

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL "CUESTIONARIO DE COGNICIONES ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA" (CE-TCA)

Yolanda Abellán, Eva Penelo y Rosa M. Raich
Universidad Autónoma de Barcelona (España)

Resumen

Se describe el proceso de construcción del cuestionario de "Cogniciones específicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria" (CE-TCA), que mide el tipo específico de creencias desadaptativas que se dan en los pacientes que sufren de estos trastornos y se aportan pruebas sobre sus características psicométricas. La versión final, de 26 ítems, fue administrada a cuatro muestras: estudiantes universitarias ($n = 125$), chicos estudiantes de ESO ($n = 124$), chicas estudiantes de ESO ($n = 107$) y mujeres que padecían un trastorno de la conducta alimentaria ($n = 40$). La consistencia interna ($\alpha \geq 0,90$) y la fiabilidad test-retest a las dos semanas y seis meses ($r \geq 0,80$) fueron satisfactorias. Las puntuaciones del CE-TCA mostraron una adecuada validez convergente con el EAT-40 y el CIMEC ($r \geq 0,50$). Además, las puntuaciones de CE-TCA se asociaron a las puntuaciones en el EAT-40 seis meses más tarde. En conclusión, el CE-TCA es un cuestionario válido y fiable para medir las cogniciones específicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, tanto en población clínica como comunitaria.

PALABRAS CLAVE: *cogniciones, supuestos previos, trastornos de la conducta alimentaria, validez, fiabilidad, cuestionarios.*

Abstract

This paper describes the process of constructing a questionnaire for "Specific Cognitions related to Eating Disorders" (CE-TCA in Spanish), which measures specific cognitions that commonly take place in patients suffering eating disorders, and provides evidence regarding its psychometric properties. The final 26-item version was administered to four population samples: college students ($n = 125$), adolescent boys ($n = 124$), adolescent girls ($n = 107$), and eating disorder female

patients ($n=40$). High levels of internal consistency ($\alpha \geq 0.90$) and test-retest reliability indices at two weeks and six months ($r \geq 0.80$) were obtained. CE-TCA scores showed an adequate convergent validity with EAT-40 and CIMEC scores ($r \geq 0.50$). Furthermore, CE-TCA scores predicted EAT-40 scores six months later. Therefore, CE-TCA has proven to be a valid and reliable questionnaire for measuring specific cognitions associated with eating disorders, both in a clinical and community populations.

KEY WORDS: *cognitions, assumptions, eating disorders, validity, reliability, questionnaires.*

Introducción

A grandes rasgos, se podría decir que existen dos grandes teorías cognitivas que explican la etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), una desarrollada para la anorexia nerviosa (Garner y Bemis, 1982) y la otra para la bulimia nerviosa (Fairburn, Cooper y Cooper, 1986). Ambas subrayan la importancia de las cogniciones disfuncionales o desadaptativas y sostienen que éstas ejercen un papel causal en el mantenimiento de las conductas y actitudes características de los TCA. De hecho, algunos de estos autores defienden que los TCA son esencialmente "trastornos cognitivos" (Fairburn, 2008). Estas cogniciones tienen un especial significado personal y son disfuncionales debido a su carácter rígido y extremo, así como por sus consecuencias sobre las actitudes y la conducta (Fairburn *et al.*, 1986).

Por otro lado, Williamson, White, York-Crowe y Stewart (2004) presentan un modelo integrador que explica la etiología y el mantenimiento de los TCA, basándose en las hipótesis y resultados obtenidos en las investigaciones realizadas desde los años setenta hasta la fecha. A modo de resumen el modelo explica que, en presencia de determinados factores de riesgo, un estímulo o acontecimiento relacionado con el aspecto físico activa las cogniciones disfuncionales que desencadenan las actitudes alteradas respecto a la comida y el peso. Asimismo, estas actitudes alteradas a su vez confirman las creencias disfuncionales, exacerbando el circuito de las cogniciones y conductas desadaptativas. A este respecto, Spangler (2002) observó que las creencias sobre la apariencia inciden sobre las actitudes disfuncionales hacia la comida y el aspecto físico. En la misma línea, existen estudios que destacan el importante rol que tienen los supuestos básicos disfuncionales relacionados con la necesidad de mantener el control de la comida y el peso en el inicio y mantenimiento de estos trastornos (Regueiro, 2007).

