



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**“ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES
PSICOMÉTRICAS DE UN INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA PARA HOMBRES”**

R E P O R T E D E I N V E S T I G A C I Ó N

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

HÉCTOR JULIÁN VELÁZQUEZ LÓPEZ

**DIRECTORA: DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO
ASESORES: DRA. GEORGINA LETICIA ÁLVAREZ RAYÓN
DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ**

PAPIIT IN304606



Tlalnepantla, Estado de México Mayo 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Luz, por su amor, apoyo incondicional y la fortaleza que inspira su ternura. Sin ella esto no hubiera pasado. Gracias por permitirme caminar junto a ti... mi Luz la que no se apaga.

A mi madre, gracias por estar siempre conmigo, por tu apoyo, comprensión y confianza.

A Rosalía, por su tiempo, dedicación, paciencia y sus enseñanzas que han contribuido en mi formación académica y me serán útiles como persona y profesionalista.

Al **Proyecto de Investigación en Nutrición**, por brindarme su apoyo y la oportunidad de convivir y colaborar en sus actividades de las que he obtenido muchas enseñanzas. Muchas gracias **Georgina, Rosalía, Juan Manuel, Xochitl, Trinidad, Karina, Verónica**, por siempre tener una sonrisa cuando estaba presente.

A mis compañeros y amigos del Proyecto de Investigación en Nutrición, **Leticia, Andrea, Adriana, Camilo**, que han estado ahí siempre.

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**, por el lugar que permitió que ocupara, las infinitas posibilidades que me ha brindado y el apoyo de profesores y quienes en ella laboran. Gracias por enseñar a sobrevivir.

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	8
LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	8
Trastornos de la Conducta Alimentaria Específicos.....	8
<i>Anorexia Nerviosa</i>	8
<i>Bulimia Nerviosa</i>	10
Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos.....	12
<i>Trastorno por Atracón</i>	13
LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN HOMBRES	17
Epidemiología y Prevalencia.....	17
Sintomatología y Etiopatogenia.....	18
Aspectos Socioculturales.....	20
Imagen corporal y modelos sociales.....	21
Ideal masculino.....	24
PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS EN LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	30
Confiabilidad.....	31
Validez.....	33
Instrumentos para la evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	37
OBJETIVOS	41
MÉTODO	42
Muestra.....	42
Instrumentos.....	42
Procedimiento.....	49
Análisis y preparación de los datos previo a los resultados.....	50
<i>Modificación de las escalas de calificación</i>	50
<i>Delimitación y definición de las dimensiones y sus factores correspondientes</i>	51
Evaluación de las propiedades psicométricas (análisis estadístico).....	54
RESULTADOS	56
DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES	84
REFERENCIAS	86
ANEXOS	97

RESUMEN

El **objetivo** de la presente investigación fue estructurar y evaluar las propiedades psicométricas de un Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria para Hombres. Se implementaron 5 instrumentos:

1. Test de Actitudes Alimentarias (EAT) de Garner y Garfinkel (1979)
2. Test de Bulimia (BULIT) de Smith y Thelen (1984)
3. Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987)
4. Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) de Gardner, Olmsted y Polivy (1983)
5. Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) de Toro, Salamero y Martínez (1994)

Participaron 395 hombres con un promedio de edad de 14 años. Que contestaron a los cinco instrumentos, en grupos de 15 personas. El análisis de los resultados permitió derivar 63 ítems de los 212 iniciales, el inventario se denominó ITCAH y quedó conformado por 2 dimensiones:

1) **Componentes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**, con un Alfa de Cronbach de 0.87, constituida por 6 factores y 33 ítems: a) Motivación para adelgazar ($\alpha=0.66$), b) Insatisfacción corporal ($\alpha=0.85$), c) Preocupación por la comida ($\alpha=0.60$), d) Atracón alimentario ($\alpha=0.70$), e) Sentimientos negativos posteriores al atracón ($\alpha=0.64$) y f) Conductas compensatorias ($\alpha=0.59$).

2) **Factores Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria**, con un Alfa de Cronbach de 0.64, constituida por 7 factores y 30 ítems: a) Influencia de la publicidad ($\alpha=0.82$), b) Influencia de los modelos sociales ($\alpha=0.71$), c) Influencia de las relaciones sociales ($\alpha=0.68$), d) influencia de la figura musculosa ($\alpha=0.66$), e) Miedo a madurar ($\alpha=0.60$), f) Ineficacia ($\alpha=0.72$) y g) Desconfianza interpersonal ($\alpha=0.69$).

El alfa de Cronbach total del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria para Hombres (ITCAH) fue de 0.73, lo cual muestra que tiene una adecuada consistencia interna. A partir de los resultados obtenidos se puede señalar que la estructura del inventario ITCAH es una primera aproximación en el desarrollo de un instrumento que permita evaluar sintomatología de TCA en población masculina, no obstante los resultados obtenidos sugieren una ulterior valoración, en la cual se puedan incluir otros constructos que son de importancia en la evaluación de los TCA en varones y que en el caso de la presente investigación no se contemplaron o fueron descartados.

INTRODUCCIÓN

En todas las culturas, a lo largo del tiempo, el cuerpo humano ha estado expuesto a un sinnúmero de significaciones. Épocas recientes no son la excepción, ya que basta con echar una mirada a nuestro entorno para darse cuenta de cómo se va consolidando la noción de que uno es y vale en virtud de su cuerpo, es decir que el cuerpo es elemental en la construcción de la identidad personal, en donde la apariencia se transmuta en el sinónimo de valor del individuo. Por su parte, la imagen corporal debe gran parte de su significado y valor a partir de la colectividad, que se sitúa en la obtención y mantenimiento de un cuerpo delgado o tonificado en términos de masa muscular, como sinónimo de belleza y éxito social, modelo que ha sido relevante por su relación con la etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Los TCA no son una patología moderna, ya que algunos fueron conocidos y descritos en la antigüedad; lo novedoso, en cambio, es la frecuencia con la que se están presentando en las últimas décadas en las sociedades industrializadas, y el cambio de actitudes que ésta ha tenido en sus conceptos de salud y de ideal estético. Estas patologías se caracterizan por la gravedad de la sintomatología asociada, elevada resistencia al tratamiento y riesgo de recaídas (Kaye, Klump, Frank & Strober, 2000; Mizes & Palermo, 1997; Vitello & Lederhendler, 2000), así como alto grado de comorbilidad o presencia de otras problemáticas como abuso de drogas, depresión, falta de habilidades sociales y baja autoestima social y corporal (American Psychiatric Association, 2000; Gila, Castro, Gómez & Toro, 2005; Lindberg & Hjern, 2003). Debido a esto, los TCA constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas (Peláez, Labrador & Raich, 2005).

Para el caso de los hombres, la investigación respecto a TCA es reciente, con lo cual los datos epidemiológicos comienzan a mostrar indicios de la gravedad en

cuanto a la presencia de éstos en los hombres. Así mismo la estigmatización que se tiene respecto de dichos trastornos sobre su exclusividad en el género femenino (Andersen & Mickalide, 1983), ha representado una barrera entre el conocimiento de los TCA en hombres y la ayuda profesional para solucionarlos.

Se estima que la prevalencia de los TCA en hombres llega a ser de 1 caso por cada 10 de mujeres (Goss & Rosen, 1988; Rastam, Gilberg & Garton, 1989; Andersen, 1997), siendo mayores los casos de Bulimia Nerviosa que los de Anorexia Nerviosa (Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1991; Margo, 1987; De la Serna, 1996; Woodside et al., 2001; Carlat, Camargo & Herzog, 1997; Vázquez et al., 2005).

Es por esto que debemos considerar a los TCA como un problema de salud pública de gran relevancia, ya que los factores que interactúan en el desarrollo y mantenimiento de los mismos son muy diversos, aunado a un ambiente sociocultural en el que se compenetran la sobreabundancia de alimentos y una fuerte obsesión por la delgadez (Martínez-Aedo, 2000; García-Camba, 2001; Onnis, 1994; Calvo, 2000). Los TCA se refieren en general a trastornos que tienen su origen en alteraciones de tipo psicológico que comportan graves anormalidades en el comportamiento de la ingestión alimentaria (Raich, 1994).

El aumento en la presencia de TCA ha propiciado el desarrollo de una amplia gama de instrumentos que puedan permitir una confiable detección de su sintomatología y factores asociados dentro de poblaciones comunitarias y clínicas, y en aquélla que pueda estar en riesgo de padecer algún TCA, haciendo énfasis en que la mayoría de estos se enfocan principalmente en mujeres, y para el caso de los hombres son escasos y sólo se cuenta con algunos que provienen de validaciones de instrumentos que tuvieron su origen en la evaluación de TCA en población femenina. Estas evaluaciones hacen factible la realización de investigaciones epidemiológicas que hagan más preciso el estudio sobre aquellos

factores psicológicos, factores personales, e influencias socioculturales inmersas en el desarrollo o mantenimiento de los TCA (Slade & Russell, 1973; Rodríguez, Riquelme & Buendía, 1996).

Por ello el presente trabajo tuvo como finalidad estructurar y evaluar las propiedades psicométricas de un Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria para Hombres, retomando la importancia que tienen las evaluaciones en la detección de síntomas y el desarrollo de nuevas hipótesis para este amplio campo de la psicología. Para ello se implementaron 5 instrumentos: Test de Actitudes Alimentaria (Eating Attitudes Test, EAT) de Garner y Garfinkel (1979), Test de Bulimia (BULIT) de Smith y Thelen (1984), Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorders Inventory, EDI) de Garner, Olmsted y Polivy (1983), Cuestionario de Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), y Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) de Toro, Salamero y Martínez (1994).

El instrumento desarrollado se denominó ITCAH (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Hombres), y su importancia radica en contar con un instrumento enfocado en población masculina, que ha sido evaluado psicométricamente y posee una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.73$) y una validez factorial que permitió reducir a 63 la cantidad de ítems.

ANTECEDENTES

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

El DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) en su cuarta versión revisada (American Psychiatric Association, 2000) ha propuesto una clasificación basada en dos categorías:

1. Trastornos de la Conducta Alimentaria Específicos

- Anorexia nerviosa
 - Tipo restrictivo
 - Tipo compulsivo/purgativo

- Bulimia nerviosa
 - Tipo purgativo
 - Tipo no purgativo

2. Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos

- Trastorno por Atracón

Trastornos de la Conducta Alimentaria Específicos

Anorexia Nerviosa

La palabra anorexia se implementa en la literatura médica haciendo referencia a la falta de apetito, de acuerdo con el vocablo griego anorektus. La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica compleja, la cual tiene importantes

manifestaciones físicas con complicaciones endocrinológicas, afectando principalmente a las mujeres en edad adolescente (Emans, 2000).

Este trastorno se caracteriza por una considerable pérdida de peso corporal autoinducida a través de una conducta alimentaria anómala, acompañada de rituales especiales como la preparación de comidas raras y complicadas, arreglar la comida minuciosamente en el plato para dar la impresión de que la cantidad de alimentos no es escasa, esconder alimentos, beber mucha agua y el uso de anfetaminas, laxantes, diuréticos o autoinducirse el vómito (Vidal & Alarcón, 1986).

Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) contempla los siguientes criterios para la Anorexia Nerviosa:

- A. Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ejemplo, la pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del peso esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento).
- B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen

únicamente con tratamientos hormonales como la administración de estrógenos).

