la curva de la Característica Operativa del Receptor (COR), donde el punto de corte correspondió al percentil 75 (29 puntos). Tomando como referencia este punto de corte, el 24.06% de la muestra estaba en riesgo de presentar alguna alteración de la imagen corporal, de los cuales el 72.7% eran mujeres. Por otro lado, si se considerara el riesgo a partir del percentil 85, el riesgo se elevará al 16.20% de la muestra con puntuaciones iguales o superiores a 34 puntos.

Para el caso de las escalas PACS-R y PACS-3, los análisis descriptivos mostraron una asimetría y curtosis de los cuestionarios adecuadas, y cumplieron el supuesto de normalidad multivariante de acuerdo con el test de Mardia. Un dato interesante se encontró al analizar la escala PACS-3, donde la mayoría de los participantes respondieron afirmativamente sobre la frecuencia con la que normalmente comparan su apariencia física con la de los demás, y, por lo tanto, respondieron a los ítems relacionados con la dirección e impacto emocional de la comparación.

El análisis factorial confirmatorio del PACS-R determinó una estructura unidimensional, siendo corroborada con indicadores de bondad de ajuste adecuados; mientras tanto, el análisis factorial confirmatorio del PACS-3 confirmó la estructura de tres factores (proximal, distal y muscular).

La invarianza de medición de la PACS-R y PACS-3 a través del sexo, se cumplió con todas las restricciones impuestas al modelo, lo que significa que la estructura factorial y el patrón de cargas factoriales son equivalentes para hombres y mujeres. Además, se encontró apoyo para la invarianza escalar, en las dos escalas PACS-R y PACS-3, lo que confirma que las puntuaciones observadas están relacionadas con las puntuaciones latentes.

Con respecto a la invarianza de medición a través del sexo, los resultados muestran en los tres cuestionarios que hombres y mujeres interpretan los ítems de manera semejante y que, por tanto, estos instrumentos son válidos para administrarlos a ambos sexos. Aunque de este resultado no se desprende que los hombres tengan la misma puntuación en los instrumentos que las mujeres, como se ha demostrado en los contrastes de medias reportadas en cada uno de los estudios de la tesis. Se ha comprobado también la utilidad de ambos instrumentos para evaluar las comparaciones sociales en situaciones reales debido a que incorporan diversos contextos en los cuales los sujetos reconocen que ellos están ejecutando el proceso cognitivo.

De acuerdo con el PACS-3, la tendencia es que las mujeres efectúan más comparaciones ascendentes que los hombres, y que sean afectadas emocionalmente en mayor grado por estas comparaciones, lo que se coincide con las investigaciones de Strahan et al. (2006), y de Schaefer y Thompson (2014). Fardouly et al. (2017) encontraron que las mujeres comparan su apariencia más en las redes sociales que los hombres, concretamente comparaciones ascendentes, práctica que ha generado más insatisfacción que la comparación en situaciones sociales reales.

En el caso de PACS-R se comprobó su consistencia interna y el test-retest validó la estabilidad temporal de la escala. Además, la escala mostró una relación positiva fuerte con alteraciones alimentarias y las preocupaciones dismórficas. En el caso de PACS-3 se comprobó su consistencia interna, con un alfa de *cronbach* por encima de .80.

Las relaciones entre las subescalas del PACS-3 con EAT-26 (trastornos alimentarios) y DCQ (preocupación dismórfica) fueron estadísticamente significativas, pero moderadas en tamaño, y más fuertes cuando se trataba de medir comparaciones proximales distales y de muscularidad, comprobados por análisis de regresión múltiple donde, la frecuencia total de PACS-3 predijo significativamente la varianza única en los trastornos alimentarios; pero, no predijo la preocupación dismórfica. En cuanto a la relación de comparación de la musculatura entre estos mismos instrumentos, el resultado fue menos sólido. Este resultado coincide con otras investigaciones (Badenes-Ribera et al., 2019) que han demostrado una relación moderada entre alteraciones alimentarias y el interés por desarrollar un entrenamiento muscular. También, los datos parecen sugerir que indicadores de dismorfia muscular clínicamente importantes podrían estar acompañados de alteraciones considerables en el comportamiento con respecto a la comida y la práctica del culturismo (Murray et al., 2017). La relación entre la comparación de la apariencia y las alteraciones alimentarias coincidió con estudios semejantes (Bailey y Ricciardelli, 2010; O'Brien et al., 2009; Schaefer y Thompson, 2014, 2018).

Con respecto a la capacidad de predecir las preocupaciones dismórficas, el estudio no puede concluir que PACS-3 posea más ventajas que el PACS-R para predecir alteraciones alimentarias y preocupación dismórfica. Las subescalas PACS-3 solo proveen un incremento ligero del 1% en la varianza. El PACS-R tiene un poder predictivo de más del 30 % de la varianza, resultado consistente con el estudio de Alcaraz-Ibáñez et al. (2020).

En tal sentido, PACS-R se recomienda para evaluar la frecuencia de comparación de apariencia en contextos de pares, sus puntuaciones son consistentes, ha demostrado alto poder predictivo, igualmente para desórdenes alimentarios y preocupaciones dismórficas y podría ser útil en el ámbito de las investigaciones y evaluaciones clínicas para la evaluación de detección, no diagnóstica.

Sin embargo, la unidimensionalidad de la escala PACS-R, podría ser una limitación si fuera necesario evaluar más específicamente el constructo, en ese caso es preferible usar PACS-3, que ofrece una variedad de contextos con los cuales se puede evaluar las comparaciones de musculatura (no solo apariencia física, forma y peso) ascendentes y descendentes y el impacto emocional causado por la comparación. Esto implica que PACS-3 es una medida de evaluación muy completa para la comparación de apariencia física, lo que incluye evaluar la comparación de la musculatura, su carácter predictivo de los trastornos alimentarios y su capacidad para predecir las preocupaciones dismórficas.

Existen algunas observaciones en cuanto a la estructura de los ítems. En el PACS-3 y sus escalas comparativas en apariencia física, sería útil incorporar, comparaciones ascendentes no solo de revistas, sino también de redes sociales o medios digitales, hoy consumidas más por los jóvenes. Como hemos anotado, si asumimos que las redes sociales pueden repercutir en la satisfacción con la apariencia corporal por medio de la comparación social y dar lugar a comportamientos típicos de las AIC como la comprobación o evitación de la apariencia (Hogue y Mills, 2019). Esta necesidad de incorporar ítems demuestra cómo un instrumento no supone un texto acabado, sino que requiere estar en constante revisión para dar cabida a las transformaciones sociales, hoy aceleradas, es decir, debe sujetarse a continuas comprobaciones empíricas.

Los estudios que compendian esta tesis doctoral tienen limitaciones que conviene señalar:

En primer lugar, se basa en datos transversales, lo que significa que no se puede inferir la causalidad. Es decir, no se pudo determinar la relación temporal (causa-efecto). En segundo lugar, en el caso del BIAQ la medida se administró una única vez, lo cual implicó que no se pudiera evaluar la fiabilidad test-retest.

Con respecto al BIAQ, no se logró aplicar el cuestionario, en otro contexto, por ejemplo, en adolescentes pertenecientes a población clínica, o diagnosticados con algún tipo de trastorno relacionado con la alteración de la imagen corporal, esto podría estar limitando a que se obtenga mayor fiabilidad.

En cuanto al PACS-R, no se recomienda usarlo para hacer una evaluación específica del constructo, esto debido a la unidimensionalidad de la escala que implica que un sólo factor latente o constructo se encuentra en la base de un conjunto de ítems. Dicho de otra manera, el PACS-R presenta respuestas que son producidas basándose en un único atributo, la frecuencia de las comparaciones de la apariencia física proximales, por lo que se recomienda usar el PACS-3 si se desea una medida más completa, que además evalúe las comparaciones distales, la dirección y efecto de la comparación y no solo la frecuencia con la que se lleva a cabo este proceso cognitivo.

Otra limitación puede ser que el estudio podría no ser representativo de la población general por la edad de la participación y porque la técnica de bola de nieve utilizada (en el segundo estudio) permitió recoger en su mayoría una muestra de estudiantes universitarios. Otra limitación es que las variables como horas de ejercicio o dieta no fueron incluidas de modo que podrían haber sido relevantes en la predicción del desórdenes alimentarios o preocupaciones dismórficas.