Beck enumeró varios tipos de errores lógicos que se daban con frecuencia en pacientes con problemas afectivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Garner y Bemis (1982) afirman que los individuos con anorexia nerviosa sufren algunas de estas deformaciones cognitivas, pero además desarrollan otras que son específicas para su trastorno. Concretamente, describen tres tipos de cogniciones (creencias): 1) el peso, la silueta o la delgadez son los referentes principales para la autovaloración, 2) es deseable obtener el autocontrol completo y 3) la realidad se puede

interpretar en términos de todo o nada o del todo por la parte que, en el caso de las personas con TCA, les lleva a falsas creencias sobre los alimentos y los métodos para adelgazar (Garner y Bemis, 1982).

Además, desde una perspectiva clínica, los resultados obtenidos por otros autores (Cooper, Todd y Wells, 1998; Wilson y Fairburn, 2002) también subrayan la importancia de identificar y combatir las cogniciones desadaptativas en el proceso de la terapia de la anorexia y la bulimia nerviosas, con la finalidad de que el tratamiento sea eficaz y de prevenir recaídas.

Tal y como se ha comentado, las cogniciones o creencias disfuncionales tienen un papel vital en el inicio y mantenimiento de los TCA. Por este motivo, en el presente trabajo se plantea la necesidad de conocer las relaciones existentes entre dichas cogniciones y la sintomatología alimentaria. Para ello, sería útil disponer de una forma objetiva de evaluar este contenido cognitivo, lo cual constituye el objetivo principal del estudio.

Existen varios cuestionarios que miden pensamientos desadaptativos relacionados con los TCA, como la "Escala de pensamiento dicotómico en los trastornos de la conducta alimentaria" (*Dichotomous Thinking in Eating Disorders Scale*; Byrne, Cooper y Fairburn, 2004); "Pensamientos en los trastornos de la conducta alimentaria" (*Eating Disorder Thoughts*; Cooper, Todd, Woolrich, Somerville y Wells, 2006); "Cuestionario modificado de cogniciones" (*Modified Cognitions Questionnaire*; Ditschel, Williams y Cooper, 1991), "Cuestionario de supuestos comprobables – trastornos de la conducta alimentaria" (*Testable Assumptions Questionnaire- Eating Disorders*; Hinrichsen, Garry y Waller, 2006), "Escala de cogniciones relativas a la anorexia, de Mizes" (*Mizes Anorectic Cognitions Scale*; Mizes, 1988), "Cogniciones de miedo relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria" (*Fearful Cognitions Linked to Eating Disorders*; Teachman y Brownell, 2000), "Escala de los trastornos de la conducta alimentaria de Stirling" (*Stirling Eating Disorder Scales*; Williams y Power, 1995), entre otros. Todos ellos han sido contruidos y validados en lengua inglesa. Realizamos un estudio de análisis del contenido de los diferentes cuestionarios, como requisito previo para la posible traducción y posterior adaptación de uno de ellos. Sin embargo, un grupo de cuatro jueces, expertos en TCA, consideró que ninguno de ellos reflejaba exactamente los componentes del constructo que pretendíamos medir, que tal como hemos mencionado antes, se basa en los presupuestos de Beck (Beck et al., 1979) y que fueron adaptados a la patología alimentaria por Garner y Bemis (1982).

Ante la falta de instrumentos validados en la población española que evalúen las cogniciones específicas de los TCA, los objetivos del presente estudio fueron: a) la construcción de un cuestionario de cogniciones relacionadas con la autovaloración vinculada a la imagen corporal, el autocontrol respecto al peso y las falacias relacionadas con la alimentación y el adelgazamiento; y b) la validación de sus propiedades psicométricas en diferentes muestras procedentes de la población general con mayor riesgo de sufrir un TCA y en una muestra clínica.