Tipos específicos de Anorexia Nerviosa

Tipo restrictivo: durante el episodio de Anorexia Nerviosa, el individuo recurre regularmente a dietas, ayuno, ejercicio intenso, sin recurrir a atracones o conductas purgativas.

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de Anorexia Nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Es frecuente que una misma persona alterne, a lo largo de la evolución de la enfermedad, rasgos de uno y otro subtipo (American Psychiatric Association, 2000; Kasset, Gwirtsman, Kaye, Brand & Jimerson, 1988).

Bulimia Nerviosa

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por la recurrencia de episodios de ingestión compulsiva incontrolada y exagerada de alimento en periodos muy cortos de tiempo, en donde el aporte calórico puede situarse entre 3000 y 7000 calorías (Brownell & Fairburn, 1995), seguida de una conducta compensatoria para eliminar los efectos de la sobreingestión calórica. Estos episodios generan sentimientos de autodesprecio y depresión que conducen a la puesta en marcha de mecanismos compensatorios (García-Camba, 2001), los cuales comienzan generalmente en mujeres adolescentes que fracasan al intentar realizar dietas restrictivas (Martínez-Aedo, 2000). Russell (1979) menciona que la Bulimia Nerviosa va acompañada de un miedo enfermizo a engordar. Este miedo morboso

a engordar lleva al paciente a autoevaluarse exclusivamente en función de su peso y figura (García-Camba, 2001).

Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) contempla los siguientes criterios para la Bulimia Nerviosa:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- Ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de 2 horas) en cantidad superior al que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar, bajo circunstancias parecidas.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingestión del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con la finalidad de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de la Anorexia Nerviosa.

Tipos específicos de Bulimia Nerviosa:

Tipo purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa, el individuo recurre regularmente a la provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Tipo no purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa, el individuo recurre regularmente a conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no el vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos

La categoría Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos (TCANE) se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen todos los criterios para ser diagnosticados como Anorexia o Bulimia Nerviosas (Peláez et al., 2005), sin embargo son parte de un diagnóstico habitual que presentan casi la mitad de los pacientes con TCA, los cuales se tratan en muchos casos de forma subclínica. Por ejemplo, en Anorexia Nerviosa se cumplen todos los criterios exceptuando la pérdida de menstruación durante tres ciclos consecutivos (TCANE ejemplo 1); exceptuando un peso inferior al 15% del peso esperable según altura, edad y constitución (TCANE ejemplo 2); o excepto por la regularidad de la menstruación (TCANE ejemplo 3). En el caso de la Bulimia Nerviosa se cumplen todos los criterios con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses (TCANE ejemplo 4); masticar y expulsar sin tragar grandes cantidades de comida (TCANE ejemplo 5); o atracones recurrentes en ausencia

de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa (TCANE ejemplo 6).

Cabe destacar que la prevalencia de los TCANE podría llegar a ser el doble que la de los Trastornos Específicos (Shisslak, Crago & Estes, 1995). Un caso especial dentro de estos TCANE es el Trastorno por Atracón.

Trastorno por Atracón

Uno de los fenómenos que ha despertado más interés en los últimos años en el campo de la investigación de los TCA ha sido el Trastorno por Atracón (TPA), conocido también como “Binge Eating Disorder” por su denominación en inglés. Otro factor que ha hecho notoria la trascendencia clínica y epidemiológica del TPA es su relación con la obesidad y su asociación con diversas alteraciones psicopatológicas, así como su incidencia, la cual puede afectar del 20% al 40% de los pacientes obesos (García-Camba, 2001; Raich, 1994).

El TPA es más frecuente en la adolescencia tardía o primera juventud (García-Camba, 2001), afectando principalmente a personas que con anterioridad se han sometido a dietas estrictas para perder peso, teniendo una frecuencia semejante en hombres y mujeres. Cabe señalar que aspectos que conciernen a esta patología alimentaria todavía se encuentran en investigación, no obstante se cuenta con criterios para la identificación de este trastorno (American Psychiatric Association, 2000).

Criterios diagnósticos para el Trastorno por Atracón

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) propone los siguientes criterios:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

- Sobreingestión en un corto periodo de tiempo (por ejemplo, en dos horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
- Sensación de pérdida de control durante el episodio de sobreingestión (por ejemplo, sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

- Sobreingestión mucho más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Sobreingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
- Comer a solas para esconder su voracidad.
- Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante seis meses.

- Nota: el método para diferenciar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa. Futuros trabajos de investigación aclararan si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (por ejemplo, purgas, ayuno o ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una Anorexia Nerviosa o una Bulimia Nerviosa.

Los efectos de los TCA en la salud son diversos grados de desnutrición y desequilibrios fisiológicos que producen diferentes complicaciones. Los problemas cardíacos van desde las arritmias, debido al abuso de medidas compensatorias, hasta la disminución del tamaño de las cavidades del corazón, disfunciones de las válvulas cardíacas, baja presión arterial y mala circulación. Hay un alto índice de mortalidad, que va en aumento, debido a problemas cardíacos como consecuencia de los TCA.

En la tabla 1-T se presentan las complicaciones más frecuentes en la Bulimia y Anorexia Nerviosas (Pasqualini, Fahrar & Seco, 1996).

TABLA 1-T
Complicaciones físicas frecuentes a la Anorexia y la Bulimia Nerviosas*.

<p>COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotensión, bradicardia, arritmias. ▪ Alteraciones en el trazo electrocardiográfico. ▪ Disminución del tamaño de las cavidades del corazón. ▪ Falla cardíaca. 	<p>COMPLICACIONES ENDOCRINOLÓGICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenorrea. ▪ Disminución de los niveles de gonadotrofinas. ▪ Aumento de los niveles de cortisol y de la hormona de crecimiento. ▪ Atrofia mamaria de labios mayores y de la vagina en las mujeres.
<p>COMPLICACIONES DIGESTIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Constipación o diarrea. ▪ Distensión y molestias abdominales. ▪ Alteraciones esofágicas. ▪ Retraso en el vaciado gástrico. ▪ Disminución de la motilidad gastrointestinal. 	<p>COMPLICACIONES ÓSEAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Osteopenia, osteoporosis. ▪ Aumento del riesgo de fracturas patológicas. ▪ En pacientes prepuberales, estancamiento en el crecimiento y retraso en la maduración ósea.
<p>COMPLICACIONES RENALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del filtrado glomerular y de la capacidad de concentración. ▪ Alteraciones hidroelectrolíticas: hipopotasemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia. ▪ Edemas periféricos. ▪ Cálculos renales. 	<p>COMPLICACIONES DERMATOLÓGICAS Y DENTALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Piel seca, agrietada o escamosa, lanugo (como consecuencia del aumento de cortisol), equimosis por la trombocitopenia. ▪ Callosidades en el dorso de las manos (signo de Russell). ▪ Erosiones del esmalte dental.
<p>COMPLICACIONES HEMATOLÓGICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia, leucopenia, trombocitopenia. ▪ Hipoplasia en médula ósea. 	

TABLA 1-T. Se muestran las complicaciones a nivel físico causadas por la Anorexia y Bulimia nerviosas.
 *Retomado de la Guía de Trastornos Alimenticios del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en colaboración con CENSIDA e IPAS México (2004).

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN HOMBRES

Hacia la última década del siglo XX y hasta la actualidad, los hombres con TCA han adquirido importancia por parte de la comunidad científica y han sido objeto de diversas investigaciones. Se puede decir que la investigación en Trastornos de la Conducta Alimentaria en hombres es reciente y las estadísticas epidemiológicas comienzan a mostrar datos fehacientes. No obstante, una de las dificultades en el diagnóstico es que algunos hombres con TCA acuden a servicios clínicos con base en otros problemas de salud, que finalmente tuvieron su origen en alguna psicopatología alimentaria, por ejemplo: complicaciones endocrinas o gastrointestinales, asociando, a su vez, la resistencia a buscar tratamiento (Andersen, 1990; Fairburn & Beglin, 1990; Gómez, 1995-A; Wolf, 1991). Esto permite suponer que gran parte de la población masculina con trastorno no se encuentre diagnosticada debido a que, hablando por ejemplo en el caso de Trastorno por Atracón, una conducta de alimentación anormal como es ingerir grandes cantidades de alimento se atribuye a patrones culturales normativos con más frecuencia en los hombres que en las mujeres, por lo que el trastorno puede pasar inadvertido (Costin, 2002), además de la estigmatización hacia dichos trastornos como femeninos (Andersen & Mickalide, 1983).

Epidemiología y Prevalencia

La prevalencia de los TCA ha sido mayor en las mujeres que en los hombres (Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995). Sin embargo, en las últimas décadas se ha reportado que los casos de TCA en hombres pueden ir de 1 caso masculino por cada 16 femeninos (Vandereycken & Van Den Brouche, 1984) o de 1 caso masculino por cada 6 femeninos (Andersen, Cohn & Holbrook, 2000); existiendo un acuerdo en considerar que de cada 10 casos de mujeres 1 corresponde a varones (Andersen, 1997; Gross & Rosen, 1988; Rastam et al., 1989).

En lo que respecta a la Anorexia Nerviosa se ha identificado del 5 al 10% de pacientes hombres (De la Serna, 1996; Lucas et al., 1991; Margo, 1987). Para el caso de la Bulimia Nerviosa se han identificado del 10 al 15% (Carlat et al., 1997; Garfinkel et al., 1996). A su vez, hay estudios que muestran que la Bulimia Nerviosa es más frecuente (hasta 2 veces) que la Anorexia Nerviosa (Carlat et al., 1997; Guadarrama, 2003; Vázquez et al., 2005); en cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria no específicos, se menciona que son más frecuentes que los específicos (Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999; Spitzer et al., 1992). Cabe aclarar que generalmente la proporción en muestras clínicas de varones es sustancialmente menor a la reportada en muestras comunitarias (Beumont, Schrader & Lennerts, 1995; Carlat & Camargo, 1991; Lucas et al., 1991).

Otro aspecto importante a considerar es la incidencia anual de TCA, la cual muestra ser de 1.6% en varones, en comparación con la de mujeres, la cual ha mostrado ser de 13.5% (Lucas et al., 1991; Rodríguez, Riquelme & Buendía, 1996). Aún así debe tenerse en cuenta que estos datos no son estáticos, con lo cual el número de casos de TCA en hombres podría estarse incrementando, como lo muestra Velilla (2001), al mencionar que de los años 1981 a 1985 el porcentaje de TCA en hombres mostraba ser de 7%, y de 1996 al 2000 el porcentaje aumentó a 11%.

Sintomatología y Etiopatogenia

La sintomatología de TCA en hombres ha mostrado ser clínicamente similar a la presentada por las mujeres (Margo 1987; Oyebade, Boodhoo & Shapira, 1988; Schneider & Agras, 1987; Scott, 1986; Vandereycken & van der Broucke, 1984). A su vez, los TCA son considerados como multicausales debido a que un solo factor en su etiología no puede explicar su desarrollo, tales como individuales, familiares y/o culturales, los cuales pueden actuar como predisponentes, precipitantes o

mantenedores (Allen & Masha, 2002; Andersen, 1997; Boroughs & Thompson, 2002; Carlat & Camargo, 1991; De la Serna, 2001; Russell & Keel, 2002).