En esencia, los principales aportes al conocimiento suponen una validación al español de instrumentos de evaluación de la comparación con hombres y mujeres y este conocimiento es vital en el ámbito de la intervención psicológica cuando existen alteraciones en cuanto a la imagen corporal.

Mclean et al. (2019) encontraron considerables mejoras en la satisfacción corporal, internacionalización de la delgadez y el miedo a la evaluación negativa de la apariencia en mujeres adolescentes al aplicar programas de intervención enfocándose especialmente en la comparación de la apariencia.

En cuanto al BIAQ, este estudio aporta a su validación y adaptación al español como instrumento para evaluar las características conductuales de la alteración de la imagen corporal de los adolescentes, mediante una medida breve, válida y fiable, lo que tiene que ver no solo con la evitación, sino también con la comprobación y el control de la apariencia física. Para identificar e intervenir en dichos comportamientos es fundamental identificar y modificar la retroalimentación de las distorsiones cognitivas relacionadas con el peso, la forma y el aspecto físico, que mantienen la sintomatología de la patología de la imagen corporal en un período de máxima vulnerabilidad como es la adolescencia.

Otro aporte, es la novedad que imprime el estudio. Este instrumento había sido analizado frecuentemente en comparación con otros síntomas asociados a los trastornos alimentarios, sin embargo, ninguna de las evaluaciones anteriores lo había comparado con un test más cercano a otro aspecto de preocupación con respecto a la apariencia como síntomas o preocupación dismórfica.

En el estudio del BIAQ, se encontró una fuerte relación entre las preocupaciones dismórficas y el comportamiento alterado dado por el porcentaje total, igualmente en el factor vestimenta, y moderado a bajo en las correlaciones con actividades sociales, restricción de comida y aseo y pesaje. El resultado sugeriría que las preocupaciones dismórficas y el comportamiento alterado son generalmente indicadores de alteraciones relacionadas con la IC.

La relación entre el BIAQ con la sintomatología depresiva concuerda con Steinfeld et al. (2018), quienes manifestaron que los adolescentes que no pueden controlar, por ejemplo, su peso o conducta alimentaria pudieran experimentar síntomas depresivos. Mientras que, Senín-Calderón et al. (2017) encontraron que la sintomatología depresiva es una variable mediadora de la relación existente entre la insatisfacción con la IC y el deterioro del comportamiento asociado a la IC. Otra contribución relevante del estudio es encontrar la invarianza de la medición a través del sexo en ambos instrumentos, lo que no era conocido hasta ahora, pues el PACS-R solo había sido validado con las mujeres y si bien el PACS-3 había sido completado por hombres y mujeres, no hubo análisis de la invarianza en la construcción de instrumento.

Existen algunas tareas pendientes para el futuro. A fin de comprender y emplear más efectivamente el cuestionario, sugerimos que las investigaciones indaguen y evalúen la relación entre la comparación de la apariencia y dismorfia muscular. Además, el trabajar con futuros pacientes con alteraciones de la imagen corporal usando el BIAQ podría arrojar luz sobre cómo interpretar en esta población el factor arreglarse y pesarse. De igual modo, habría que efectuar alcances a esta validación para incluir el ámbito Latinoamericano, particularizado por su contexto, solo aquello permitirá seguir avanzando en el estudio de las alteraciones de la imagen corporal.

La confirmación de los tres instrumentos brinda confianza para que estudios posteriores analicen los resultados por dimensiones cuando el interés sea asociar su puntaje con otras variables, por ejemplo, de tipo sociodemográfico, o para determinar la efectividad de intervenciones.

La constancia de estas dimensiones, además, apoya la impresión de que las percepciones en cuanto a la imagen corporal se encuentran en distintas culturas y en personas con diferentes estados de salud/enfermedad, requerimiento fundamental para considerar un instrumento transcultural y permitir comparar los resultados entre países.

En general, BIAQ PACS-R y PACS-3 ofrece una evaluación breve pero cuidadosa de algunas características de las alteraciones de la imagen corporal que pudieran generar preocupación clínica y deterioro psicosocial en la persona.

Finalmente, recomendamos los instrumentos BIAQ, PACS-R y PACS-3 como adecuados para el contexto hispano e incluso latinoamericanos. También, para estudios en diversas poblaciones como para estudios clínicos de intervención. Contar con instrumentos validados en distintas poblaciones, permite a la Psicología avanzar hacia los estudios comparativos, considerando que los instrumentos estudiados, ya han mostrado su utilidad y, han contribuido a detectar diversos problemas relacionados con la IC, tomando en cuenta las dimensiones que más afectan, pudiendo mejorar con ello la calidad de vida las personas con AIC.

CONCLUSIONES GENERALES

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones del estudio 1 titulado “*Factor structure and psychometric properties of the Spanish version of the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)*” son:

1. La versión española del BIAQ, mostró ser un instrumento de evaluación pertinente y apropiado que ofrece garantías psicométricas para evaluar el componente conductual de las alteraciones de la imagen corporal en adolescentes.
2. La estructura factorial de la versión española del cuestionario BIAQ, es similar a la ofrecida por los autores de la escala compuesta por cuatro factores: actividades sociales, arreglarse y pesarse, vestimenta y restricción de la alimentación.
3. El cuestionario completo BIAQ, ofrece indicadores de consistencia interna adecuados, así como los factores “vestimenta” y “actividades sociales”. Los factores “arreglarse y pesarse” y “restricción alimentaria” ofrecen baja consistencia interna.
4. Los resultados de los análisis de invarianza métrica, permiten concluir que el BIAQ es una medida adecuada para administrarla tanto a chicos como a chicas.
5. El BIAQ presenta evidencias de validez en relación con otras medidas relacionadas con la inversión y la insatisfacción con la apariencia física, ambas relacionadas con los síntomas más cercanos a los trastornos alimentarios, pero también con los indicadores principales del trastorno dismórfico corporal.
6. El 24.06% de la muestra del estudio, se encuentra en riesgo de presentar alteraciones de la imagen corporal, especialmente en el caso de las adolescentes.

7. El BIAQ se considera una medida breve, válida y fiable para evaluar el componente conductual de la imagen corporal en chicos y chicas que tiene que ver no sólo con la evitación sino también con la comprobación y el control de la apariencia física.
8. El BIAQ es un instrumento que puede permitir delimitar en la evaluación un determinado tipo de comportamiento modificable e incluso aplicarlo como criterio de progreso terapéutico.

Las principales conclusiones del estudio 2 titulado “*Validation of a Spanish version of the Physical Appearance Comparison Scales*” son:

1. Las escalas PACS-R y PACS-3 mostraron evidencias de validez relativas a su estructura interna. Se corroboró una estructura unidimensional para el PACS-R y una estructura de tres factores (comparación proximal, distal y muscular) para el PACS-3.
2. Las escalas PACS-R y PACS-3 fueron invariantes a través del sexo, por lo que tanto hombres como mujeres, interpretan los ítems de forma similar. Ambas medidas pueden emplearse con garantías en hombres y mujeres jóvenes.
3. La PACS-R mostró evidencias de validez en relación con la escala de actitudes alimentarias (EAT-26) y el cuestionario de preocupaciones dismórficas (DCQ). La escala PACS-3 mostró una correlación moderada con las escalas mencionadas en su versión completa y en los factores proximales y distales, pero baja correlación con el factor muscularidad.

4. Tanto la escala PACS-R como la PACS-3 en su versión completa como sus factores, mostraron una adecuada consistencia interna. La PACS-R mostró una fiabilidad test-retest alta tras un periodo de tiempo de tres semanas.

5. La escala PACS-R explicó un 26% de la varianza de las alteraciones alimentarias, y un 31% de la varianza de las preocupaciones dismórficas. La contribución de la PACS-3 mejoró escasamente el porcentaje de varianza en la explicación de ambos problemas clínicos.

6. La escala PACS-R se recomienda para evaluaciones en población clínicas y no clínicas donde sea relevante evaluar la frecuencia con la que se realizan comparaciones de la apariencia proximales.

7. La escala PACS-3 ofrece una evaluación más completa de la comparación de apariencia, puesto que no solo ofrece resultados de la frecuencia con la que se lleva a cabo la comparación, sino que permite evaluar la dirección de la comparación y su impacto emocional. Además, permite hacer no solo comparaciones proximales, sino también distales, así como evaluar la comparación de la apariencia en relación con la musculatura.