Fase experimental

1. FASE DE CONSTRUCCIÓN DE LOS ÍTEMS

Realizamos un listado de cogniciones específicas relevantes en el ámbito de los TCA, a partir de los textos publicados sobre el tema (p. ej., Clark, Feldman y Channon, 1989; Dritsche et al., 1991; Franko y Zuroff, 1992; Mizes, 1988; Phelan, 1987; Schulman, Kinder, Powers, Prange y Gleghorn, 1986; Thompson, Berg y Shatford, 1987). Obtuvimos 53 ítems redactados con un formato condicional, de forma análoga a otros instrumentos similares (Mizes, 1988; Schulman et al., 1986). Dichos ítems se sometieron a la evaluación de un experto ajeno a la investigación, con amplia experiencia clínica en el tratamiento de personas con TCA. Como resultado de esta valoración, realizamos las correcciones sugeridas en la formulación de algunas frases, mejorando su adecuación a la población diana. El formato de respuesta de los ítems es una escala Likert con cinco alternativas, que manifiestan diferentes grados de acuerdo con las afirmaciones (1= totalmente en desacuerdo, 2= moderadamente en desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= moderadamente de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo).

Seguidamente, se solicitó a cuatro expertos de diferentes ámbitos de la psicología con experiencia en investigación sobre TCA (un profesor universitario y tres estudiantes de doctorado) que realizaran una valoración independiente sobre la relevancia y representatividad del conjunto de ítems para realizar una estimación del constructo de interés. Respecto a su relevancia e idoneidad, cada experto tenía la posibilidad de clasificar cada ítem como: adecuado al objetivo (1), dudoso (0) o inadecuado (-1). Se calculó el índice de congruencia (IC) (Hambleton, 1984) y se conservaron los ítems que mostraron $IC > 0,65$. Se descartaron 22 ítems que no alcanzaron este criterio.

Siguiendo el procedimiento propuesto por Li y Lautenschlager (1997), se calculó el índice Kappa que fue de 0,78. El 83,7% de la variancia observada fue atribuible a la clasificación, un 0,4% a los jueces y el restante 15,9% se correspondió con variancia residual. Así, se consideró como instrumento piloto esta versión preliminar de 31 ítems.

2. FASE PILOTO

Método

Participantes

Se solicitó la participación de 103 mujeres, estudiantes de Psicología de 2º y 3º curso de nuestra universidad. Con la finalidad de obtener una muestra lo más homogénea posible y evitar fuentes de variabilidad indeseadas, se excluyeron 12 participantes, por proporcionar información incompleta o tener una enfermedad

que afecta al metabolismo de los alimentos. Por tanto, la muestra definitiva estaba formada por 91 mujeres, de entre 19 y 35 años ($M= 21,7$ años; $DT= 2,7$). El 95 % de las participantes era soltera y no convivía con la pareja.

Instrumento

"Cuestionario de cogniciones específicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria" (CE-TCA). El cuestionario está formado por los 31 ítems seleccionados en la fase anterior. La puntuación total se calcula a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem, previa recodificación de los ítems inversos. Una puntuación total más alta es indicativa de mayor convicción con las cogniciones específicas presentadas y, por tanto, mayor predisposición a las actitudes desadaptativas relacionadas con el peso y la alimentación.

Procedimiento

Después de obtener la autorización de los profesores correspondientes, se procedió a la administración del cuestionario en clase, entre los meses de abril y mayo de 1999, ofreciéndose la posibilidad de aclarar dudas. Fueron completados de forma voluntaria, anónima y sin obtener compensación por ello.

Análisis de datos

Se usó el programa SPSS 15. Para la depuración de la escala y la reducción del número de ítems se combinaron dos criterios: contribución de cada ítem a la consistencia interna a través del alfa de Cronbach (α sin el ítem) y correlación corregida igual o mayor a 0,35 (Nunnally y Bernstein, 1994).

Resultados

De los 31 ítems analizados, cinco obtuvieron una correlación corregida inferior a 0,35 y cuatro de ellos también hacían aumentar la consistencia interna al eliminarlos del cuestionario. Considerando la aplicación conjunta de los dos criterios mencionados, se eliminaron estos cinco ítems del cuestionario, quedando configurada la versión final por 26 ítems.

3. FASE DE VALIDACIÓN

El objetivo de esta fase es estudiar las propiedades psicométricas de la versión de 26 ítems del CE-TCA en diferentes muestras de interés.