Se ha encontrado que la edad promedio de inicio de TCA es más tardía en el caso de los hombres, con una diferencia de 1.5 y 2 años (Sharp, Clark, Dunan, Blackwood & Shapiro, 1994), principalmente en la adolescencia o en la adultez temprana (De la Serna, 2001; Woodside et al., 2001). Estudios más específicos han mostrado que la edad promedio de inicio de un TCA podría ser alrededor de los 20 años, en comparación con la edad de las mujeres que ha mostrado situarse alrededor de los 17 años (Braun et al., 1999).

En lo que respecta a la práctica de dietas restrictivas, las cuales son más comunes entre las mujeres (Tomori & Rus-Makovec, 2000), los hombres han comenzado a recurrir a éstas (Dohm, Beatttie, Aibel & Striegel-Moore, 2001), aunque en los hombres la diferencia radica principalmente en los objetivos que se pretenden alcanzar, tales como la obtención de mayor tono muscular y rendimiento deportivo, evitar el sobrepeso y enfermedades relacionadas con éste, etc. (Andersen, 1997; Andersen, 2002). Así mismo, en los hombres es más sobresaliente la presencia del atracón, siendo el consumo de laxantes o diuréticos el principal método de control del peso corporal (Vázquez, Álvarez, López, Ocampo & Mancilla, 2004).

Rosen y Gross (1987) encontraron que entre estudiantes de preparatoria, las mujeres (63%) tratan más de moldear su figura a través del ejercicio y de una reducción de las calorías en su dieta en comparación con los varones (16%). Sin embargo, en los hombres (28%) se mostró mayor interés en cuanto a ganar peso que en las mujeres (9%).

Aspectos Socioculturales

Aunque creencias socioculturales e ideológicas, las cuales pueden ser unas más prejuiciosas que otras (Crandall et al., 2001), han mostrado tener un papel importante en las actitudes contra la gordura. Es reconocido extensamente que los medios masivos de comunicación son una fuerza penetrante en forjar ideales corporales, así mismo es sabido que la exposición a estos ideales irrealistas en los medios de comunicación puede alimentar la insatisfacción corporal (Halliwell, Dittmar & Orsborn, 2007; Groez, Levine & Murnen, 2002; Grogan, 2000; Levine, Smolak & Hayden, 1994; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999), enfocándose en diferencias individuales como la imagen corporal y la tendencia a compararse físicamente con otros, lo cual puede tener un papel importante como lo muestran O'Brien, Hunter, Halberstadt y Anderson (2007), los cuales mencionan que las comparaciones respecto de los modelos sociales está relacionada a las actitudes en contra de la gordura, tanto explícita como implícitamente, además de una subestimación hacia la apariencia física en mayor medida por hombres con sobrepeso en comparación con hombres normopeso.

Se ha especulado que las personas con una alta tendencia a hacer comparaciones respecto a la apariencia física a partir de modelos sociales experimentan altos niveles de insatisfacción corporal y desarrollo de TCA (Thompson et al., 1999), y que tales comparaciones median la relación entre las influencias socioculturales con la insatisfacción corporal y los TCA (Keery, van den Berg & Thompson, 2004; Thompson, Coovert, & Stormer, 1999).

Jones (2004) observó que la comparación corporal respecto de los modelos sociales se correlacionaba con la insatisfacción corporal en hombres adolescentes, así mismo, Muris, Meesters, van de Blom y Mayer (2005) encontraron una relación entre dicha comparación y el uso de estrategias para cambiar el físico entre hombres adolescentes, observando que la comparación

corporal, completa o parcial, mediaba la influencia de los estímulos percibida por los medios de comunicación, los padres y pares para emplear estrategias para un cambio corporal y la ejecución de las mismas. Autores como van den Berg et al. (2007) argumentan que en los hombres los estados depresivos, la exposición a mensajes en revistas y las críticas hacia el peso están asociadas con la comparación corporal respecto de los medios publicitarios.

Lo anterior conduce a encontrar actitudes en contra de la gordura y comportamientos en contra de personas con sobrepeso y obesas, las cuales se han extendido (Brownell, Puhl, Schwartz & Rudd, 2005; Puhl & Brownell, 2001), tanto en el ámbito educativo (Crandall, 1991; Neumark-Sztainer, Story & Harris, 1999), laboral (Roehling, 1999) y en la atención sanitaria (Bagley, Conklin, Isherwood, Pechiulis & Watson, 1989; Rand & MacGregor, 1990).

Imagen corporal y modelos sociales

Una investigación realizada por Gómez, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000) entre hombres adolescentes y adultos, mostró que el género masculino, además de perseguir una figura delgada, también se esfuerza en obtener una más gruesa en términos de masa muscular.

El aspecto de la figura corporal influye de forma diferente en mujeres y varones, por ejemplo, las mujeres muestran más preocupación por el peso y la figura corporal que los varones, los cuales a menudo desean más altura y anchura (Drewnowski & Yee, 1987; Dwyer, Feldman, Seltzer & Mayer, 1969).

La insatisfacción corporal juega un papel fundamental en la manifestación de sintomatología y desarrollo de TCA en hombres (Olivardia, Pope & Hudson, 2000), la cual puede ocasionar una angustia negativa tanto en mujeres como en hombres, asociándose con una baja autoestima y síntomas depresivos (Keery et

al., 2004; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan & Eisenberg, 2006; Wichstrom, 1995), además de un desarrollo de comportamientos enfocados a la realización de dietas poco saludables y relacionados con los TCA (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines & Story, 2006; Stice, 2002), y ante la cual se han desarrollado diversas investigaciones. Cash (1989, cit. en Toro, 1996) realizó un estudio en el que encontró que de 2000 norteamericanos, 38% de las mujeres y 34% de los varones manifestaron insatisfacción hacia su apariencia física, donde la preocupación principal en los hombres se enfocó en partes corporales como el torso medio y el tórax, el cual no satisfacía a un 50%, a su vez, el 32% estaban insatisfechos con su tonicidad muscular, y sólo al 20% les disgustaba su talla.

Cash, Winstead y Janda (1986) en un estudio encontraron que el 41% de los hombres se encuentra insatisfecho con su cuerpo, en comparación con un 55% de las mujeres; además, un 77% de los hombres con bajo peso estaban a gusto con su apariencia, así como el 88% de las mujeres con bajo peso.

Hay investigaciones que indican que los atributos individuales, como la baja autoestima y sentimientos depresivos, y un índice alto de masa corporal son factores de riesgo en el aumento de la insatisfacción corporal (Field et al., 2001; Eisenberg, Neumark-Sztainer & Paxton, 2006; Presnell, Bearman & Stice, 2004). Por otra parte, las presiones socioculturales como la exposición a modelos sociales, la familia y personas cercanas que hacen dieta, las presiones para ser delgado y las críticas hacia el peso han mostrado ser factores de riesgo para el aumento en la insatisfacción corporal (Field et al., 2001; Groez et al., 2002; Paxton, Neumark-Sztainer et al., 2006; Stice & Whitenton, 2002).

El peso corporal también influye de manera significativa en la insatisfacción corporal de los hombres, debido a que la mayoría de éstos han presentado obesidad o sobrepeso antes de presentar una psicopatología alimentaria (De la Serna, 2002; Devlin & Zhu, 2001; Toro, 1996). Las personas que presentan

sobrepeso u obesidad expresan una mayor preocupación hacia el volumen y peso de su cuerpo, mostrando mayor insatisfacción corporal y distorsión de la imagen corporal, en comparación con personas con un peso normal (Sorbara & Geliebter, 2002).

Por otra parte, Afifi-Soweid, Najem y Shediak-Rizkaillan (2002) en un estudio hallaron que 20% de los hombres manifestaban preocupaciones por su peso y que el 12% podrían padecer un TCA. Este estudio también demostró que el peso corporal no parecía influir tanto en cuanto a presentar insatisfacción corporal y manifestar un deseo por cambiar el aspecto físico, ya que del total de la muestra implementada en este estudio 14.9% presentaban bajo peso, 69.7% peso normal, 13.7% sobrepeso y el 1.8% obesidad

Wertheim et al. (1992) encontraron que el deseo para ser más delgado fue un predictor más importante para los comportamientos de pérdida de peso que las variables psicológicas o familiares, en ambos sexos. Esto es debido a que, como señalan Volkwein y McConatha (1997), estamos viviendo en medio de una “revolución del cuerpo”, en donde la autoimagen es producto de la interacción de procesos cognitivos como creencias, valores y actitudes con el ambiente en el cual nos desenvolvemos (Becker, 1999).

Serdula (1993) realizó una investigación con estudiantes de preparatoria y adultos en los Estados Unidos de América, mostrando que entre los adultos un 38% de las mujeres y un 24% de los hombres estaban tratando de perder peso. Y en cuanto a los jóvenes, el 44% de las mujeres y un 15% de los hombres habían estado intentando perder peso. Al respecto, Ricciardelli y McCabe (2001) y Wood, Becker y Thompson (1996) mencionan que aproximadamente el 60% de las chicas y el 30% de los chicos reportan un deseo por cambiar su peso o figura.

Este descontento hacia la propia imagen en los hombres, según Pope et al. (2000), está fuertemente relacionado con las estimaciones que estos realizan respecto al cuerpo que las mujeres prefieren en ellos.

Ideal Masculino

El ideal corporal masculino presentado en los medios de comunicación, al que los jóvenes aspiran, es muy alto y demasiado tonificado en términos de masa muscular (Stanford & McCabe, 2002), por ejemplo, un torso muy musculoso y cintura o caderas angostas, en contraposición con un modelo estético de delgadez, el cual es menos frecuente en los hombres (Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez & Mancilla, 2002).

Sería propicio señalar que los nuevos ideales estéticos respecto de la apariencia del varón están gestando una mayor presión hacia los mismos con respecto a su figura, trayendo consigo un probable aumento en el número de casos de TCA (Carbajo, Canals, Fernández-Ballart & Doménech, 1995; De la Serna, 2001; Holtz & Tena-Suck, 1995; Vírseda, 1995; Nagel & Jones, 1992) y teniendo un impacto negativo sobre la autoimagen (Leit, Gray & Pope, 2002).

Agliata y Tantleff-Dunn (2004) descubrieron que estudiantes hombres informaron sentirse más deprimidos e insatisfechos con su musculatura después de la exposición de anuncios de TV que tenían como protagonistas a personas con cuerpos masculinos. Además, hay estudios que han demostrado que el impacto de la exposición a los medios en usuarios de gimnasio y quienes no se ejercitan tiende a ser diferente en relación a la preocupación corporal, en donde los primeros informaron menos emoción negativa sobre su cuerpo que los que no se ejercitan (Halliwell et al., 2007).

Baird y Grieve (2006) y Lorenzen, Grieve y Thomas (2004) seleccionaron modelos que reflejaron el modelo de perfección muscular, y descubrieron que la exposición a estos estuvo relacionado con insatisfacción corporal entre estudiantes hombres. De forma semejante, Leit et al., (2002) descubrieron que los hombres informaron una discrepancia entre sus cuerpos verdaderos y su ideal muscular después de emisiones de modelos masculinos musculosos.

Un estudio de Edwards y Launder (2000), donde se aplicó a 300 varones un cuestionario que evalúa actitudes y conductas asociadas a la musculatura, mostró que en ellos existió un gran deseo por conseguir musculatura, la cual se percibía de forma positiva, asociándose con masculinidad y atractivo físico. Otro estudio realizado por Pope et al. (2000), con una muestra de tres nacionalidades diferentes (Austria, Francia y Estados Unidos), no mostró diferencias significativas entre ellos en cuanto al ideal estético. Gómez et al. (2000) utilizaron un instrumento que evalúa imagen corporal en varones adolescentes y adultos, encontrando que en estos existe una preferencia por la figura musculosa, sin que esto implique un incremento en grasa corporal.