REFERENCIAS

- Ahern, A. L., & Hetherington, M. M. (2006). The thin ideal and body image: An experimental study of implicit attitudes. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(3), 338-342.
<https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.338>.
- Alcaraz-Ibáñez, M., Sicilia, Á., Díez-Fernández, D. M., & Paterna, A. (2020). Physical appearance comparisons and symptoms of disordered eating: The mediating role of social physique anxiety in Spanish adolescents. *Body Image, 32*, 145–149.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.005>
- Alleva, J. M., Holmqvist Gattario, K., Martijn, C., & Lunde, C. (2019). What can my body do vs. how does it look?: A qualitative analysis of young women and men's descriptions of their body functionality or physical appearance. *Body Image, 31*, 71-80.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.08.008>.
- Almenara, C. A., & Ježek, S. (2015). The Source and Impact of Appearance Teasing: An Examination by Sex and Weight Status Among Early Adolescents From the Czech Republic. *Journal of School Health, 85*(3), 163-170. <https://doi.org/10.1111/josh.12236>.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. p. 507–10.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5ta ed. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. E. Médica Panamericana.
- Andersen, S. B., Lindgreen, P., Rokkedal, K., & Clausen, L. (2018). Grasping the weight cut-off for anorexia nervosa in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 51*(12), 1346-1351. <https://doi.org/10.1002/eat.22977>.
- Bailey, S. D., & Ricciardelli, L. A. (2010). Social comparisons, appearance related comments, contingent self-esteem and their relationships with body dissatisfaction and eating disturbance among women. *Eat. Behav, 11*, 107-112.
- Bell, C., Kirkpatrick, W and Rinn, R.C. (1986). Body image of anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology, 42*, 431-439.

Referencias

- Betz, D. E., Sabik, N. J., & Ramsey, L. R. (2019). Ideal comparisons: Body ideals harm women's body image through social comparison. *Body Image, 29*, 100-109. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.03.004>.
- Bolton, M. A., Lobben, I., & Stern, T. A. (2010). The impact of body image on patient care. In *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 12, Issue 2). Prim Care Companion J Clin Psychiatry. <https://doi.org/10.4088/PCC.10r00947blu>.
- Bordo, S. (2003). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. 10th ed. University of California Press.
- Boroughs, M. S., Krawczyk, R., & Thompson, J. K. (2010). Body Dysmorphic Disorder among Diverse Racial/Ethnic and Sexual Orientation Groups: Prevalence Estimates and Associated Factors. *Sex Roles, 63*, 725-737.
- Borowsky, H. M., Eisenberg, M. E., Bucchianeri, M. M., Piran, N., & Neumark-Sztainer, D. (2015). Feminist identity, body image, and disordered eating. *Eating Disorders, 24*(4), 297-311. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1123986>.
- Bozsik, F., Whisenhunt, B. L., Hudson, D. L., Bennett, B., & Lundgren, J. D. (2018). Thin is in? Think Again: The Rising Importance of Muscularity in the Thin Ideal Female Body. *Sex Roles, 79*(9-10), 609-615. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0886-0>.
- Braun, T., Park, C., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image, 17*, 117-131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>.
- Brechan, I., & Kvalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors, 17*, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008>.
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal Body-Image Assessment: Factor Analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 55*(1-2), 135-144. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674053>.
- Brytek-Matera, A., & Rogoza, R. (2016). The Polish version of the Body Image Avoidance Questionnaire: an exploratory structural equation modeling approach. *Eating and Weight Disorders, 21*(1), 65-72. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0206-z>.
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., & Thompson, J. K. (2005). The impact of thin-ideal internalization on body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science*

Referencias

- and Practice*, 12(1), 421-433. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi053>.
- Cafri, G., & Thompson, J. K. (2004). Measuring Male Body Image: A Review of the Current Methodology. *Psychology of Men and Masculinity*, 5(1), 18-29. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.5.1.18>.
- Campana, A. N. N. B., Da Consolação, M., Tavares, G. C. F., Da Silva, D., & D'Elboux Diogo, M. J. (2009). Translation and validation of the body image avoidance questionnaire (BIAQ) for the Portuguese language in Brazil. *Behavior Research Methods*, 41(1), 236-243. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.1.236>
- Carey, R. N., Donaghue, N., & Broderick, P. (2014). Body image concern among Australian adolescent girls: The role of body comparisons with models and peers. *Body Image*, 11(1), 81-84. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.006>.
- Cash, T. F. (2000). Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, 2, 1-4. https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_3-1
- Cash, T. F. (2000). *User's manual for the Multidimensional BodySelf Relations Questionnaire*. V. O. D. U. Norfolk.
- Cash, T. F. (2002). The situational inventory of body-image dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 362-366. <https://doi.org/10.1002/eat.10100>
- Cash, T. F. (2002). A “negative body image”: Evaluating epidemiological evidence. In: Cash TF, Pruzinsky T. (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford & Press.
- Cash, T. F. (2006). Developmental Teasing About Physical Appearance: Retrospective Descriptions and Relationships With Body Image. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 23(2), 123-130. <https://doi.org/10.2224/sbp.1995.23.2.123>.
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In *Body image: a handbook of science, practice and prevention*, Vol. 1, Issue 1 (pp. 39-47). Elsevier Inc.
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image T.F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance*, Academic Press (Elsevier), San Diego, CA (2012), pp. 334-342, 10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7
- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11(4), 487-521.

Referencias

- 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(2), 107-126. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J).
- Cash, T. F., Fleming, E. C., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A. (2002). Beyond body image as a trait: The development and validation of the body image states scale. *Eating Disorders*, 10(2), 103-113. <https://doi.org/10.1080/10640260290081678>.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2004). The Assessment of Body Image Investment: An Extensive Revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 305-316. <https://doi.org/10.1002/eat.10264>.
- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring “negative body image”: Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, 1(4), 363–372. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.10.001..>
- Cash, T. F., & Pruzinsk, T. (2002). Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* (Vol. 289, Issue 14). G. Press.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. E. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. G. Press.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. E. (2002). Future challenges for body image theory, research, and clinical practice. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 509-516). 2da ed. Guilford Press.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. 2nd ed. G. Press.
- Cash, T. F., & Szymanski, M. L. (1995). The Development and Validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 466-477. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6403_6..
- Cohen, R., Irwin, L., Newton-John, T., & Slater, A. (2019). #bodypositivity: A content analysis of body positive accounts on Instagram. *Body Image*, 29, 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.007>.
- Crerand, C. E., Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2005). Nonpsychiatric Medical Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 549-555. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.6.549>.

Referencias

- Crowther, J. H., & Williams, N. M. (2011). Body image and bulimia nervosa. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 288-295). Guilford.
- Cruz R. M., Ávila M. L., Velázquez H.J., & Estrella, D. F. (2013). Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. *Rev. Mex. de trastor. alimenticios*, 4(1), 37-44.
- Daffermer, M., Campagna, J., & Rodgers, R. F. (2019). Making gains: Hypermuscularity and objectification of male and female Olympic athletes in Sports Illustrated across 60 years. *Body Image*, 29, 156-160. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.04.001>.
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., Hutchinson, A. D., & Coro, D. G. (2020). Body image disturbance and sexual orientation: An updated systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 35, 126–141. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.009>
- Dion, J., Blackburn, M. E., Auclair, J., Laberge, L., Veillette, S., Gaudreault, M., Vachon, P., Perron, M., & Touchette, É. (2014). Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International Journal of Adolescence and Youth*, 3843, 37-41. <https://doi.org/10.1080/02673843.2014.985320>.
- Fardouly, J., & Vartanian, L. R. (1990). Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns. *Body Image*, 12, 82-88.
- Fallon, A. E. (1990). *Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image*. Guilford.
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/001872675400700202>.
- Fingeret, M. C., Gleaves, D. H., & Pearson, C. A. (2004). On the methodology of body image assessment: The use of figural rating scales to evaluate body dissatisfaction and the ideal body standards of women. *Body Image*, 1(2), 207-212. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.01.003>.
- Fisher, E., Dunn, M., & Thompson, J. K. (2002). Social comparison and body image: An investigation of body comparison processes using multidimensional scaling. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(5), 566-579. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.5.566.22618>.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>.
- Gardner, R.M., Jappe, L.M. y Gardner, L. (2009). Development and Validation of a New Figural Drawing Scale for Body-Image Assessment: The Bias-BD. *Journal of Clinical Psychology*,