Método

Participantes

Se realizó el estudio sobre una nueva muestra compuesta por: a) mujeres estudiantes de Psicología de 2º y 3º curso de nuestra universidad ($n= 134$), con una edad media de 22 años ($DT= 4,8$) y un índice de masa corporal ($IMC= kg./m^2$) de 20,9 ($DT= 2,2$), no diferenciándose significativamente del grupo de universitarias de la fase 2, respecto a la edad ni al IMC; b) 139 chicos, con una media de IMC de 21,3 ($DT= 4,1$) y c) 113 chicas estudiantes (media de $IMC= 21$; $DT= 3,1$), ambas muestras de 2º de ESO de diversos institutos de Terrassa (Barcelona), de 12 a 15 años, con una media de edad de 13,1 años ($DT= 0,4$) y 13,2 ($DT= 0,5$) años para chicos y chicas respectivamente; y d) 40 mujeres de 17 a 44 años de edad ($M= 25,3$; $DT= 7,1$), diagnosticadas de TCA que acudieron a recibir tratamiento en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Mutua de Terrassa. Entre ellas, el 17,5% (7 casos) estaba diagnosticada de anorexia nerviosa (IMC medio= 18,0; $DT= 2,8$), el 20,0% (8 casos) de bulimia nerviosa (IMC medio= 22,0; $DT= 3,4$) y el restante 62,5% (25 casos) padecía de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (IMC medio= 20,9; $DT= 4,9$), según el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000). Del total de la muestra, se descartaron a los participantes con información incompleta y a los que debían controlar su dieta estrictamente por razones médicas (nueve estudiantes universitarias y 21 estudiantes de ESO).

Instrumentos

- Formulario de datos demográficos. Este formulario permitió reunir los datos personales e incluyó preguntas sobre la edad y el peso deseado (se les preguntó: "¿Qué peso te gustaría tener?"). A partir de esta pregunta se calculó la variable discrepancia peso real-ideal (DPR-I), como el porcentaje respecto al peso real que desearía tener (menor en negativo o mayor en positivo). Esta variable es una manera sencilla de evaluar el grado de insatisfacción corporal (Williamson, Gleaves, Watkins y Schlundt, 1993).
- Autoinforme, balanza y metro para obtener el peso, la altura y el IMC. En el grupo de universitarias se obtuvo el peso y la altura mediante autoinforme, mientras que los estudiantes de ESO fueron medidos y pesados *in situ*, utilizando el metro y la balanza, en el día de la primera administración de los cuestionarios. Respecto a la muestra clínica, se recogió la cifra anotada por el personal de enfermería del servicio, después de medir y pesar a los pacientes en la primera entrevista.
- "Cuestionario de cogniciones específicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria" (CE-TCA), en su versión de 26 ítems. El formato de respuesta de los ítems y el cálculo de la puntuación total es el mismo que el descrito en la fase 2.

- “Test de actitudes alimentarias” (*Eating Attitudes Test*, EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979). Contiene 40 preguntas que miden actitudes, emociones y conductas que son característicos de las personas con un TCA. Usamos la adaptación española realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerà (1991), obteniendo un índice de correlación biserial de 0,61 entre las condiciones grupo clínico-grupo control, así como una consistencia interna muy satisfactoria ($\alpha=0,93$). En las muestras de este estudio la consistencia interna fue alta (α de Cronbach entre 0,79 y 0,96).
- “Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal” (CIMEC; Toro, Castro, Gila y Pombo, 2005; Toro, Salamero y Martínez, 1994). Este cuestionario evalúa la influencia de los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético de silueta delgada, en chicas (Toro *et al.*, 1994) y en chicos (Toro *et al.*, 2005), mostrando una buena consistencia interna ($\alpha \geq 0,91$). Se administró al grupo de estudiantes de ESO y al grupo de pacientes, apreciándose una consistencia interna alta ($\alpha \geq 0,88$).

Procedimiento

Se aplicó de forma colectiva la batería de cuestionarios sobre los tres primeros grupos descritos en el apartado de participantes (mujeres universitarias y estudiantes de ESO), entre noviembre de 2002 y febrero de 2003, respetando el anonimato de todos los participantes. Respecto al grupo de pacientes con TCA, se recogieron los datos de forma individualizada entre mayo de 2004 y febrero de 2006. Además, con las muestras de estudiantes de secundaria se hizo un retest (T2) entre 14 y 35 días después de la primera evaluación (T1), con el fin de evaluar la estabilidad temporal de la medida del CE-TCA. Asimismo, a una submuestra de estos estudiantes de ESO ($n=39$) se les realizó una nueva administración del cuestionario a los seis meses (T3).