Así como las mujeres se sienten presionadas para lucir como las esbeltas modelos de las revistas y la televisión, los hombres se ven influenciados por imágenes de cuerpos musculosos. Dichas imágenes de los llamados “cuerpos perfectos”, pueden reforzar la creencia de que un cuerpo normal no es el correcto o el que refleje belleza estética.

Pope, Katz y Hudson (1993) propusieron una variación de la Anorexia Nerviosa llamada “Anorexia Inversa”, en la cual el varón desea estar delgado, pero al mismo tiempo poseer una figura atlética. Posteriormente, dicho término fue replanteado por el de “Vigorexia” y más tarde por el de “Dismorfia Muscular”. En este tipo de trastorno existe una preocupación extrema en el desarrollo y mantenimiento de la masa muscular (Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997). Las personas con

este trastorno pueden llegar a verse como insignificantes a pesar de ser muy musculosos, siendo propensos a usar esteroides y otras drogas para ganar masa muscular.

La Dismorfia Muscular ha sido relacionada con el Trastorno Dismórfico Corporal (Pope et al., 1997), más que con el de Anorexia Nerviosa, el cual según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) es una entidad psiquiátrica que se define por una preocupación excesiva por un defecto mínimo o incluso inexistente en la apariencia física, el cual llega a producir un alto consumo de tiempo, interfiriendo con las actividades cotidianas de quien lo padece. Es por eso que la Dismorfia Muscular puede ser considerada como una forma de Trastorno Dismórfico Corporal, ya que el individuo llega a desarrollar una preocupación patológica por su muscularidad (Facchini, 2006), acompañada de una alta insatisfacción corporal y una búsqueda obsesiva de muscularidad, así como culpa y ansiedad extrema si por algún motivo el individuo se ve privado de realizar por un sólo día alguna rutina de ejercicio o alguna dieta (Mangweth et al., 2001; Pope et al., 1997), ya que el objetivo principal depositado en estas prácticas es conseguir ser como los modelos que muestra la publicidad (Sánchez, 2000), llegando incluso a abandonar vínculos sociales y familiares importantes o renunciar a actividades académicas o laborales para pasar más tiempo en el gimnasio (Pope et al., 1997).

La Dismorfia Muscular se ha asociado con bajo autoconcepto, problemas de identidad de género, depresión y abuso de sustancias (McCreary & Sasse, 2000; Olivardia, 2002).

Pope et al. (1997) han propuesto criterios diagnósticos para la Dismorfia Muscular:

1. La persona tiene una preocupación con la idea de que su cuerpo no es suficientemente magro y musculoso. Las conductas características

asociadas incluyen largas horas de levantar pesas y excesiva atención puesta a la dieta.

2. La preocupación causa sufrimiento clínicamente significativo o dificultades en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes, demostrado al menos por dos de los siguientes cuatro criterios:

- El individuo abandona frecuentemente actividades sociales, ocupacionales o recreacionales importantes por una necesidad compulsiva de mantener su esquema de ejercicios y dietas.
- El individuo evita situaciones donde su cuerpo se exponga a otros o las soporta solamente con un marcado sufrimiento o ansiedad intensa.
- La preocupación acerca de la inadecuación del tamaño corporal o la musculatura causa sufrimiento clínicamente significativo o dificultades en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes.
- El individuo continúa con su rutina de ejercicios y dieta o utiliza sustancias ergogénicas, a pesar de tener conocimiento de sus consecuencias físicas y psicológicas.

3. El primer foco de preocupación y conducta, es considerarse demasiado pequeño o poco musculoso, a diferencia del miedo a engordar como en la Anorexia Nerviosa o una preocupación primaria con otros aspectos de la apariencia como en otras formas de Trastorno Dismórfico Corporal.

Resulta importante destacar que la diferencia entre un TCA y la Dismorfia Muscular radica en que en los primeros la preocupación del individuo se centra en la gordura, desarrollándose, primariamente, patrones anormales de alimentación

y, secundariamente, patrones anormales de ejercicio físico. En cambio, en la Dismorfia Muscular el individuo tiende a estar primariamente preocupado por adquirir mayor tamaño y masa muscular, y el foco principal se centra en el ejercicio físico y en un segundo plano en la alimentación (Olivardia et al., 2000; Mangweth et al., 2001; Pope et al., 1997).

Algunos autores (Blumenthal, O'Toole & Chang, 1980; Yates, Leehey & Shisslak, 1983) mencionan que aquellos varones que se extenuan físicamente con la finalidad de desarrollar alguna parte de su cuerpo en términos de masa muscular son perfeccionistas, con un componente de disciplina y autodominio, de tal manera que se consideran obsesivos y controladores, y que además suelen proceder de familias que desapruban la expresión de las emociones. Al respecto, Little (1969) asienta que cuando, por razones ajenas a su voluntad, dichas personas no pueden entrenarse, muestran una ansiedad e irritación similar a la de las mujeres anoréxicas.

Enns, Drewnowski y Grinker (1987), De la Serna (2001) y Olivardia et al. (1995) enfatizan que es más frecuente que se presente algún TCA en ciertos grupos, dependiendo de las actividades que realicen, es decir, que los gimnastas, corredores, físicoculturistas, remadores, luchadores, jockeys, bailarines, nadadores, entre otros, son en particular más vulnerables para presentar un TCA, porque sus deportes necesitan bajo peso o una constitución física específica (Andersen, Bartlett, Morgan & Brownell, 1995), creando una afición desmedida por actividades gimnásticas, en donde la preocupación por el cuerpo se centra en el desarrollo de masa muscular y el moldeamiento de la figura (De la Serna, 2001), y en algunos casos llegan a utilizar esteroides anabolizantes para conseguir sus objetivos (Baile, 2003; Pope, Phillips & Olivardia, 2000; Rosen & Gross, 1987).

Aunado a esto, el aspecto cultural que sesga la constitución muscular, la agresión física, la competencia y la independencia como supuestos deseables para los varones (Kearney-Cooke & Steichen-Asch, 1990). Es importante resaltar, sin

embargo, que la pérdida de peso en un intento para mejorar el éxito atlético puede ser considerado diferente de un cuadro de TCA cuando la psicopatología central está ausente.

Retomando lo expuesto anteriormente, resulta importante resaltar que dentro de la necesidad de los psicólogos se encuentra la manera en cómo evaluar, cuantificar y analizar no sólo lo que compete al área de los TCA sino en general, y para esto se han desarrollado instrumentos de medición que permitan hacer evaluaciones precisas de algún fenómeno o conducta que sea de interés para el desarrollo de conocimiento científico y evaluar circunstancias que permitan conocer el desarrollo y mantenimiento de psicopatologías, en ese caso una psicopatología alimentaria como la Anorexia y Bulimia Nerviosas. El siguiente apartado precisamente trata de explicar respecto a la necesidad de estas formas de evaluación y los aspectos básicos en torno a ellas.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS EN LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Dentro de la amplia labor del psicólogo, los tests o cuestionarios son instrumentos de evaluación frecuentemente utilizados cuando se quiere analizar algunas variables y/o componentes que puedan estar afectando algún elemento o conducta, proporcionando información sobre lo que se quiere conocer. Para tal cuestión existe la psicometría, la cual es un conjunto de modelos que posibilitan la medición de variables, en este caso psicológicas, permitiendo llevar a cabo un proceso de medición de forma adecuada. Dichos modelos, principalmente de índole cuantitativa, permiten la transformación de hechos en datos, con objeto de asignar valores numéricos a las variables, con base a las respuestas de las personas y/o a los estímulos presentes en una situación (Cliff, 1973, cit. en Martínez, 1995).

Debido a que los tests tienen un papel esencial en la psicología, Yela (1997) los define como una situación problemática, previamente dispuesta y estudiada, a la que un individuo debe responder siguiendo ciertas instrucciones y de cuyas respuestas se estima, por comparación con un grupo normativo (también puede compararse con un criterio u objetivo), la calidad, índole o grado de algún aspecto de su personalidad.

La evaluación psicológica a partir de un test se lleva a cabo cuando se desea obtener algún tipo de información de forma rápida para poder ser comparada, en donde la comparación es la función más importante de los tests (Viladrich, Prat, Doval & Vall-Llovera, 1997).

Por lo tanto, al ser la medición psicológica un proceso por medio del cual se compara la puntuación obtenida de un individuo en un test contra otra puntuación normativa obtenida por un grupo de referencia en el mismo test (Álvarez, 2000), resulta fundamental saber si la comparación, y por lo tanto el resultado de ésta, es

o no confiable y/o válido, siendo entonces la confiabilidad y la validez dos criterios que deben evaluarse en todo sistema de medición.

Confiabilidad

La confiabilidad (también llamada fiabilidad) se refiere a la consistencia de un instrumento para medir el atributo que pretende medir (Silva, 1992). Otras definiciones de confiabilidad son las siguientes:

- *“Es la consistencia y correspondencia con que mide un instrumento”* (Fernández & Carrobles, 1981, cit. en Silva, 1992).
- *“Es la precisión o exactitud de un instrumento de medición”* (Kerlinger, 1988).
- *“Es el grado en que la puntuación observada representa a la puntuación verdadera, en donde a mayor confiabilidad es mayor la correspondencia entre ambas puntuaciones”* (Martínez, 1995).
- *“La fiabilidad es la proporción de varianza de la puntuación verdadera sobre la variabilidad de la puntuación total observada”* (Viladrich et al., 1997).

Para poder calcular la confiabilidad (Coeficiente de fiabilidad) de un instrumento de medición existen tres métodos (García, 1993), los cuales utilizan fórmulas que dan como resultado coeficientes de confiabilidad que pueden oscilar entre 0 y 1, donde un coeficiente de cero significa una confiabilidad nula y uno representa una alta confiabilidad. Hernández, Fernández y Baptista (1991) mencionan los tres métodos más implementados para estimar el coeficiente de fiabilidad:

1. **Método de formas paralelas.** En este procedimiento se administra el mismo instrumento de medición en dos o más versiones equivalentes a éste, con el mismo formato, número de ítems, mismas instrucciones y duración de aplicación y del mismo contenido, pero que sus ítems estén redactados en forma distinta. El instrumento es confiable si la correlación entre los resultados de ambas administraciones es significativamente positiva. Martínez (1995) menciona que la estimación del coeficiente de fiabilidad por el método de formas paralelas no elimina algunos efectos ligados a la repetición del test, que pueden llevar a la infra o sobreestimación, como la memoria, la práctica, los estados de ánimo, etc. También es sensible al intervalo temporal transcurrido entre las dos aplicaciones, cuando se trata de rasgos que pueden cambiar por procesos de maduración y el intervalo de tiempo entre las dos formas.

2. **Método de repetición del test o test-retest.** Este procedimiento consiste en la aplicación del test en dos ocasiones diferentes (después de cierto periodo de tiempo) al mismo grupo. La fiabilidad se expresa por el coeficiente de correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambas aplicaciones. Su principal problemática son los potenciales efectos de la repetición del test, ya que el primer test puede influir en el desempeño del segundo test contaminando las puntuaciones. Otro problema es que puede existir un cambio en las actitudes de los individuos, a su vez el grado de información también puede causar efectos no deseados. También el intervalo de tiempo entre las dos administraciones del test puede contaminar los datos, ya que el individuo puede cambiar su nivel de información.