Referencias

- 65(1), 113-122.
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2010). Body image assessment: A review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences, 48*(2), 107-111.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.08.017>.
- Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (1989). Effects of Upward and Downward Social Comparison on Mood States. *Journal of Social and Clinical Psychology, 8*(1), 14-31.
<https://doi.org/10.1521/jscp.1989.8.1.14>.
- Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Stevens, S. L., Sawyer, S. M., Rees, J., Nicholls, D., & Rome, E. S. (2003). Eating disorders in adolescents: Position paper of the society for adolescent medicine. *Journal of Adolescent Health, 33*(6), 496-503.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.08.004>.
- Gorrell, S., Kinasz, K., Hail, L., Bruett, L., Forsberg, S., Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Rituals and preoccupations associated with bulimia nervosa in adolescents: Does motivation to change matter? *European Eating Disorders Review, 27*(3), 323-328. <https://doi.org/10.1002/erv.2664>.
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., & Machado, P. P. P. (2019). Examining the distinctiveness of body image concerns in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 52*(11), 1229-1236. <https://doi.org/10.1002/eat.23161>.
- Grogan, S. (2008). Body Image. In *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2da ed., Vol. 53, Issue 9. Routledge.
- Grogan, S. (2017). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* 3rd ed. Routledge.
- Halliwell, J., Tylka, T., & Slater, A. (2017). Adapting the Body Appreciation Scale-2 for Children: A psychometric analysis of the BAS-2C. *Body Image, 21*, 97-102.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.03.005>.
- Harrison, K. (2000). Television Viewing, Fat Stereotyping, Body Shape Standards, and Eating Disorder Symptomatology in Grade School Children. *Communication Research, 27*(5), 617-640. <https://doi.org/10.1177/009365000027005003>.
- Hogue, J. V., & Mills, J. S. (2019). The effects of active social media engagement with peers on body image in young women. *Body Image, 28*, 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.002>.

Referencias

- Hou, L., Li, Q., Jiang, L., Qiu, H., Geng, C., Hong, J. S., Li, H., & Wang, Q. (2018). Hypertension and Diagnosis of Parkinson's Disease: a meta-analysis of cohort Studies. *Frontiers in Neurology*, 9(3), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00162>.
- Irvine, K. R., McCarty, K., McKenzie, K. J., Pollet, T. V., Cornelissen, K. K., Tovée, M. J., & Cornelissen, P. L. (2019). Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia*, 122, 38-50. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.11.015>.
- Izydorczyk, B., Khanh, H. T. T., Lizińczyk, S., Sitnik-Warchulska, K., Lipowska, M., & Gulbicka, A. (2020). Body dissatisfaction, restrictive, and bulimic behaviours among young women: A Polish–Japanese comparison. *Nutrients*, 12(3), 1-20. <https://doi.org/10.3390/nu12030666>.
- Jakatdar, T. A., Cash, T. F., & Engle, E. K. (2006). Body-image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *Body Image*, 3(4), 325-333. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.09.001>.
- Jáuregui-Lobera, I., Ezquerro-Cabrera, M., Carbonero-Carreño, R., & Ruiz-Prieto, I. (2013). Weight Misperception, Self-Reported Physical Fitness, Dieting and Some Psychological Variables as Risk Factors for Eating Disorders. *Nutrients*, 5(11), 4486-4502. <https://doi.org/10.3390/nu5114486>.
- Khaled, S. M., Kimmel, L., & Le Trung, K. (2018). Assessing the factor structure and measurement invariance of the eating attitude test (EAT-26) across language and BMI in young Arab women. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0199-x>.
- King, I. C. C. (2018). Body image in paediatric burns: a review. *Burns & Trauma*, 6(1), 4-9. <https://doi.org/10.1186/s41038-018-0114-3>.
- Leahey, T. M., Crowther, J. H., & Mickelson, K. D. (2007). The Frequency, Nature, and Effects of Naturally Occurring Appearance-Focused Social Comparisons. *Behavior Therapy*, 38(2), 132-143. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.06.004>.
- Legenbauer, T., Vocks, S., & Schütt-Strömel, S. (2007). Validierung einer Deutschsprachigen Version des Body Image Avoidance Questionnaire BIAQ. *Diagnostica*, 53(4), 218-225. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.4.218>.
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017). Different facets of body image disturbance in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, 9(12), 1-24. <https://doi.org/10.3390/nu9121294>.

Referencias

- Liao, J., Jackson, T., & Chen, H. (2014). The structure and validity of directional measures of appearance social comparison among emerging adults in China. *Body Image, 11*(4), 464–473. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.001>.
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. S. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy, 43*(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>.
- Lydecker, J.A., Cotter, E.W., Mazzeo, S. E. (2014) Body checking and body image avoidance: Construct validity and norms for college women. *Eat Behav 15*, 13-16. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.10.009.
- Lydecker, J. A., Shea, M., & Grilo, C. M. (2018). Driven exercise in the absence of binge eating: Implications for purging disorder. *International Journal of Eating Disorders, 51*(2), 139-145. <https://doi.org/10.1002/eat.22811>.
- Mañano, C., Morin, A. J. S., Monthuy-Blanc, J., & Garbarino, J. M. (2009). The body image avoidance questionnaire: Assessment of its construct validity in a community sample of french adolescents. *International Journal of Behavioral Medicine, 16*(2), 125-135. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9035-7>.
- Mancuso, S. G., Knoesen, N. P., & Castle, D. J. (2010). The Dysmorphic Concern Questionnaire: A screening measure for body dysmorphic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(6), 535-542. <https://doi.org/10.3109/00048671003596055>.
- Marchessault, G. (2000). One mother and daughter approach to resisting weight preoccupation. In B. Miedema, J. M. Stoppard, & V. Anderson (Eds.). *Women's bodies, women's lives* (203-26). S. Press.
- Marco, J. H., Perpiñá, C., Roncero, M., & Botella, C. (2017). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Spanish version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales in early adolescents. *Body Image, 21*, 15-18. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.01.003>.
- Marengo, D., Longobardi, C., Fabris, M. A., & Settanni, M. (2018). Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: The mediating role of body image concerns. *Computers in Human Behavior, 82*, 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.003>.
- McLean, S. A., Wertheim, E. H., Marques, M. D., & Paxton, S. J. (2019). Dismantling prevention: Comparison of outcomes following media literacy and appearance comparison modules in a

Referencias

- randomised controlled trial. *J. Health Psychol*, 24, 761-776.
- Mills, J. S., Mort, O., & Trawley, S. (2019). The impact of different responses to fat talk on body image and socioemotional outcomes. *Body Image*, 29, 149-155.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.03.009>..
- Mills, J. S., Musto, S., Williams, L., & Tiggemann, M. (2018). “Selfie” harm: Effects on mood and body image in young women. *Body Image*, 27, 86-92.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.007>..
- Mineka, S., & Sutton, S. K. (1992). Cognitive Biases and the Emotional Disorders. *Psychological Science*, 3(1), 65-69. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1992.tb00260.x>.
- Mitchison, D., Crino, R., & Hay, P. (2013). The presence, predictive utility, and clinical significance of body dysmorphic symptoms in women with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 1-10. <https://n9.cl/vbza>.
- Mitchison, D., Hay, P., Griffiths, S., Murray, S. B., Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., Harrison, C., & Mond, J. (2017). Disentangling body image: The relative associations of overvaluation, dissatisfaction, and preoccupation with psychological distress and eating disorder behaviors in male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 118-126.
<https://doi.org/10.1002/eat.22592>.
- Möllmann, A., Hunger, A., Schulz, C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2020). Gazing rituals in body dysmorphic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 68, 101522.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101522>..
- Monzani, B., Rijdsdijk, F., Anson, M., Iervolino, A. C., Cherkas, L., Spector, T., & Mataix-Cols, D. (2012). A twin study of body dysmorphic concerns. *Psychological Medicine*, 42(9), 1949-1955.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711002741>.
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Murray, S. B., Nagata, J.M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J., & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clin. Psychol. Rev.*, 57, 1-11.
- Mustapic, J., Marcinko, D., & Vargek, P. (2015). Eating behaviours in adolescent girls: the role of body shame and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders*, 20(3), 329-335.
<https://doi.org/10.1007/s40519-015-0183-2>.