Análisis de datos

Usamos el mismo programa estadístico que en la fase 2. Para analizar la estructura interna aplicamos un análisis de componentes principales (ACP) a los datos procedentes de las tres muestras comunitarias (universitarias y estudiantes de ESO de ambos sexos), después de comprobar las condiciones de aplicación a través de la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Para evaluar la fiabilidad de consistencia interna del CE-TCA obtuvimos el alfa de Cronbach para la muestra total y para cada grupo por separado y para evaluar la fiabilidad test-retest calculamos la correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en T1 y T2 y T1 respecto a T3.

Para estudiar la validez convergente, calculamos los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de CE-TCA y el EAT, CIMEC y DPR-I, en cada grupo por separado. Con el fin de analizar la capacidad discriminativa del CE-TCA

comparamos las puntuaciones del CE-TCA entre las cuatro muestras, mediante ANOVA unifactorial con contrastes de Sheffé en caso necesario y calculamos el tamaño del efecto de las diferencias (d de Cohen).

Por último, para evaluar la capacidad predictiva de las puntuaciones del CE-TCA sobre las puntuaciones del EAT en T1, T2 y T3 (criterio) en la submuestra de estudiantes de ESO, usamos tres modelos de regresión lineal múltiple por pasos, ajustando por sexo. En cada uno de ellos, los predictores introducidos en el primer paso fueron los valores de DPR-I y CIMEC y en el segundo paso incorporamos las puntuaciones del CE-TCA. Para cada modelo, valoramos el cambio en el valor de R^2 y su significación.

Resultados

El resultado de la prueba de esfericidad de *Bartlett* fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$) y el índice de adecuación muestral fue excelente ($KMO = 0,94$). La solución unifactorial de los 26 ítems del CE-TCA explicó un 36,03% de la variabilidad. Las saturaciones factoriales fueron en general elevadas (valores superiores a 0,40) (tabla 1).

La consistencia interna de la escala fue satisfactoria, con valores de α de Cronbach de 0,91 en las universitarias, 0,90 en los chicos de la ESO, 0,92 en las chicas de la ESO, 0,95 en las pacientes con TCA y 0,94 en el total de los cuatro grupos.

Respecto a la estabilidad a través del tiempo, la correlación entre T1 y T2 fue de 0,82 para los chicos ($p < 0,001$; $n = 115$) y 0,83 para las chicas de la ESO ($p < 0,001$; $n = 101$) y 0,80 entre T1 y T3 en la muestra conjunta de estudiantes de ESO de ambos sexos ($p < 0,001$; $n = 39$).

En la tabla 2 se muestran los coeficientes de correlación de Pearson que valoran la validez convergente de las puntuaciones del CE-TCA con el resto de medidas consideradas. Las puntuaciones del CE-TCA correlacionaron de forma positiva y

Tabla 1

Resultado del análisis en componentes principales: cargas factoriales

Contenido de los ítems	Saturación
1. Si la gente comentara mi ganancia de peso, no sería capaz de permanecer allí.	0,50
2. Si no establezco una rutina diaria para mi alimentación, perderé el control y ganaré peso.	0,53
3. Cuando peso más de la cuenta, no me siento bien con mi apariencia. Ganar peso implica dejar de estar bien conmigo mismo/a.	0,60
4. Independientemente del peso que tenga, las grasas, los dulces y el pan son alimentos prohibidos para mí, ya que siempre se convierten en grasa.	0,68