3. **Métodos basados en una sola aplicación del test.** Una forma de estimar cómo el rendimiento de los individuos en el test puede generalizarse al dominio de los ítems, es ver hasta qué punto los individuos tienen un rendimiento consistente en diversas partes del test. Los procedimientos

diseñados para estimar la confiabilidad en estas circunstancias se denominan **consistencia interna**, y son básicamente dos:

- **Método de división por mitades (Split-Halves).** En este procedimiento sólo se requiere de una aplicación, ya que el conjunto de ítems es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparadas.
- **Método basado en la covarianza de los ítems.** La forma más conveniente de lograr medidas paralelas dentro de un único test es hacer la división por ítems, la cual permite tratar a cada uno como si fuese un instrumento de longitud de unidad con una puntuación. Los diferentes procedimientos son: el Coeficiente de Kuder-Richardson, el Análisis de Varianza de Hoyt, los Coeficientes de Guttman, y el Coeficiente Alpha de Cronbach, el cual es el más utilizado.

Validez

La validez se refiere a la utilidad científica de un instrumento de medición, el cual debe establecer, a partir de la puntuación verdadera, qué tan bien mide lo que pretende medir (Martínez, 1995; Coolican, 1994; Hernández et al., 1991; Kerlinger, 1979), es decir, el grado en que una inferencia a partir de un instrumento es apropiada o significativa, determinando hasta qué punto un instrumento es útil para extraer de él determinadas conclusiones y hasta qué punto están justificadas ciertas interpretaciones de los resultados (Viladrich et al., 1997).

La validez total de un instrumento de medición se evalúa a partir de tres tipos de evidencia: *Validez Total = validez de contenido + validez de criterio + validez de constructo* (Martínez, 1995). Autores como Hernández et al. (1991) y Nunnally y

Bernstein (1995) hacen referencia a tres significados o procedimientos para la validación de un instrumento:

1. **Validez de Constructo.** Se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones, de acuerdo con las hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos que están siendo medidos. Dentro de ésta, García (1993) identifica tres tipos específicos:

- **Validez Factorial.** Está determinada por medio de un modelo estadístico multivariado denominado Análisis Factorial, el cual explora y analiza las interrelaciones existentes entre un conjunto de variables, a las cuales se les denomina factor. La principal función del Análisis Factorial es el procesamiento de correlaciones entre las variables, con la finalidad de analizar asociaciones lineales entre ellas, analizando las similitudes entre los elementos de una muestra respecto a su comportamiento en el conjunto de variables. Además posibilita determinar un subconjunto claramente diferenciado de variables relacionadas entre sí de otros subconjuntos (Kline, 1993; Ferrán, 1996, cit. en Álvarez, 2000). Los métodos implementados para realizar el análisis factorial (Namakforoosh, 1995) son:

- > *Método de componentes principales.* Permite analizar relaciones de interdependencia en una matriz de datos donde todas las variables tienen el mismo estatus (Viladrich et al., 1997). Se emplea para hacer una primera derivación del espacio factorial y obtener los factores “originales”, permitiendo representar no sólo a las variables sino también a los individuos. Su principal característica es que extrae una cantidad máxima de varianza conforme al cálculo de cada factor.

- > *Rotación VARIMAX de los factores.* Rotación ortogonal de los factores para minimizar el número de variables con saturaciones altas en un factor (Yela, 1997), encontrando un subespacio factorial tal que, por un lado sea más reducido y, por otro lado, se pierda poca información respecto a las similitudes entre las variables (Martínez, 1995), obteniendo una solución más interpretable, en razón de que las variables fuertemente correlacionadas entre sí presentarán saturaciones altas sobre un factor y bajas sobre el resto de los factores derivados.
 - **Validez Convergente.** Se obtiene cuando el instrumento presenta altas correlaciones con otros instrumentos que miden el mismo rasgo aunque con métodos diferentes, ofreciendo evidencias de que la medida en cuestión se correlacione con la otra medida obtenida (Álvarez, 2000; Muñiz, 1992).
 - **Validez Divergente.** Se establece cuando un instrumento presenta correlaciones bajas con instrumentos que miden un rasgo distinto, pero utilizando el mismo método para evaluarlo (Álvarez, 2000).
2. **Validez de Contenido.** Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se desea medir (García-Camba, 1993). Es decir, hasta qué punto están recogidos todos los aspectos relevantes de la variable que se quiere someter a medida y de la que se van a extraer conclusiones a posteriori con el uso del test. Se obtiene elaborando un universo de preguntas para evaluar la variable y sus dimensiones, de un universo se extrae una muestra probabilística, después se correlacionan las puntuaciones de los ítems entre sí y se hacen estimaciones estadísticas para ver si la muestra de ítems es representativa de la población total

(Nunnaly & Bernstein, 1995), es decir que se manifiesta la representatividad o suficiencia del muestreo de ítems contenidos en un test.

3. **Validez de Criterio.** Se establece a partir de la comparación de un instrumento de medición con algún criterio estándar externo, entre más relacionados estén estos, la validez de criterio será mayor (Namakforoosh, 1995). Así, a la correlación de la prueba del predictor y la variable criterio se le llama Coeficiente de Validez, el cual especifica el grado de validez de esa generalización. Hernández et al. (1991) mencionan que existen dos tipos de Validez de Criterio:

- **Validez Concurrente.** Se refiere al grado en el que el instrumento en cuestión mide lo mismo que otros instrumentos ya existentes y considerados como medidas adecuadas (Nunnaly & Bernstein, 1995).
- **Validez Predictiva.** Avala en qué medida el instrumento discrimina o predice adecuadamente en función de la variable en cuestión, lo cual se logra empleando un criterio externo (Silva, 1992).

Viladrich, Prat, Doval y Vall-Llovera (1997) identifican un tercer tipo:

- **Validez Discriminante.** Es cuando una misma estrategia de medición, aplicada a individuos o características distintas, proporciona resultados distintos; es decir, que un test discrimina mejor cuanto más capaz es de clasificar u ordenar a los individuos en función de la característica que se está midiendo.

Instrumentos para la evaluación de los TCA

La relación entre la sintomatología y las conductas asociadas en personas que padecen algún tipo de TCA pueden hacer que sea difícil realizar un diagnóstico oportuno y adecuado. Por tal motivo, se han desarrollado numerosos cuestionarios o instrumentos, para la exploración e investigación de los mismos. Los cuestionarios de autoreporte y las entrevistas estructuradas han sido los dos principales instrumentos para la evaluación de los TCA.

A partir de los cuestionarios de autoreporte se pueden obtener síntomas y/o conductas de riesgo para el desarrollo de un TCA, siendo necesario verificarlo por medio de una entrevista que nos permita la elaboración del diagnóstico preciso, sin embargo, el realizar entrevistas tienen la desventaja de necesitar entrevistadores entrenados, debiéndose aplicar individualmente y, por consiguiente, aumento en el costo y en el tiempo (Iñárritu, Cruz & Morán, 2004). Es por eso que los cuestionarios son una herramienta de gran utilidad, ya que nos ayudan a llevar a cabo un tamizaje que permita tener un filtro de casos a los cuales poder llevar a cabo la entrevista, reduciendo las problemáticas que anteriormente se planteaban.

Existe una gran diversidad de cuestionarios que se han creado para valorar los TCA, de los cuales hemos agrupado a los más referidos en 3 categorías:

1. *Sintomatología de TCA*

- Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT, Garner & Garfinkel, 1979).
- Test de Bulimia (Bulimia Test, BULIT, Smith & Thelen, 1984).

- Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorders Inventory, EDI, Garner et al., 1983).
- Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario (CUMUTA, Sánchez, 2005)
- Test investigador de Bulimia de Edimburgo (Bulimia Investigatory Test of Edimburg, BITE, Henderson & Freeman, 1987).
- Cuestionario de control de enfermedades sobre la comida grasosa (Sick Control on Fat Food Questionnaire, SCOFF, Morgan, Reid & Lacey, 1999).
- Cuestionario para el Diagnostico de los Trastornos alimentarios (Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis, Q-EDD, Mintz, O'Halloran, Mulholland & Schneider, 1997).
- Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso Versión Revisada (Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised, QEWP-R, Spitzer et al., 1992).
- Examen para Trastornos de la Alimentación Cuestionario-Autoaplicado (Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire, EDE-Q, Fairburn & Beglin, 1994).
- Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA, Gómez, 1998-A).
- Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez, 1995-A).

- Cuestionario sobre el comportamiento alimentario (Machado & Soares, 2000).

2. Imagen Corporal

- Cuestionario de Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ, Cooper et al., 1987).
- Cuestionario Multidimensional de Relación con el Propio Cuerpo (Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire, MBSRQ, Cash, 1994).
- Cuestionario sobre ideal corporal (Body-Image Ideal Questionnaire, Cash & Szymanski, 1995).
- Body Cathexis Scale (BCS, Secord & Jourard, 1953).
- Cuestionario de actitudes de Ben-Tovim y Walker (Ben-Tovim Walter Attitudes Questionnaire, BAQ, Ben-Tovim & Walker, 1991).
- Cuestionario de Autoimagen (Offer Self-Image Questionnaire, OSIQ, Offer, Ostrov & Howard, 1982).
- Escala de estimación corporal (Body Esteem Scale, BES, Mendelson & White, 1985).
- Examen de Trstorno Dismórfico Corporal (Body Dysmorphic Disorders Examination, BDDE, Rosen & Reiter, 1993).

- Escala Objetiva de Conocimiento del Cuerpo (Objectified Body Consciousness Scale, ECCO, McKinley & Hyde, 1996).
- Inventario de Imagen Corporal para Fémimas Adolescentes (IICFA, Calaf, León, Hilario & Rodríguez, 2005).
- Escala de Evaluación de Tamaño Corporal (Body-Size Appraisal Scale, BSAS, Cash, Wood, Phelps & Boyd, 1991).
- Escala de preocupación hacia el sobrepeso (Overweight Preoccupation Scale, OPS, Cash et al., 1991).
- Cuestionario de ideal de imagen corporal (Body-Image Ideals Questionnaire, BIQ, Cash & Szymanski, 1995).

3. Influencias Socioculturales

- Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro et al., 1994).
- Cuestionario de Actitudes Socioculturales sobre la Apariencia (Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire, SATAQ, Heinberg, Thompson & Stormer, 1995).

OBJETIVOS

Objetivo general

Estructuración y evaluación de las propiedades psicométricas de un inventario que evalúe sintomatología y factores asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario en hombres.

Objetivos particulares

- Derivar constructos representativos para población masculina a partir de los instrumentos seleccionados.
- Evaluar la confiabilidad del cuestionario mediante la consistencia interna.
- Evaluar la validez factorial del cuestionario.

MÉTODO

Tipo de diseño

Fue no experimental, ya que las variables no se manipularon deliberadamente.

Muestra

La muestra es comunitaria, de tipo no probabilística, conformada por 395 participantes de sexo masculino, procedentes de instituciones educativas públicas y privadas (Tabla 1-M), con un promedio de edad de 13.96 años (D.E.= 2.55).