Referencias

- Myers, T. A., Ridolfi, D. R., Crowther, J. H., & Ciesla, J. A. (2012). The impact of appearance-focused social comparisons on body image disturbance in the naturalistic environment: The roles of thin-ideal internalization and feminist beliefs. *Body Image, 9*(3), 342-351. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.03.005>.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association, 111*(7), 1004-1011. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012>.
- O'Brien, K. S., Caputi, P., Minto, R., Peoples, G., Hooper, C., Kell, S., & Sawley, E. (2009). Upward and downward physical appearance comparisons: Development of scales and examination of predictive qualities. *Body Image, 6*(3), 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.03.003>.
- Onden-Lim, M., & Grisham, J. R. (2013). Intrusive imagery experiences in a high dysmorphic concern population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*(1), 99-105. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9318-1>.
- Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D. J. (1998). Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32*(1), 129-132. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1998.00377.x>.
- Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. O. U. Press.
- Phillips, K. A. (2005). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. O. U. Press.
- Phillips, K.A. (2017). *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice*. O. U. Press.
- Phillips, K. A. (2000). Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(3), 170-175. <https://doi.org/10.1097/00005053-200003000-00007>.
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., Albertini, R. S., Tignol, J., Biraben-Gotzamanis, L., Martin-Guehl, C., Grabot, D., & Aouizerate, B. (2014). Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: Evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Focus, 22*(2), 304-309. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.05.003>.

Referencias

- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, *46*(4), 317-325. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.4.317>.
- Piran, N. (2010). A feminist perspective on risk factor research and on the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, *18*(3), 183-198. <https://doi.org/10.1080/10640261003719435>.
- Polivy, J., Herman, C. P., & Pliner, P. (1990). Perception and evaluation of body image: The meaning of body shape and size. In J. M. Olson, & M. P. Zanna (Eds.). *Self-inference processes: The Ontario symposium* (pp. 87-114). Erlbaum.
- Porras-García, B., Ferrer-García, M., Yilmaz, L., Sen, Y. O., Olszewska, A., Ghita, A., Serrano-Troncoso, E., Treasure, J., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2020). Body-related attentional bias as mediator of the relationship between body mass index and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, *28*(4), 454-464. <https://doi.org/10.1002/erv.2730>.
- Pöttsch, A., Rudolph, A., Schmidt, R., & Hilbert, A. (2018). Two sides of weight bias in adolescent binge-eating disorder: Adolescents' perceptions and maternal attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(12), 1339-1345. <https://doi.org/10.1002/eat.22982>.
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, *133*, 557-580.
- Rancourt, D., Leahey, T. M., Larose, J. G., & Crowther, J. H. (2015). Effects of weight-focused social comparisons on diet and activity outcomes in overweight and obese young women. *Obesity*, *23*(1), 85-89. <https://doi.org/10.1002/oby.20953>.
- Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R., & Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(3), 324-333. <https://doi.org/10.1002/eat.10012>.
- Riva, G., & Molinari, E. (1998). Replicated factor analysis of the Italian version of the body image avoidance questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, *86*(3), 1071-1074.
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., & Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*(2), 1044-1056.
- Rivière, J., Rousseau, A., & Douilliez, C. (2018). Effects of induced rumination on body dissatisfaction: Is there any difference between men and women? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *61*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.05.005>.

Referencias

- Robinson, L., Prichard, I., Nikolaidis, A., Drummond, C., Drummond, M., & Tiggemann, M. (2017). Idealised media images: The effect of fitspiration imagery on body satisfaction and exercise behaviour. *Body Image*, 22, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.06.001>.
- Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: A normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, 3(2), 267-307. <https://psycnet.apa.org/record/1989-29311-001>.
- Rodríguez-Testal, J. (2013). *Alteraciones de la Imagen Corporal*. Síntesis.
- Rogoza, A. B. R. (2015). The Polish version of the Body Image Avoidance Questionnaire: an exploratory structural equation modeling approach. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0206-z>.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 3(1), 32-37. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.32>.
- Rosen, J.C. y Reiter, J.T. (1995). Development of Body Dysmorphic Disorder Examination (DBDE). S/p. University of Vermont.
- Rosewall, J. K., Beavan, A., Houlihan, C., Bates, S., Melhuish, L., Mountford, V., & Lacey, J. H. (2020). Evaluation of Teen BodyWise: A pilot study of a body image group adapted for adolescent inpatients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 25(3), 609-615. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00658-z>.
- Rosewall, J. K., Gleaves, D. H., & Latner, J. D. (2020). Moderators of the Relationship Between Body Dissatisfaction and Eating Pathology in Preadolescent Girls. *Journal of Early Adolescence*, 40(3), 328-353. <https://doi.org/10.1177/0272431619837385>.
- Sadibolova, R., Ferrè, E. R., Linkenauger, S. A., & Longo, M. R. (2019). Distortions of perceived volume and length of body parts. *Cortex*, 111, 74-86. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2018.10.016>.
- Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2014). The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R). *Psychological Assessment*, 15(2), 209-217. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.001>.
- Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2018). The Development and Validation of the Physical Appearance Comparison Scale-3 (PACS-3). *Psychological Assessment*, 30(10), 112. <https://doi.org/10.1037 / pas0000576>.

Referencias

- Senín-Calderón, C., Valdés-Díaz, M., Benítez-Hernández, M. M., Núñez-Gaitán, M. C., Perona-Garcelán, S., Martínez-Cervantes, R., & Rodríguez-Testal, J. F. (2017). Validation of Spanish language evaluation instruments for body dysmorphic disorder and the dysmorphic concern construct. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01107>.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body Checking and its Avoidance in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *35*(1), 93-101. <https://doi.org/10.1002/eat.10228>.
- Shoraka, H., Amirkafi, A., & Garrusi, B. (2019). Review of body image and some of contributing factors in Iranian population. *International Journal of Preventive Medicine*, *10*(1). https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_293_18.
- Silva, D., Ferriani, L., & Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: A systematic review. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, *65*(5), 731-738. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731>.
- Smolak, L., Levine, M. P., & Kevin Thompson, J. (2001). The use of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire with middle school boys and girls. *International Journal of Eating Disorders*, *29*(2), 216-223. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200103\)29:2<216::AID-EAT1011>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200103)29:2<216::AID-EAT1011>3.0.CO;2-V).
- Spreckelsen, P., Glashouwer, K. A., Bennik, E. C., Wessel, I., & De Jong, P. J. (2018). Negative body image: Relationships with heightened disgust propensity, disgust sensitivity, and self-directed disgust. *PLoS ONE*, *13*(6), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198532>.
- Stasik-O'Brien, S. M., & Schmidt, J. (2018). The role of disgust in body image disturbance: Incremental predictive power of self-disgust. *Body Image*, *27*, 128-137. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.011>.
- Steinfeld, B., Waldorf, M., Bauer, A., Huber, T., Braks, K., & Vocks, S. (2018). Körperbezogenes Vermeidungsverhalten: Validierung des deutschsprachigen Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) an Jugendlichen mit Anorexia und Bulimia Nervosa sowie einer gesunden Kontrollgruppe. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, *68*, 126-136. <https://doi.org/10.1055/s-0043-116848>.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(5), 985-993. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00488-9).

Referencias

- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2007). A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>.
- Storch, E. A., & Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27(3), 351-362. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.03.003>.
- Strahan, E. J., Wilson, A. E., Cressman, K. E., & Buote, V. M. (2006). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. *Body Image*, 3, 211-227.
- Stunkard, A. J., Sorenson, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W. Matthyse (Eds.), *Genetics of neu-rogical and psychiatric disorders*. (pp. 115-120). New York: Raven Press.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L. S. (2007) *Using Multivariate Statistics*. Pearson Education.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. P. Press.
- Thompson, J. K., Burke, N. L., & Krawczyk, R. (2012). Measurement of body image in adolescence and adulthood. In *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (Vol. 2). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00081-X>.
- Thompson, J. K. Covert, M. D., & Stormer, S. M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 43-51. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199907\)26:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-R).
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., & Tantleff-Dunn, S. (1991). The Physical Appearance Comparison Scale (PACS). *The Behavior Therapist*, 14, 174.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. A. P. Association.
- Tiggemann, M., & Polivy, J. (2010). Upward and downward: Social comparison processing of thin idealized media images. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 356-364. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01581.x>.
- Tiggemann, M., & Williamson, S. (2000). The effect of exercise on body satisfaction and self-esteem as a function of gender and age. *Sex Roles*, 43(1-), 119-127.