5. Si no puedo establecer una rutina diaria, todo será caótico y no lograré nada.	0,61
6. Si alguien dirige un cumplido sobre mi apariencia es porque se siente incómodo con mi aspecto físico.	0,49
7. Cuando tomo postre, me engordo, por tanto, nunca debo tomarlo.	0,70
8. Mi habilidad para privarme de comida demuestra que soy mejor que otras personas.	0,40
9. Cuando la gente murmura y ríe y yo no puedo oír lo que dicen, es muy probable que estén comentando lo poco atractivo que es mi aspecto. Sus risas y murmuraciones indican que me he engordado.	0,58
10. Si puedo evitar todos los hidratos de carbono, nunca me engordaré.	0,62
11. A mis amigos les gustaré, independientemente de lo que pese.	0,07
12. Si aumento mi peso, mi autoestima disminuye.	0,68
13. Ganar 2 ó 3 kilos significa que soy incapaz de controlarme.	0,74
14. El aspecto físico de una persona es un signo de su carácter.	0,33
15. Frecuentemente me encuentro a mí mismo/a pensando: ¿Y si me descontrolara y comiera demasiado?	0,69
16. Me siento orgulloso/a cuando, a pesar de tener hambre, soy capaz de rechazar los dulces que me ofrecen.	0,61
17. Aunque sienta mucha hambre, no puedo rendirme.	0,63
18. Me siento orgulloso/a de mí mismo/a cuando controlo las ganas de comer.	0,71
19. Si no me controlo totalmente, pierdo todo el control.	0,71
20. Cuando como alimentos prohibidos, inmediatamente debo hacer algo para compensar, si no quiero engordar.	0,74
21. Saber lo que peso no afecta a mi autoestima.	0,35
22. Si gano medio kilo, continuaré y ganaré muchos, así es que debo conservar un control preciso de mi peso, comida y ejercicio.	0,58
23. Si como lo que me dicen, sé que nunca pararé de comer, y pronto me engordaré.	0,65
24. Si me como un dulce, se convertirá instantáneamente en un michelín en mi estómago.	0,75
25. Mi apariencia es responsable de muchas de las cosas que me pasan.	0,57
26. Debo hacer todo lo que esté en mi mano para que mi aspecto físico esté lo mejor posible.	0,55
Valor propio	9,37
Variancia explicada (%)	36,03

Tabla 2

Validez convergente del CE-TCA con otras medidas para los trastornos de la conducta alimentaria

Cuestionarios	Mujeres universitarias (n= 125)	Chicos estudiantes de ESO (n= 124)	Chicas estudiantes de ESO (n= 107)	Pacientes (n= 40)
EAT-40	0,68 **	0,54 **	0,50 **	0,56 **
CIMEC	--	0,64 **	0,73 **	0,85 **
DPR-I	-0,22 *	-0,34 **	-0,54 **	-0,50 **

Nota: EAT-40= Test de actitudes alimentarias (*Eating Attitudes Test*, EAT-40); CIMEC= Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal; DPR-I= Discrepancia entre el peso real y el que la persona considera ideal para sí, calculado como % de aumento o disminución sobre su peso real. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Tabla 3

significativa con las puntuaciones del EAT ($r \geq 0,50$; $p < 0,001$) y CIMEC ($r \geq 0,64$; $p < 0,001$) y de forma negativa con la medida de insatisfacción corporal ($r \leq -0,22$; $p < 0,05$) en las cuatro submuestras.

Tomados en su conjunto, los cuatro grupos estudiados mostraron puntuaciones diferentes en el CE-TCA ($p < 0,001$). El grupo de 125 universitarias ($M = 52,6$; $DT = 16,2$) no se diferenció de los 124 varones de la ESO ($M = 54,6$; $DT = 19,9$; $p = 0,957$; $d = 0,06$), que a su vez puntuaron menos que las 107 mujeres de la ESO ($M = 64,0$; $DT = 20,4$; $p = 0,009$; $d = 0,47$) y éstas menos que el grupo de 40 pacientes ($M = 87,9$; $DT = 26,4$; $p < 0,001$; $d = 1,02$), que fue el grupo que presentó la media más elevada de todas.

Por último, en la tabla 3 se presentan los resultados de los tres análisis de regresión realizados. Para los tres modelos, las puntuaciones de CE-TCA se asociaron positivamente con una mayor puntuación de EAT, tanto en el mismo momento (T1; $\beta = 0,25$; $p = 0,001$), como al cabo de 2-4 semanas (T2; $\beta = 0,30$; $p < 0,001$) y a los 6 meses (T3; $\beta = 0,63$; $p = 0,003$). Al incorporar las puntuaciones del CE-TCA como predictor, el cambio en el valor de la bondad de ajuste de los tres modelos resultó significativo (valores entre 3,0% en T1 y 13,4% en T3; $p \leq 0,003$), con valores de R^2 total satisfactorios para cada modelo final (entre 33,6% y 56,2%).