TABLA 1-M

ESCOLARIDAD	PROCEDENCIA		Total
	PÚBLICA	PRIVADA	
Primaria	66	-	66
Secundaria	229	22	251
Preparatoria	-	40	40
Licenciatura	9	29	38
		TOTAL	395

TABLA 1-M. Instituciones y nivel educativo de los participantes

Instrumentos

Test de Actitudes Alimentarias (EAT)

Elaborado por Garner y Garfinkel (1979), el EAT es un cuestionario de autoreporte de 40 reactivos, cuyo objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Fue diseñado y validado en población canadiense con un grupo de 33 mujeres con Anorexia Nerviosa con una edad promedio de 22.5 años y otro grupo control de 59 mujeres. El EAT mostró un coeficiente de fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0.79 en el grupo de mujeres con Anorexia Nerviosa y de 0.94 para el grupo control, mostrando un alto grado de consistencia. La validez predictiva, a partir de una

correlación biserial entre el total del EAT con ambos grupos, mostró un coeficiente de validez de $r=0.87$ ($p \leq .001$).

Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982) realizaron un segundo análisis factorial, ya que el anterior sólo fue considerado como un resultado tentativo debido al tamaño de la muestra, esta vez con una muestra de 140 pacientes con Anorexia Nerviosa que estaban en tratamiento. Se obtuvieron los siguientes factores (Tabla 2-M).

TABLA 2-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Dieta	4, 9, 10, 14, 15, 22, 25, 29, 30, 36, 37, 38, 39	*
2. Bulimia y preocupación por la comida	6, 7, 13, 31, 34, 40	*
3. Control oral	5, 8, 12, 24, 26, 32, 33	*

TABLA 2-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del EAT de Garner et al. (1982).

* Datos no proporcionados por el autor.

El EAT ha sido validado en población mexicana femenina por Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado (2004), implementando muestra clínica y control, con un total de 556 mujeres con un promedio de edad de 19.3 años (D.E.= 3.7). Los resultados mostraron que el EAT-40 posee una excelente consistencia interna para población mexicana femenina ($\alpha=0.93$). El análisis factorial derivó cinco factores (Tabla 3-M).

TABLA 3-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Dieta restrictiva	5, 9, 10, 29, 30, 36, 37, 38, 39	0.88
2. Bulimia	7, 13, 14, 40	0.87
3. Motivación para adelgazar	4, 6, 15, 22, 25	0.85
4. Preocupación por la comida	1, 21, 31, 34	0.77
5. Presión social percibida	12, 24, 33	0.76

TABLA 3-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del EAT de Álvarez et al. (2004).

El EAT también ha sido validado en hombres mexicanos por Saucedo (2004). Se aplicó el instrumento a 566 estudiantes varones provenientes de instituciones educativas públicas y privadas de la Ciudad de México, cuyo promedio de edad fue de 18.11. Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.72, semejante a los

reportados por Garner y Garfinkel (1979) y Álvarez (2000) de 0.79 y 0.72, respectivamente. Con respecto a la validez factorial, se implementó el método de rotación VARIMAX, derivando cinco factores (Tabla 4-M).

TABLA 4-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Motivación para adelgazar	4, 15, 25, 37	0.70
2. Presión social percibida	12, 24, 26, 33	0.59
3. Conductas compensatorias	2, 3, 5, 13, 28, 40	0.49
4. Control alimentario y ejercicio	9, 10, 16, 20, 22, 32	0.48
5. Estilos alimentarios	1, 19, 27, 36, 39	0.55

TABLA 4-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del EAT de Saucedo (2004).

Test de Bulimia (BULIT)

Fue diseñado para detectar en la población general quién tiene riesgo para presentar Bulimia Nerviosa (Smith & Thelen, 1984) de acuerdo al DSM-III, pero tiene validez ante los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y DSMIV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Originalmente fue elaborado y validado en población estadounidense de habla inglesa, dicho procedimiento se basó en la comparación de dos grupos independientes de mujeres: 20 con Bulimia Nerviosa y 94 para el grupo control, mostrando que la puntuación promedio en el grupo de mujeres con Bulimia Nerviosa ($x = 124.0$) fue significativamente mayor ($p \leq .0001$) que la obtenida por el grupo control ($x = 60.3$). Se obtuvo un coeficiente de validez predictiva de $r = 0.82$, al correlacionar el puntaje total del BULIT con cada grupo. El análisis factorial derivó cinco factores (Tabla 5-M):

TABLA 5-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Conducta de sobreingesta y temor a perder el control sobre la conducta alimentaria	1, 2, 3, 4, 8, 11, 12, 17, 18, 22, 24	*
2. Sentimientos posteriores a la sobreingesta	5, 6, 10, 14, 16, 19, 20, 23, 26, 29	*
3. Presentación del vómito	1, 8, 15, 27, 30	*
4. Preferencias alimentarias durante un atracón	9, 21	*
5. Fluctuaciones en el peso	25, 32	*

TABLA 5-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del BULIT de Smith y Thelen (1984).

* Datos no proporcionados por el autor.

El BULIT ha sido adaptado y validado en población mexicana por Álvarez (2000), lo cual consistió en dos fases: en la primera se aplicó el instrumento a 2168 jóvenes mexicanas con un rango de edad de 15 a 30 años. Para la segunda fase, la muestra consistió en 140 jóvenes mexicanas con un rango de edad de 10 a 27 años, divididas en dos grupos: con Bulimia Nerviosa y TCANE (n= 22) y un grupo control (n= 78). Los resultados mostraron que el BULIT posee una adecuada consistencia interna para población mexicana femenina ($\alpha= 0.84$ y $\alpha= 0.81$, respectivamente para cada fase). El análisis factorial derivó tres factores (Tabla 6-M).

TABLA 6-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación	1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 17, 24, 28, 35	0.85
2. Sentimientos negativos posteriores al atracón	10, 14, 16, 20, 23, 26, 29	0.82
3. Conductas compensatorias	7, 15, 27, 30	0.58

TABLA 6-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del BULIT de Álvarez (2000).

El BULIT también ha sido validado en hombres mexicanos a partir de una muestra comunitaria por Valdez (2007), derivándose una estructura de 3 factores (Tabla 7-M):

TABLA 7-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
Atracón	1, 3, 4, 8, 11, 17, 24, 34	0.72
Conductas Compensatorias	7, 15, 27, 33	0.50
Sentimientos Negativos posteriores al Atracón	14, 26, 29	0.61

TABLA 7-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del BULIT de Valdez (2007).

Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)

Fue elaborado y validado en población canadiense por Garner et al. (1983) con un grupo de pacientes que presentaban Anorexia Nerviosa (n=113) y un grupo control (n=577). Se diseñó con la finalidad de evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la Anorexia y Bulimia Nerviosas. Contiene 64 reactivos agrupados en ocho factores (Tabla 8-M). Los tres primeros factores miden

comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la Anorexia Nerviosa, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Mientras que los otros cinco factores evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales de la Anorexia Nerviosa (Garner et al., 1983).

TABLA 8-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Motivación para adelgazar	7, 11, 16, 25, 32, 49	0.86
2. Sintomatología bulímica	4, 5, 28, 38, 46, 53, 61	0.88
3. Insatisfacción con la imagen corporal	2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62	0.90
4. Inefectividad y baja autoestima	10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56	0.93
5. Perfeccionismo	13, 29, 36, 43, 52, 63	0.85
6. Desconfianza interpersonal	15, 17, 23, 30, 34, 54, 57	0.85
7. Identificación interoceptiva	8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64	0.83
8. Miedo a madurar	1, 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58	0.89

TABLA 8-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del EDI de Garner et al. (1983).

El EDI fue validado en población femenina mexicana por Mancilla, Franco, Álvarez y Vázquez (2003) en muestra clínica y control, mostrando un coeficiente de fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0.87. El análisis factorial derivó una estructura de 8 factores, consistente con el estudio original de Garner et al. (1983) (Tabla 9-M).

TABLA 9-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Motivación para adelgazar	2, 7, 11, 12, 16, 25, 32, 49	0.83
2. Insatisfacción corporal	9, 19, 31, 45, 55, 59, 62	0.79
3. Miedo a madurar	3, 6, 14, 22, 39, 48, 58	0.69
4. Desconfianza interpersonal	15, 17, 23, 26, 34, 57	0.69
5. Bulimia	4, 5, 28, 38, 64	0.61
6. Identificación interoceptiva	21, 51, 60	0.50
7. Inefectividad	27, 41, 44, 50, 56	0.45
8. Perfeccionismo	43, 52, 63	0.47

TABLA 9-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del EDI de Mancilla et al. (2003).

A su vez, el EDI también ha sido validado en hombres mexicanos por Franco, Mancilla, Álvarez, López y Vázquez (Manuscrito sometido para su publicación) en muestra comunitaria, en el cual se derivó una estructura de 6 factores (Tabla 10-M).

TABLA 10-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Motivación para adelgazar	2, 7, 11, 16, 25, 49, 59	0.77
2. Inefectividad	18, 24, 27, 41, 54, 56	0.73
3. Insatisfacción corporal	12, 19, 31, 45, 55, 62	0.70
4. Identificación interoceptiva	21, 44, 51, 60	0.62
5. Desconfianza interpersonal	15, 17, 23, 34, 57	0.68
6. Miedo a madurar	3, 6, 8, 48	0.58

TABLA 10-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del EDI de Franco et al. (Manuscrito sometido para su publicación).

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)

El BSQ fue desarrollado por Cooper et al. (1987) y validado en población inglesa, con una muestra de 573 mujeres divididas en 4 grupos: 1) 38 pacientes con bulimia nerviosa, 2) 331 asistentes a una clínica de planificación familiar, 3) 119 estudiantes de terapia ocupacional, y 4) 85 estudiantes universitarias. Su objetivo es explorar la autopercepción respecto a la imagen corporal y específicamente identificar la presencia de insatisfacción con la imagen corporal. Consta de 34 preguntas y no posee factores.

En México, el BSQ ha sido validado en población femenina, clínica y control, por Galán (2004), resultando ser un instrumento confiable al poseer una excelente consistencia interna ($\alpha=0.95$ para grupo sin TCA y $\alpha=0.98$ para grupo con TCA), demostrando ser capaz de diferenciar a personas con y sin insatisfacción con la imagen corporal ($p \leq 0.0001$). El análisis factorial derivó una estructura de 2 factores (Tabla 11-M).

TABLA 11-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Malestar con la imagen corporal	2, 4, 5, 6, 9, 12, 17, 22, 24, 34	0.95
2. Insatisfacción corporal	7, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 21, 26, 27, 32	0.94

TABLA 11-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del BSQ de Galán (2004).

Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)

El CIMEC fue diseñado para evaluar la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales, así como la recepción de mensajes verbales y la asimilación de estereotipos culturales que transmiten el modelo estético actual. Estos factores son puntos importantes que sustentan la pertinencia del desarrollo de un instrumento capaz de evaluar el impacto de los diferentes medios sociales que promueven la delgadez con relación a las actitudes de los sujetos hacia su propio cuerpo (Toro et al., 1994). El desarrollo y la evaluación psicométrica del CIMEC se realizó en España por Toro et al. (1994) en población femenina, en una muestra de 118 jóvenes (59 anoréxicas y 59 controles). Presentó una consistencia interna de 0.93. Consta de 40 ítems destinados a evaluar la ansiedad por la imagen corporal, así como la influencia de la publicidad, los modelos sociales, los mensajes sociales y las situaciones sociales. El CIMEC consta de 5 factores (Tabla 12-M).

TABLA 12-M

FACTORES	ÍTEMES	Alfa de Cronbach (α)
1. Malestar por la imagen corporal	4, 5, 11, 13, 16, 17, 25, 31	*
2. Influencia de la publicidad	6, 8, 9, 15, 21, 28, 33, 38	*
3. Influencia de los mensajes verbales	19, 23, 26	*
4. Influencia de los modelos sociales	1, 12, 27, 37	*
5. Influencia de las situaciones sociales	3, 34, 40	*

TABLA 12-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del CIMEC de Toro et al. (1994).