Referencias

- <https://doi.org/10.1023/A:1007095830095>.
- Vannucci, A., & Ohannessian, C. M. C. (2017). Body Image Dissatisfaction and Anxiety Trajectories During Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 00(00), 1-11. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390755>.
- Vartanian, L. R., & Dey, S. (2013). Self-concept clarity, thin-ideal internalization, and appearance-related social comparison as predictors of body dissatisfaction. *Body Image*, 10(4), 495-500. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.05.004>.
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dermatologic Clinics*, 1-5. <https://doi.org/10.1002/9780470684610>.
- Wambach, L., & Schmidt, J. (2020). Body-related concerns and attention bias for socially threatening stimuli: Systematic review. *Psychotherapeut*, 65(2), 71-78. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00406-0>.
- Williamson, D. A. (1996). Body image disturbance in eating disorders: A form of cognitive bias? *Eating Disorders*, 4(1), 47-58. <https://doi.org/10.1080/10640269608250075>.
- Williamson, D. A., Womble, L. G., Zucker, N. L., Reas, D. L., White, M. A., Blouin, D. C., y Greenway, F. (2000). Body image assessment for obesity (BIA-O):development of a new procedure. *International journal of obesity*, 24(10),1326-1332.
- Wilson, S., Aardema, F., & O'Connor, K. (2017). Doubt and fear of self in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50(12), 1437-1441. <https://doi.org/10.1002/eat.22789>.
- Wilver, N. L., Summers, B. J., & Coughle, J. R. (2020). Effects of safety behavior fading on appearance concerns and related symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(1), 65-74. <https://doi.org/10.1037/ccp0000453>.
- World Health Organization. (1992). *World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CIE10)*. Meditro.
- World Health Organization. (2017). *World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CIE11)*.

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DEL PRIMER ESTUDIO**Parte I****1. Primera evaluación auto administrada**

Código:	
Inicial del nombre y dos apellidos:	
Correo electrónico:	
Edad:	
Sexo:	
1= Varón	2= Mujer

Anexos

Parte II

2. Cuestionario de evitación a causa de la Imagen Corporal BIAQ

(Rosen, Srebnik y Saltzberg, 1991)

Rodee con un círculo el número que mejor describa la frecuencia con que realiza actualmente las siguientes conductas.

Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Frecuentemente	Siempre
0	1	2	3	4	5

1. Llevo ropas muy amplias o anchas.	0	1	2	3	4	5
2. Llevo ropas que no me gustan.	0	1	2	3	4	5
3. Llevo ropas de color oscuro.	0	1	2	3	4	5
4. Llevo un tipo especial de ropas: «mis ropas de gorda/o».	0	1	2	3	4	5
5. Restrinjo la cantidad de comida que tomo.	0	1	2	3	4	5
6. Sólo como frutas, verduras u otras comidas bajas en calorías.	0	1	2	3	4	5
7. Ayuno durante un día o más.	0	1	2	3	4	5
8. No voy a citas sociales si pienso que voy a ser examinada/o.	0	1	2	3	4	5
9. No voy a reuniones sociales si la gente con la que voy a estar hablará sobre peso.	0	1	2	3	4	5
10. No voy a reuniones sociales en las que sé que habrá personas más delgadas que yo.	0	1	2	3	4	5

*Anexos***(Continuación...) Cuestionario de evitación a causa de la Imagen Corporal BIAQ****(Rosen, Srebnik y Saltzberg, 1991)**

Rodee con un círculo el número que mejor describa la frecuencia con que realiza actualmente las siguientes conductas.

Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Frecuentemente	Siempre
0	1	2	3	4	5

11. No voy a reuniones sociales si esto implica comer.	0	1	2	3	4	5
12. Me peso.	0	1	2	3	4	5
13. Estoy inactivo/a.	0	1	2	3	4	5
14. Me miro al espejo.	0	1	2	3	4	5
15. Evito relaciones íntimas.	0	1	2	3	4	5
16. Llevo ropas que disimulan mi peso.	0	1	2	3	4	5
17. Evito ir a comprar ropa.	0	1	2	3	4	5
18. No llevo ropas destapadas como traje de baño, top, short.	0	1	2	3	4	5
19. Me arreglo y me maquillo.	0	1	2	3	4	5

3. Cuestionario de Preocupación Dismórfica (DCQ)

(Oosthuizen et al., 1998). Versión en español por Senín-Calderón et al., 2017.

Por favor, lee atentamente las siguientes preguntas y responde a las mismas con un círculo en la respuesta que crees que es más apropiada para describir tu situación actual.

¿Alguna vez has:

1. Estado muy preocupado por algún aspecto de tu apariencia física?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

2. Te has considerado a ti mismo/a como malformado/a, o deforme de alguna manera (por ejemplo, en la nariz, cabello, órganos sexuales, o la constitución del cuerpo en general)?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

3. ¿Has considerado que tu cuerpo funcione mal de alguna manera (por ejemplo, un olor corporal excesivo, flatulencia o gases, sudor)?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

4. Has consultado o has sentido que es necesario consultar a un cirujano plástico, un dermatólogo, u otro médico, ¿acerca de estas preocupaciones?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

Anexos

¿Alguna vez has:

5. Te han informado otras personas, o un médico, que todo es normal, a pesar de que estás muy convencido/a de que algo va mal con respecto a tu apariencia o el funcionamiento corporal?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
--------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---

6. Has pasado mucho tiempo preocupándote por un defecto en tu aspecto o en el funcionamiento corporal?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
--------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---

7. Has pasado mucho tiempo tapando o cubriendo los defectos de tu aspecto o del funcionamiento corporal?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
--------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---

*Anexos***4. Inventario de Depresión Infantil (CDI)**

(Kovacs y Beck, 1977; Kovacs, 1983; 1992)

Los chicos/as como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario recogemos estos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una oración que sea la que mejor describa cómo te has sentido durante estas dos últimas semanas. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor cómo te has encontrado últimamente. Pon un aspa (X) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una cruz junto a la frase que MEJOR te describa: EJEMPLO:

- LEO LIBROS
- LEO LIBROS DE VEZ EN CUANDO
- NUNCA LEO LIBROS

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las dos últimas semanas.

COMENZAMOS...

1. Estoy triste de vez en cuando
- Estoy triste muchas veces
- Estoy triste siempre

Anexos

2. Nunca me saldrá nada bien
- No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
- Las cosas me saldrán bien
-
3. Hago bien la mayoría de las cosas
- Hago mal muchas cosas
- Todo lo hago mal
-
4. Me divierten muchas cosas
- Me divierten algunas cosas
- Nada me divierte
-
5. Soy malo siempre
- Soy malo muchas veces
- Soy malo algunas veces
-
6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
- Me preocupa que me ocurran cosas malas
- Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
-
7. Me odio
- No me gusta como soy
- Me gusta como soy

Anexos

8. Todas las cosas malas son culpa mía
 Muchas cosas malas son culpa mía
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
9. No pienso en matarme
 Pienso en matarme, pero no lo haría
 Quiero matarme
10. Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
 Tengo ganas de llorar de vez en cuando
11. Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces
 Las cosas me preocupan de vez en cuando
12. Me gusta estar con la gente
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 No quiero en absoluto estar con la gente
13. No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme
 Me decido fácilmente

Anexos

14. Tengo buen aspecto
- Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
- Soy feo/a
15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
- Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
- No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. Todas las noches me cuesta dormirme
- Muchas veces me cuesta dormirme
- Duermo muy bien
17. Estoy cansado de vez en cuando
- Estoy cansado muchos días
- Estoy cansado siempre
18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
- Muchos días no tengo ganas de comer
- Como muy bien
19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad
- Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

Anexos

20. Nunca me siento solo
 me siento solo muchas veces
 me siento solo siempre
21. nunca me divierto en el colegio
 me divierto en clase sólo de vez en cuando
 me divierto en clase muchas veces
22. tengo muchos amigos
 tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más
 no tengo amigos
23. mi trabajo en clase es bueno
 mi trabajo en clase no es tan bueno como antes
 llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien
24. nunca podré ser tan bueno como otros niños
 si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
 soy tan bueno como otros niños
25. nadie me quiere
 no estoy seguro de que alguien me quiera
 estoy seguro de que alguien me quiere

Anexos

26. generalmente hago lo que me dicen
 muchas veces no hago lo que me dicen
 nunca hago lo que me dicen
27. me llevo bien con la gente
 me peleo muchas veces
 me peleo siempre

Anexos

5. MBSRQ (Cash, 2000). Versión traducida al español con permiso del autor (Marco et al., 2017)

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones acerca de cómo las personas piensan, sienten o se comportan. Por favor, indique en qué medida se siente usted identificado con cada afirmación. Sus respuestas son anónimas y, por lo tanto, no ponga su nombre en ninguno de los materiales. Para rellenar el cuestionario lea cada afirmación con detenimiento y decida en qué medida se siente usted identificada/o con ella. Señale su respuesta escribiendo un número para cada afirmación de acuerdo a la siguiente escala.