Discusión

El CE-TCA es un instrumento unidimensional que presenta una consistencia interna muy elevada. Respecto a la estabilidad en el tiempo, los coeficientes de correlación obtenidos a los 20 días y 6 meses más tarde en el grupo de adolescentes

Predictores de las puntuaciones del "Test de actitudes alimentarias" (*Eating Attitudes Test*, EAT-40) a lo largo del tiempo, ajustado por sexo

Criterio	Paso	Predictores T1	B (IC 95%)	β	p	F (p)	R ²	ΔR^2 (p)
EAT-40-T1	1	DPR-I	-1,18 (-9,72; 7,36)	-0,02	0,785	36,61 (<0,001)	0,326	
		CIMEC	0,47 (0,30; 0,65)	0,41	<0,001			
	2	CE-TCA	0,13 (0,05; 0,20)	0,25	0,001	31,24 (<0,001)	0,356	0,030 (0,001)
EAT-40-T2	1	DPR-I	8,06 (-0,39; 16,51)	0,12	0,062	29,28 (<0,001)	0,293	
		CIMEC	0,44 (0,25; 0,62)	0,38	<0,001			
	2	CE-TCA	0,15 (0,07; 0,23)	0,30	<0,001	26,74 (<0,001)	0,336	0,043 (<0,001)
EAT-40-T3	1	DPR-I	5,50 (-8,09; 19,09)	0,10	0,416	8,74 (<0,001)	0,428	
		CIMEC	0,20 (-0,22; 0,63)	0,19	0,335			
	2	CE-TCA	0,29 (0,11; 0,47)	0,63	0,003	10,92 (<0,001)	0,562	0,134 (0,003)

Nota: DPR-I= Discrepancia entre el peso real y el que la persona considera ideal para sí, calculado como % de aumento o disminución sobre su peso real.

estudiantes de la ESO fueron altamente satisfactorios. Es de destacar la obtención de una fiabilidad test-retest tan alta en este grupo, en los que se están produciendo cambios constantes en un período corto de tiempo.

Por otro lado, las chicas de la ESO manifiestan más creencias irracionales que sus compañeros varones, tal y como sería de esperar y como han observado otros autores, como Mizes y Klesges (1989), que informan de una clara desventaja por parte de las mujeres respecto a este tipo de trastornos.

Asimismo, las participantes que padecen un TCA puntuaron más alto en el CE-TCA que el resto, tal y como es de esperar, ya que las creencias disfuncionales están relacionadas con la patología alimentaria. En el mismo sentido, si se analizan los valores obtenidos con el CE-TCA, se aprecia que los individuos con más riesgo de sufrir TCA, atendiendo a la puntuación en el EAT-40, son también los que manifiestan más creencias irracionales. Este hecho se constata en las cuatro muestras estudiadas.

Por otro lado, se aportan más pruebas a favor de la validez del CE-TCA, a través del importante vínculo observado entre las creencias desadaptativas y la sensibilidad a los mensajes de los agentes que transmiten el modelo estético corporal. Aunque a través del diseño de esta investigación, no se puede concluir sobre la direccionalidad de la relación, en un estudio prospectivo de 20 semanas, Spangler (2002)

observó que las creencias sobre la apariencia pueden ser buenas predictoras de la internalización del modelo ideal corporal.

Las creencias disfuncionales relacionadas con el peso y la alimentación serían el factor que más influye en la sintomatología alimentaria a los seis meses. Este resultado evidenciaría la gran importancia que tienen las cogniciones como potenciadoras de patología alimentaria. En futuros estudios sería necesario replicar estos resultados, con un diseño que permita evaluar los factores de riesgo más importantes y establecer un intervalo (o intervalos) de tiempo adecuado para poder demostrar si el papel de las cogniciones se manifiesta de forma tan preeminente sobre el incremento de riesgo de sufrir un TCA. Además, a través de la metodología de casos y controles se podría establecer el punto de corte óptimo con la finalidad de poder usar el CE-TCA como instrumento de cribado en muestras con riesgo de desarrollar un TCA. Por último, y dada la elevada consistencia interna del instrumento, en futuros estudios también se podría considerar la reducción del número de ítems que lo componen, con el fin de obtener una versión abreviada del CE-TCA.