* Datos no proporcionados por el autor.

Debido a los resultados satisfactorios obtenidos con el CIMEC, y considerando que la población femenina mexicana muestra estar en riesgo de padecer algún TCA, Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000) llevaron a cabo un análisis de las propiedades psicométricas de este cuestionario en dicha población. Se utilizó una muestra de 1001 mujeres estudiantes de nivel bachillerato y de licenciatura, con un rango de edad de 14 a 33 años. El instrumento mostró un alfa de Cronbach de 0.94, lo que confirma que el cuestionario CIMEC tiene una excelente consistencia interna. El análisis factorial derivó cuatro factores (Tabla 13-M).

TABLA 13-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Influencia de la publicidad	6, 8, 9, 14, 15, 19, 21, 23, 26, 28, 32, 33, 35, 38	0.92
2. Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso	5, 10, 11, 13, 16, 17, 22, 25, 29, 31	0.86
3. Influencia de los modelos estéticos corporales	1, 3, 4, 12, 37, 39	0.75
4. Influencia de las relaciones sociales	2, 18, 27, 30, 36	0.63

TABLA 13-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del CIMEC de Vázquez et al. (2000).

También se ha evaluado la consistencia interna y estructura factorial del CIMEC (versión modificada ex-profeso para varones) en muestra comunitaria de hombres mexicanos (Velázquez, 2003), utilizando una población de 504 jóvenes de sexo masculino con un promedio de edad de 17.65 (D.E.= 3.49). El análisis de confiabilidad mostró un elevado coeficiente alpha de Cronbach ($\alpha= 0.90$), indicando que tiene una excelente consistencia interna. A su vez, todos los ítems tienen relaciones significativas con la puntuación total, 17 ítems tienen coeficientes útiles para predecir ($r= \leq 0.50$ y ≤ 0.70) y 22 muestran una correlación moderada ($r= \leq .30$ y ≤ 0.50), observándose que existe relación conceptual apropiada entre todos los ítems. El análisis de componentes principales, implementando el método de rotación VARIMAX, extrajo cinco factores (Tabla 14-M).

TABLA 14-M

FACTORES	ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
1. Influencia de la publicidad	6, 9, 14, 15, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 40	0.84
2. Influencia de la figura delgada	1, 12, 34, 36, 39	0.68
3. Malestar con la imagen corporal	10, 11, 13, 20, 22	0.71
4. Influencia de la figura musculosa	8, 16, 17, 29, 33, 37, 38	0.69
5. Influencia de las relaciones sociales	2, 18, 27, 30	0.60

TABLA 14-M. Factores, ítems y alfa de Cronbach en la validación del CIMEC de Velázquez (2003).

Procedimiento

El presente proyecto fue presentado en las diferentes instituciones para la realización de la investigación. En el momento en que se tuvo acceso a las instituciones, se procedió a la aplicación de los cinco instrumentos, haciendo énfasis en que los datos que se proporcionarían serían confidenciales. La

aplicación se realizó de forma grupal (de 15 a 20 participantes por aplicación). Posteriormente, se procedió a capturar los resultados en una base de datos mediante el programa SPSS para su análisis estadístico.

El procedimiento para este trabajo fue similar en el llevado a cabo en la estructuración y validación del Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario (CUMUTA) de Sánchez (2005), utilizando los 5 instrumentos antes descritos, con la diferencia de que en éste sí se implemento muestra clínica y control.

Análisis y preparación de los datos

Modificación de las escalas de calificación

Con la finalidad de homologar las escalas de calificación de los ítems de cada uno de los cinco instrumentos empleados, se realizó una modificación de las mismas implementado el parámetro de modificación de las escalas de evaluación propuesto por Álvarez (2006), lo cual permitiría calcular el coeficiente Alpha de Cronbach (α) y el Coeficiente de Correlación de Pearson (r) del inventario derivado, bajo el siguiente patrón (Tabla 15-M):

TABLA 15-M

Instrumento	Opciones de Respuesta	Escala de Calificación Original	Escala de Calificación Adaptada
Test de Actitudes Alimentarias (EAT)	6	0 0 1 2 3	1 1 2 2 3 3
	Nunca-Siempre	3 2 1 0 0 0 *	3 3 2 2 1 1 *
Test de Bulimia (BULIT)	5	1 2 3 4 5	1 1 2 3 3
	Nunca-Siempre	5 4 3 2 1 *	3 3 2 1 1 *
Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)	6	0 0 0 1 2 3	1 1 2 2 3 3
	Nunca-Siempre	3 2 1 0 0 0 *	3 3 2 2 1 1 *
Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)	6	1 2 3 4 5 6	1 1 2 2 3 3
	Nunca-Siempre		
Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)	3	0 1 2	1 2 3
	Nunca-Siempre		

Tabla 15-M. Patrón de modificación en las escalas de calificación de los ítems de los instrumentos empleados.

*Reactivos inversos.

Delimitación y definición de las dimensiones y sus factores correspondientes

Para definir y delimitar a los factores para esta investigación, así como los ítems comprendidos en cada uno de ellos, se consideró:

1. Los análisis psicométricos existentes de los instrumentos (EAT, BULIT, EDI, BSQ, CIMEC), ya sea en las publicaciones o en tesis.
2. Retomar investigaciones realizadas con instrumentos utilizados, las cuales se enfocan en el estudio de factores de riesgo de los TCA.
3. Un análisis de la congruencia conceptual de los ítems de cada constructo.

A partir de los dos primeros procesos se derivaron los siguientes constructos, de los cuales sólo Preocupación por el peso no se encuentra en las validaciones previas de los instrumentos antes mencionados:

- | | |
|--|---|
| 1. Motivación para adelgazar | 9. Influencia de la publicidad |
| 2. Preocupación por el peso | 10. Influencia de los modelos sociales |
| 3. Insatisfacción corporal | 11. Influencia de las relaciones sociales |
| 4. Preocupación por la comida | 12. Influencia de la figura musculosa |
| 5. Restricción de alimentos | 13. Identificación interoceptiva |
| 6. Atracón alimentario | 14. Miedo a madurar |
| 7. Sentimientos negativos posteriores al atracón | 15. Ineficacia. |
| 8. Conductas compensatorias | 16. Perfeccionismo |
| | 17. Desconfianza interpersonal |

Posterior a la derivación de los factores, se procedió a agruparlos en dos dimensiones. Las dimensiones y los factores agrupados son los siguientes:

Dimensión 1: Síntomas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Los componentes que caracterizan a los TCA y aspectos primordiales en la sintomatología de los mismos son los siguientes:

1. Motivación para adelgazar
2. Preocupación por el peso
3. Insatisfacción corporal
4. Preocupación por la comida
5. Restricción de alimentos
6. Atracón alimentario
7. Sentimientos negativos posteriores al atracón
8. Conductas compensatorias

Dimensión 2: Factores Asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Se orientan a la evaluación de aquellos aspectos involucrados en el padecimiento o desarrollo de un TCA, los cuales pueden ser la internalización de un modelo estético corporal (Álvarez, Mancilla, Martínez & López, 1998; Martínez, Toro & Salamero, 1996; Martínez et al, 1993; Thompson et al., 1999; Toro, 1996; Toro et al., 1994; Vázquez, Álvarez, Mancilla & Raich, 1998), la cual puede inducirse por al menos 3 vías de influencia sociocultural (incisos 1, 2 y 3) y un modelo estético que para el caso de esta investigación es característico en los hombres (inciso 4):

1. Influencia de la publicidad
2. Influencia de los modelos sociales
3. Influencia de las relaciones sociales
4. Influencia de la figura musculosa

Además de considerar algunos rasgos de personalidad, que pueden actuar como factores predisponentes (en términos de vulnerabilidad) o mantenedores de los TCA, dentro de esta segunda dimensión:

5. Identificación interoceptiva
6. Miedo a madurar
7. Ineficacia
8. Perfeccionismo
9. Desconfianza interpersonal

En la tabla 16-M se muestra la versión preliminar de la estructura factorial del inventario que se pretende derivar, las 2 dimensiones y sus constructos, así como sus respectivos ítems de los instrumentos utilizados, previo al procedimiento estadístico.

TABLA 16-M

DIMENSIÓN	FACTOR	INSTRUMENTOS	REACTIVOS / ÍTEMS	TOTAL
Signos y síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria	Motivación para adelgazar	EDI	7, 32	8
		BSQ	2, 4, 34	
		CIMEC	22	
		EAT	25, 37	
	Preocupación por el peso.	EAT	4, 17	5
		EDI	16, 25, 49	
	Insatisfacción corporal.	EAT	15, 18, 24	36
		BSQ	1, 3, 5, 7, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 24, 27, 29, 30, 31, 33	
		EDI	2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62	
	Preocupación por la comida.	CIMEC	5, 8, 11, 18, 20, 25, 37	13
		EDI	1, 64	
		EAT	3, 6, 9, 31, 34	
		BULIT	2, 10, 13, 28	
	Restricción de alimentos.	CIMEC	40	19
		EAT	2, 5, 10, 11, 12, 19, 21, 27, 29, 30, 32, 36, 38, 39	
		EDI	47	
BULIT		9, 19, 21		
BSQ		22		
Atracón alimentario.	CIMEC	13	17	
	EAT	7		
	EDI	5, 28, 38, 46, 61		
Sentimientos negativos posteriores al atracón.	BULIT	1, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 17, 24, 31, 35	11	
	EAT	14, 36		
	EDI	11		
	BSQ	6, 17		
Conductas compensatorias.	EAT	16, 13, 22, 28, 40	12	
	BULIT	7, 15, 27, 30, 34		
	BSQ	26		
	EDI	53		
Factores Asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario	Influencia de la publicidad.	CIMEC	6, 9, 15, 21, 23, 26, 28, 35	8
	Influencia de los modelos sociales.	CIMEC	1, 3, 4, 12, 16, 31, 34, 39	8
	Influencia de las relaciones sociales.	CIMEC	2, 7, 10, 14, 19, 24, 27, 30, 32	9
	Influencia de la figura musculosa	BSQ	8, 9, 10, 16, 21, 23, 25, 28, 32	14
		CIMEC	17, 19, 33, 36, 38	
	Identificación interoceptiva.	EDI	8, 21, 26, 33, 40, 44, 51, 60	8
	Miedo a madurar.	EDI	3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58	8
	Ineficacia.	EDI	10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56	10
	Perfeccionismo.	EDI	13, 29, 36, 43, 52, 63	6
Desconfianza interpersonal.	EDI	15, 17, 23, 30, 34, 54, 57	7	

TABLA 16-M. Versión preliminar de las dimensiones y factores derivados previa al análisis factorial.

Evaluación de las propiedades psicométricas

Confiabilidad. Para evaluar la confiabilidad se utilizó un procedimiento basado en una sola aplicación de los tests, evaluando específicamente la consistencia interna del inventario y de las dimensiones mediante el método de Matriz covariante que calculará el coeficiente Alpha de Cronbach. Martínez (1995) y Magnusson (1977) coinciden en que la ventaja de una sola aplicación es que contrarresta las dificultades asociadas a la repetición del test o a la construcción de formas equivalentes.