EJEMPLO:	
Normalmente estoy de buen humor.	
<p>En la casilla en blanco, escriba un 1 si está <u>En total desacuerdo</u> con la afirmación.</p> <p>Escriba un 2 si está <u>Bastante en desacuerdo.</u></p> <p>Escriba un 3 si su respuesta es <u>Ni de acuerdo ni en desacuerdo.</u></p> <p>Escriba un 4 si está <u>Bastante de acuerdo.</u></p> <p>Escriba un 5 si está <u>Totalmente de acuerdo.</u></p>	

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Anexos

1.	Antes de salir de casa, siempre presto atención a mi aspecto.	
2.	Procuro comprar ropa que me siente lo mejor posible.	
3.	Mi cuerpo es sexualmente atractivo.	
4.	Me preocupo constantemente acerca de estar o llegar a estar gorda/o.	
5.	Me gusta mi aspecto tal como es.	
6.	Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo.	
7.	Antes de salir de casa, normalmente paso mucho tiempo preparándome.	
8.	Soy muy consciente de los cambios en mi peso aunque sean pequeños.	
9.	La mayoría de la gente me consideraría guapa/o.	
10.	Es importante para mí tener siempre buen aspecto.	
11.	Utilizo pocos productos de belleza.	
12.	Me gusta mi aspecto sin ropa.	
13.	Soy muy consciente de mi aspecto si no voy bien arreglada/o.	
14.	Normalmente me pongo lo primero que encuentro sin importarme cómo me sienta.	
15.	Me gusta cómo me sienta mi ropa.	
16.	No me importa lo que los demás piensen de mi aspecto.	
17.	Presto especial atención al cuidado de mi pelo.	
18.	No me gusta mi físico.	
19.	No soy físicamente atractiva/o.	
20.	Nunca pienso en mi aspecto físico.	
21.	Siempre estoy intentando mejorar mi aspecto físico.	
22.	Estoy haciendo dieta para perder peso.	

Anexos

Conteste a las siguientes afirmaciones utilizando la escala que corresponde a cada una de ellas:

23.	He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas.	
-----	--	--

1. Nunca
2. Raramente
3. Algunas veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

24.	Pienso que estoy:	
-----	-------------------	--

1. Muy por debajo del peso normal
2. Algo por debajo del peso normal
3. En el peso normal
4. Con sobrepeso
5. Con mucho sobrepeso

25.	Cuando me miran, la mayoría de la gente piensa que estoy:	
-----	---	--

1. Muy por debajo del peso normal
2. Algo por debajo del peso normal
3. En el peso normal
4. Con sobrepeso
5. Con mucho sobrepeso

26-34. Utilice la siguiente escala de 1 a 5 para indicar su nivel de satisfacción o insatisfacción con cada una de las siguientes partes o aspectos de su cuerpo:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anexos

Muy insatisfecha/o	Insatisfecha/o	Neutro (ni satisfecha/o ni insatisfecha/o)	Satisfecha/o	Muy satisfecha/o
-----------------------	----------------	---	--------------	---------------------

26.	Cara (rasgos faciales, cutis)	
27.	Cabello (color, grosor, textura)	
28.	Parte baja del cuerpo (glúteos, caderas, muslos, piernas)	
29.	Parte media (cintura, estómago)	
30.	Parte alta del torso (pecho, hombros, brazos)	
31.	Tono muscular	
32.	Peso	
33.	Altura	
34.	Aspecto general	

Note: Use of this Spanish translation of the original English MBSRQ-AS requires a user's license from the originator, Thomas F. Cash, Ph.D. See information on his website at www.body-images.com.

ANEXO 2. INSTRUMENTOS DEL SEGUNDO ESTUDIO**Parte I****1. Prueba sociodemográfica**

Código:	
Inicial del nombre y dos apellidos:	
Correo electrónico:	
Edad:	
Peso:	
Altura:	
Sexo:	
1= Varón	2= Mujer

Parte II**2. Escala de Comparación de Apariencia Física Revisada PACS-R**

(Schaefer, & Thompson, 2014)

Piensa sobre cómo te comparas generalmente a ti mismo con respecto a los otros. Por favor use la siguiente escala para calificar la frecuencia con la que realiza este tipo de comparaciones.

Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre
0	1	2	3	4

1. Cuando estoy en público, comparo mi apariencia física con la de los demás	0	1	2	3	4
2. Cuando conozco a una persona nueva (de mí mismo sexo), comparo el tamaño de mi cuerpo con el tamaño de su cuerpo.	0	1	2	3	4
3. Cuando estoy en el trabajo o en el instituto o universidad comparo la forma de mi cuerpo con la forma del cuerpo de los demás.	0	1	2	3	4
4. Cuando estoy en público, comparo la grasa de mi cuerpo con la grasa corporal de los demás.	0	1	2	3	4
5. Cuando estoy comprando ropa, comparo mi peso con el peso de los demás.	0	1	2	3	4
6. Cuando estoy en una fiesta, comparo la forma de mi cuerpo con la forma del cuerpo de los demás.	0	1	2	3	4
7. Cuando estoy con mi grupo de amigos, comparo mi peso con el peso de los demás.	0	1	2	3	4
8. Cuando estoy en público, comparo el tamaño de mi cuerpo con el tamaño	0	1	2	3	4

Anexos

corporal de los demás.					
9. Cuando estoy con mi grupo de amigos, comparo mi tamaño corporal con el tamaño corporal de los demás.	0	1	2	3	4
10. Cuando estoy comiendo en un restaurante, comparo mi grasa corporal con la grasa corporal de los demás.	0	1	2	3	4
11. Cuando estoy en el gimnasio, comparo mi apariencia física con la apariencia física de los demás.	0	1	2	3	4

3. Escala de Comparación de la Apariencia Física-3 (PACS-3)

(Schaefer & Thompson, 2018)

Las personas a veces comparan su apariencia física con la apariencia física de los demás. Esto puede ser una comparación de su peso o forma, musculatura o apariencia general. A continuación, encontrará una lista de diferentes contextos en los que las personas pueden participar en este tipo de comparaciones de apariencia física.

1) Cuando estoy en una fiesta o reunión social, comparo mi apariencia general con la apariencia de otros/as.				
1= Nunca	2= Raramente	3= A veces	4= A menudo	5= Casi Siempre

A continuación, en la pregunta debe evaluar cómo se sintió en relación con el objetivo de comparación (mucho mejor- mucho peor), y cómo te hizo sentir esa comparación (muy positivo - muy negativo)

1b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que parezco _____ que la persona con la que me estoy comparando.				
1= Mucho mejor	2= Mejor	3= igual	4= Peor	5= mucho peor
1c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te sientes por lo general?				
1= Muy Positivo/a	2= Positivo/a	3= Neutral	4= Negativo/a	5=Muy Negativo/a
2) Cuando estoy en público, comparo mi peso/forma con el peso/forma de los/as demás.				
1= Nunca	2= Raramente	3= A veces	4= A menudo	5= Casi Siempre

A continuación, en la pregunta debe evaluar cómo se sintió en relación con el objetivo de comparación (mucho mejor- mucho peor), y cómo te hizo sentir esa comparación (muy positivo - muy negativo)

Anexos

2b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que parezco _____ que la persona con la que me estoy comparando.				
1= Mucho mejor	2= Mejor	3= igual	4= Peor	5= mucho peor
2c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te sientes por lo general?				
1= Muy Positivo/a	2= Positivo/a	3= Neutral	4= Negativo/a	5=Muy Negativo/a
3) Cuando me encuentro con una nueva persona (del mismo sexo), comparo mi peso / forma con su peso / forma.				
1= Nunca	2= Raramente	3= A veces	4= A menudo	5= Casi Siempre

A continuación, en la pregunta debe evaluar cómo se sintió en relación con el objetivo de comparación (mucho mejor- mucho peor), y cómo te hizo sentir esa comparación (muy positivo - muy negativo)

3 b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que parezco _____ que la persona con la que me estoy comparando.				
1= Mucho mejor	2= Mejor	3= igual	4= Peor	5= mucho peor
3 c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te sientes por lo general?				
1= Muy Positivo/a	2= Positivo/a	3= Neutral	4= Negativo/a	5=Muy Negativo/a
4) Cuando veo una película, comparo mi apariencia general con la de los actores / actrices.				
1= Nunca	2= Raramente	3= A veces	4= A menudo	5= Casi Siempre