Desde una perspectiva clínica, estos resultados apoyan la utilidad de centrarse en la modificación de las creencias disfuncionales en los protocolos terapéuticos de los TCA (p. ej., Fairburn, Marcus y Wilson, 1993; Vitousek, 1996). Así, el CE-TCA puede ser utilizado para valorar el grado de convicción que manifiestan los pacientes sobre sus cogniciones desadaptativas, lo que constituye, a su vez, una medida de la probabilidad de recaída. Sin embargo, hay que considerar las limitaciones del estudio, principalmente debidas al tamaño de las muestras. En futuras investigaciones sería deseable contar con la participación de un mayor número de pacientes y conseguir varias evaluaciones a lo largo del tratamiento y en el seguimiento, con la finalidad de aportar información sobre la sensibilidad del CE-TCA para detectar el cambio en la sintomatología alimentaria.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., rev.). Washington, DC: Autor.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Byrne, S. M., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1341-1356.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerà, E. (1991). The Eating Attitude Test: validation of a Spanish version. *Evaluación psicológica/Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Cooper, M. J., Todd, G. y Wells, A. (1998). Content, origins and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 213-230.
- Cooper, M. J., Todd, G., Woolrich, R., Somerville, K. y Wells, A. (2006). Assessing eating disorder thoughts and behaviors: the development and preliminary evaluation of two questionnaires. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 5, 551-569.
- Clark, D. A., Feldman, J. y Channon, S. (1989). Dysfunctional thinking in anorexia and bulimia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 377-387.

- Dritschel, B. H., Williams, K. B. A. y Cooper, P. J. (1991). Cognitive distortions amongst women experiencing bulimic episodes. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 547-555.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York: Guilford.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. En K. D. Brownell y J. P. Foreyt (dirs.), *Handbook of eating disorders: physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia* (pp. 389-404). Nueva York: Basic Books.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D. y Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (dirs.), *Binge eating: nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). Nueva York: Guilford.
- Franko, D. L. y Zuroff, D. C. (1992). The bulimic automatic thoughts test: initial reliability and validity data. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 555-509.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-147.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Hambleton, R. K. (1984). Validating the test scores. En R. A. Berk (dir.), *A guide to criterion-referenced test construction* (pp. 199-230). Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- Hinrichsen, H., Garry, J. y Waller, G. (2006). Development and preliminary validation of the Testable Assumptions Questionnaire-Eating Disorders (TAQ-ED). *Eating Behaviors*, 7, 275-281.
- Li, M. F. y Lautenschlager, G. (1997). Generalizability theory applied to categorical data. *Educational and Psychological Measurement*, 57, 813-822.
- Mizes, J. S. (1988). Personality characteristics of bulimic and non-eating-disordered female controls: a cognitive behavioral perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 541-550.
- Mizes, J. S. y Klesges, R. C. (1989). Validity, reliability and factor structure of the Anorectic Cognitions Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 14, 589-594.
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3ª ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Phelan, P. W. (1987). Cognitive correlates of bulimia: the Bulimic Thoughts Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 593-607.
- Regueiro, R. (2007). La sensación de falta de control en la anorexia nerviosa: estudio de un caso. *Psicología Conductual*, 15, 131-157.
- Schulman, R. G., Kinder, B. N., Powers, P. S., Prange, M. y Gleghorn, A. (1986). The development of a scale to measure cognitive distortions in bulimia. *Journal of Personality Assessment*, 50, 630-639.
- Spangler, D. L. (2002). Testing the cognitive model of eating disorders: the role of dysfunctional beliefs about appearance. *Behavior Therapy*, 33, 87-105.
- Teachman, B. y Brownell, K. D. (2000). Fearful cognitions associated with eating pathology: psychometric properties of a new scale. *Eating Disorders*, 8, 283-297.
- Thompson, D. A, Berg, K. M. y Shatford, L. A. (1987). The heterogeneity of bulimic symptomatology: cognitive and behavioral dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 215-234.
- Toro, J., Castro, J., Gila, A. y Pombo, C. (2005). Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 13, 351-359.

- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in the anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Vitousek, K. B. (1996). The current status of cognitive-behavioural models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En P. Salkovskis (dir.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 383-418). Nueva York: Guilford.
- Williams, G. J. y Power, K. G. (1995). *Manual of the Stirling Eating Disorder Scales*. Londres: the Psychological Corporation.
- Williamson, D. A, Gleaves, D. H., Watkins, P. C. y Schlundt, D. G. (1993). Validation of self-ideal body size discrepancy as a measure of body dissatisfaction. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 57-68.
- Williamson, D. A, White, M. A., York-Crowe, E. y Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 6, 711-738.
- Wilson, G. T. y Fairburn, C. G. (2002). Treatments for eating disorders. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (dir.), *A guide to treatments that work* (2ª ed.) (pp. 559-592). Nueva York: Oxford University.

RECIBIDO: 8 de febrero de 2011

ACEPTADO: 7 de marzo de 2011