A continuación, en la pregunta debe evaluar cómo se sintió en relación con el objetivo de comparación (mucho mejor- mucho peor), y cómo te hizo sentir esa comparación (muy positivo - muy negativo)

4 b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que parezco _____ que la persona con la que me estoy comparando.				
1= Mucho mejor	2= Mejor	3= igual	4= Peor	5= mucho peor

Anexos

4 c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te sientes por lo general?				
1= Muy Positivo/a	2= Positivo/a	3= Neutral	4= Negativo/a	5=Muy Negativo/a
5) Cuando veo la televisión, comparo mi peso / forma con el peso / forma de los actores / actrices.				
1= Nunca	2= Raramente	3= A veces	4= A menudo	5= Casi Siempre

A continuación, en la pregunta debe evaluar cómo se sintió en relación con el objetivo de comparación (mucho mejor- mucho peor), y cómo te hizo sentir esa comparación (muy positivo - muy negativo)

5 b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que parezco _____ que la persona con la que me estoy comparando.				
1= Mucho mejor	2= Mejor	3= igual	4= Peor	5= mucho peor
5 c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te sientes por lo general?				
1= Muy Positivo/a	2= Positivo/a	3= Neutral	4= Negativo/a	5=Muy Negativo/a
6) Cuando veo un/a modelo en una revista, comparo mi peso / forma con su peso / forma.				
1= Nunca	2= Raramente	3= A veces	4= A menudo	5= Casi Siempre

A continuación, en la pregunta debe evaluar cómo se sintió en relación con el objetivo de comparación (mucho mejor- mucho peor), y cómo te hizo sentir esa comparación (muy positivo - muy negativo)

6 b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que parezco _____ que la persona con la que me estoy comparando.				
1= Mucho mejor	2= Mejor	3= igual	4= Peor	5= mucho peor
6 c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te sientes por lo general?				
1= Muy Positivo/a	2= Positivo/a	3= Neutral	4= Negativo/a	5=Muy Negativo/a
7) Cuando veo un/a modelo en una revista, comparo mi musculatura con su musculatura.				
1= Nunca	2= Raramente	3= A veces	4= A menudo	5= Casi Siempre

Anexos

A continuación, en la pregunta debe evaluar cómo se sintió en relación con el objetivo de comparación (mucho mejor- mucho peor), y cómo te hizo sentir esa comparación (muy positivo - muy negativo)

7 b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que parezco _____ que la persona con la que me estoy comparando.				
1= Mucho mejor	2= Mejor	3= igual	4= Peor	5= mucho peor
7 c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te sientes por lo general?				
1= Muy Positivo/a	2= Positivo/a	3= Neutral	4= Negativo/a	5=Muy Negativo/a
8) Cuando veo una película, comparo mi musculatura con la musculatura de los actores / actrices.				
1= Nunca	2= Raramente	3= A veces	4= A menudo	5= Casi Siempre

A continuación, en la pregunta debe evaluar cómo se sintió en relación con el objetivo de comparación (mucho mejor- mucho peor), y cómo te hizo sentir esa comparación (muy positivo - muy negativo)

8 b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que parezco _____ que la persona con la que me estoy comparando.				
1= Mucho mejor	2= Mejor	3= igual	4= Peor	5= mucho peor
8 c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te sientes por lo general?				
1= Muy Positivo/a	2= Positivo/a	3= Neutral	4= Negativo/a	5=Muy Negativo/a
9) Cuando estoy en público, comparo mi musculatura con la musculatura de los demás.				
1= Nunca	2= Raramente	3= A veces	4= A menudo	5= Casi Siempre

A continuación, en la pregunta debe evaluar cómo se sintió en relación con el objetivo de comparación (mucho mejor- mucho peor), y cómo te hizo sentir esa comparación (muy positivo - muy negativo)

9 b) Cuando hago estas comparaciones, generalmente creo que parezco _____ que la persona con la que me estoy comparando.				
--	--	--	--	--

Anexos

1= Mucho mejor	2= Mejor	3= igual	4= Peor	5= mucho peor
9 c) Cuando haces estas comparaciones, ¿cómo te sientes por lo general?				
1= Muy Positivo/a	2= Positivo/a	3= Neutral	4= Negativo/a	5=Muy Negativo/a

4. Cuestionario de Preocupación Dismórfica DCQ

(Oosthuizen et al., 1998). **Versión en español por** (Senín-Calderón et al., 2017).

Por favor, lee atentamente las siguientes preguntas y responde a las mismas con un círculo en la respuesta que crees que es más apropiada para describir tu situación actual.

¿Alguna vez has:

1. Estado muy preocupado por algún aspecto de tu apariencia física?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

2. Te has considerado a ti mismo/a como malformado/a, o deforme de alguna manera (por ejemplo, en la nariz, cabello, órganos sexuales, o la constitución del cuerpo en general)?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

3. ¿Has considerado que tu cuerpo funcione mal de alguna manera (por ejemplo, un olor corporal excesivo, flatulencia o gases, sudor)?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

4. Has consultado o has sentido que es necesario consultar a un cirujano plástico, un dermatólogo, u otro médico, ¿acerca de estas preocupaciones?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

Anexos

5. Te han informado otras personas, o un médico, que todo es normal, a pesar de que estás muy convencido/a de que algo va mal con respecto a tu apariencia o el funcionamiento corporal?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

6. Has pasado mucho tiempo preocupándote por un defecto en tu aspecto o en el funcionamiento corporal?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

7. Has pasado mucho tiempo tapando o cubriendo los defectos de tu aspecto o del funcionamiento corporal?

No, en absoluto	igual que la mayoría de la gente	más que la mayoría de la gente	mucho más que la mayoría de la gente
-----------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

5. Test de Actitud alimentaria (EAT- 26)

(Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982), Versión al español por (Rivas,

Bersabé, Jiménez, & Berrocal, 2010)

Instrucciones: Lea cada frase con atención y piense si lo que dice describe o no su forma de sentir y actuar respecto a la comida u otros aspectos relacionados. Si usted está de acuerdo con ella, escoja la respuesta que considera más apropiada en su caso. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sus respuestas serán totalmente confidenciales.

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4	5

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a	0	1	2	3	4	5
2. Procuo no comer cuando tengo hambre	0	1	2	3	4	5
3. La comida es para mí una preocupación habitual	0	1	2	3	4	5
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer	0	1	2	3	4	5
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	0	1	2	3	4	5
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	0	1	2	3	4	5
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.).	0	1	2	3	4	5
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	0	1	2	3	4	5
9. Vomito después de haber comido	0	1	2	3	4	5

Anexos

10. Me siento muy culpable después de comer.	0	1	2	3	4	5
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	0	1	2	3	4	5
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	0	1	2	3	4	5
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	0	1	2	3	4	5
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	0	1	2	3	4	5
15. Tardo en comer más que las otras personas.	0	1	2	3	4	5
16. Procuero no comer alimentos con azúcar.	0	1	2	3	4	5
17. Como alimentos dietéticos	0	1	2	3	4	5
18. Siento que la comida controla mi vida.	0	1	2	3	4	5
19. Me controlo en las comidas.	0	1	2	3	4	5
20. Noto que los demás me presionan para que coma.	0	1	2	3	4	5
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	0	1	2	3	4	5
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces.	0	1	2	3	4	5
23. Estoy haciendo dieta	0	1	2	3	4	5
24. Me gusta sentir el estómago vacío.	0	1	2	3	4	5
25. Tengo ganas de vomitar después de la comida.	0	1	2	3	4	5
26. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	0	1	2	3	4	5

ANEXO 3. ÍNDICES DE CALIDAD DE LAS PUBLICACIONES

Las referencias e indicios de calidad de las publicaciones incluidas en la tesis son las que se describen a continuación:

Estudio 1. Publicado en: *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*.

Índice de impacto (JCR): **3.63 (Q2)**

Senín-Calderón, C., Santos-Morocho, J. L., & Rodríguez-Testal, J. F. (2020). Factor structure and psychometric properties of the Spanish version of the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ). *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 591-600. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00650-7>

Estudio 2. Publicado en: *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

Índice de impacto (JCR): **2.85 Q1.**

Senin-Calderon, C., & Santos-Morocho, JL., Rodríguez-Testal, J. (2020). Validation of a Spanish Version of the Physical Appearance Comparison Scales. *Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7399. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207399>