Validez. El presente estudio estuvo enfocado a evaluar la validez factorial, es decir, analizar la forma en que pueden organizarse los datos obtenidos por la totalidad de las pruebas y analizar los resultados de forma simplificada, se recurrió a los siguientes métodos:

- *Validez factorial*, la cual se determinó a partir de un modelo estadístico multivariado (análisis factorial), con la finalidad de explorar y analizar las interrelaciones existentes entre el conjunto de ítems y derivar una organización de resultados más concisa e interpretable por medio de la derivación de factores a partir de los tests.
- *Análisis factorial con Rotación VARIMAX*, procedimiento estadístico multivariado que se emplea con la finalidad de explorar y analizar las interrelaciones existentes entre un conjunto de ítems y obtener una solución más interpretable por medio de la derivación de factores (Yela, 1997), la cual facilita la interpretación de los datos obtenidos a partir del análisis factorial, es decir, girar los ejes de coordenadas que representan a cada factor, hasta conseguir una aproximación al máximo de las variables en que están saturadas. Kinnear y Taylor (1989) manifiestan que es un procedimiento mediante el cual se toma un gran número de variables y se

investiga para ver si tienen un pequeño número de factores en común que expliquen su interrelación. McDaniel y Gates (1999) precisan que el objetivo del Análisis Factorial es simplificar los datos, ya que condensa la información contenida en un gran número de unidades métricas (por ejemplo, escalas de calificación) en un número más pequeño de escalas resumidas, llamadas “factores”. Es decir, busca y define los constructos o dimensiones fundamentales, posibilitando interpretar las relaciones entre estos y determinar subconjuntos claramente diferenciados de variables que guarden relación entre si y que no se sobrepongan con los de otros subconjuntos (Kerlinger & Lee, 2002; Martínez, 1995).

RESULTADOS

Análisis de la validez factorial

Como anteriormente se señaló, en un primer momento se analizó la agrupación de los ítems de acuerdo a los factores propuestos en las validaciones de cada uno de los instrumentos para analizar su agrupación conceptual y si era necesario su reubicación en algún otro factor.

Posteriormente, los ítems y los factores fueron aceptados o descartados según la saturación de los ítems y el Alfa de Cronbach de los factores. La saturación fue diferente en cada factor, dependiendo de las cargas ponderales mostradas en cada uno de ellos, ya que ésta no era constante en todos los ítems de cada uno de los factores. El criterio mínimo de saturación en cada ítem, de acuerdo a Yela (1997), debía ser igual o mayor a 0.40, para la presente investigación el criterio mínimo de inclusión de ítems fue más alto, de 0.50, y en algunos casos fue de 0.60 ó 0.70, dependiendo las cargas mostradas por los ítems en cada factor, esto con la finalidad de llevar a cabo una reducción en la cantidad de ítems en cada factor, verificando que los ítems seleccionados verdaderamente cumplieran con los demás criterios para realizar una adecuada validez factorial. Posteriormente se llevó a cabo una revisión de los factores e ítems de acuerdo a los criterios expuestos por Yela (1997), para verificar que los factores derivados contaban con los requerimientos necesarios para ser retomados en la estructura del instrumento derivado, los cuales son:

1. Un ítem se incluye en un solo factor, aquél en el que presente un mayor nivel de saturación.
2. Debe existir una congruencia conceptual entre todos los ítems que se incluyen en un factor.

3. Un factor, para ser considerado como tal, debe estar compuesto de al menos tres ítems.

En cuanto al coeficiente Alfa de Cronbach, el criterio requerido para aceptar un factor debía ser mayor o igual a 0.60.

Una vez teniendo los factores y sus respectivos ítems, se agruparon en dos dimensiones de evaluación (ver Anexo 1), una que evalúa signos y síntomas de los TCA y otra que evalúa factores asociados a los TCA, como influencias socioculturales y rasgos de la personalidad.

A partir de este procedimiento se suscitaron distintas problemáticas:

1. En cuanto al factor Insatisfacción Corporal, al contar con una gran cantidad de ítems iniciales (36), en una primera instancia se realizó un análisis factorial interno para dicho factor, obteniendo una estructura de 10 componentes con un Alfa de Cronbach total de $\alpha=0.61$. En un segundo análisis factorial, implementando la rotación VARIMAX y forzando a una estructura de 3 componentes, previendo que debido a la gran cantidad de ítems pudiéramos derivar más de un factor para dicha agrupación. Fueron obtenidos 3 factores relacionados con insatisfacción corporal, siendo elegido el primer factor ya que poseía la mayor Alfa de Cronbach de las 3 agrupaciones obtenidas (0.86, en comparación con 0.69 y 0.71), además de ser la agrupación en la que sus reactivos conceptualmente estaban más relacionados respecto a la insatisfacción corporal. Posteriormente, retomando los criterios de inclusión anteriormente expuestos, se obtuvo un factor que cumplía con los criterios de congruencia conceptual, con un Alfa de Cronbach de 0.85 y una reducción en la cantidad de ítems para dicho factor.

- Solamente se hizo una excepción para el factor Conductas Compensatorias para no ser descartado, ya que el alfa que presentó fue muy cercano al 0.60 ($\alpha=0.59$), además de que se considera un constructo importante en los TCA.

Finalmente, de los 212 ítems, 149 fueron eliminados, por lo tanto se obtuvieron 63 ítems agrupados en 2 dimensiones, que obtuvieron un alfa de Cronbach total de 0.73. Los factores seleccionados y sus respectivos ítems se presentan más adelante en este apartado, y los factores y/o ítems descartados se presentan en el Anexo 2.

Dimensión 1: Síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Comprende aquellos ítems relacionados con la sintomatología y conductas características de los trastornos de la conducta alimentaria. Estaba constituida por 8 factores, de los cuales 2 fueron rechazados (Preocupación por el Peso y Restricción Alimentaria) ya que poseían un Alfa de Cronbach menor a 0.60 ($\alpha=0.55$ y $\alpha=0.44$ respectivamente), quedando constituida por 6 factores y 33 ítems, cuyos coeficientes Alfa de Cronbach pueden apreciarse en la Tabla 1-R. El Alfa de Cronbach de esta primera dimensión es de 0.87.

TABLA 1-R

DIMENSIÓN	FACTORES	No. ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
Síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria $\alpha=0.87$	Motivación para adelgazar	3	0.66
	Insatisfacción corporal	9	0.85
	Preocupación por la comida	4	0.60
	Atracón alimentario	7	0.70
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	5	0.64
	Conductas compensatorias	5	0.59
	TOTAL	33	0.87

Tabla 1-R. Factores y No. de ítems agrupados por factor en la primera dimensión: Síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Motivación para adelgazar

Los ítems seleccionados hacen referencia a la preocupación por la figura y el aumento de peso. El factor estaba compuesto por 8 ítems, de los cuales 5 fueron rechazados (CIMEC 22; EAT 25, 37; EDI 7, 32) debido a que mostraban una carga ponderal menor a 0.60, quedando compuesto por 3 ítems. Además, al ser rechazados dichos reactivos, el Alfa de Cronbach obtenida incremento de $\alpha=0.53$ de $\alpha=0.66$ (Tabla 2-R).

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
BSQ-2	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	0.698
BSQ-4	¿Has tenido miedo a engordar?	0.687
BSQ-34	¿La preocupación por tu figura te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio para adelgazar?	0.700

TABLA 2-R. Reactivos agrupados en el factor Motivación para adelgazar.
C.P.= Carga ponderal.

Insatisfacción corporal

Los ítems seleccionados hacen referencia al desconcierto que puede existir hacia la propia apariencia física y el tener grasa en el cuerpo o en partes específicas, como el abdomen y la cintura, además de la preocupación que pueda traer al estar en público. El factor estaba compuesto por 12 reactivos, de los cuales 3 fueron rechazados (BSQ 1, 5, 13) debido a que sus cargas ponderales mostraron ser menores a 0.60, quedando compuesto por 9 ítems. El Alfa de Cronbach obtenida fue de $\alpha=0.85$ (Tabla 3-R).

TABLA 3-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
BSQ-7	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	0.646
BSQ-18	¿Has evitado ir a eventos sociales (p ej. una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	0.712
BSQ-19	¿Te has sentido excesivamente gordo o robusto?	0.729
BSQ-20	¿Te has sentido acomplejado por tu cuerpo?	0.676
BSQ-24	¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o tu estomago?	0.724
BSQ-27	Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (p. ej. sentándote en un sofá o en el autobús)?	0.735
BSQ-29	Verte reflejado en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentir mal con tu figura?	0.669
BSQ-30	¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tienes?	0.661
BSQ-33	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	0.618

TABLA 3-R. Reactivos agrupados en el factor Insatisfacción corporal.
C.P.= Carga ponderal.

Preocupación por la comida

Los ítems seleccionados hacen referencia a ideas obsesivas relacionadas con la ingestión alimentaria y el control sobre ella. Este factor estaba compuesto por 13 ítems, de los cuales 9 fueron eliminados al mostrar cargas ponderales menores a 0.50 (CIMEC 40; EAT 3, 9, 38; BULIT 2, 10, 13; EDI 1, 64), quedando compuesto por 4 ítems, incrementando el Alfa de Cronbach de $\alpha=0.44$ a $\alpha=0.60$ (Tabla 4-R)

TABLA 4-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
EAT-6	Me preocupo mucho por la comida	0.625
EAT-31	Siento que los alimentos controlan mi vida	0.627
EAT-34	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	0.555
BULIT-28	Creo que la comida controla mi vida	0.573

TABLA 4-R. Reactivos agrupados en el factor Preocupación por la comida.
C.P.= Carga ponderal.

Atracón alimentario

Los ítems seleccionados hacen referencia a episodios de sobreingestión alimentaria y si ésta se presenta en ausencia del apetito, así como considerarse un comedor compulsivo. El factor estaba constituido por 17 ítems, de los cuales 10 fueron eliminados (EAT 7; BULIT 1, 6, 11, 31; EDI 5, 28, 38, 46, 61) al mostrar una

carga ponderal menor a 0.50, quedando compuesto por 7 ítems, incrementando el Alfa de Cronbach de $\alpha=0.68$ a $\alpha=0.70$ (Tabla 5-R).

TABLA 5-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
BULIT-3	¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podrías explotar?	0.606
BULIT-4	¿Te autodenominarías actualmente un tragón?	0.599
BULIT-8	Como hasta sentirme demasiado cansado para continuar comiendo	0.521
BULIT-12	¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?	0.522
BULIT-17	Como mucho incluso cuando no estoy hambriento	0.584
BULIT-24	Me podría llamar, actualmente, un “comedor compulsivo” (episodios de ingesta incontrolada)	0.535
BULIT-35	¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?	0.520

TABLA 5-R. Reactivos agrupados en el factor Atracón alimentario.
C.P.= Carga ponderal.

Sentimientos negativos posteriores al atracón

Los ítems seleccionados hacen referencia a los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas de incomodidad que surgen después de un atracón alimentario. El factor estaba constituido por 11 ítems, de los cuales 6 fueron eliminados (EAT 14; BULIT 16, 23, 26; BSQ 6; EDI 11) al mostrar una carga ponderal menor a 0.50, quedando compuesto por 5 ítems y con un Alfa de Cronbach de $\alpha=0.64$ (Tabla 6-R).

TABLA 6-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
EAT-36	Me siento incómodo después de comer dulces	0.561
BULIT-14	Me siento mal conmigo mismo después de comer demasiado	0.559
BULIT-20	Me siento triste o deprimido después de comer más de lo que había planeado comer	0.605
BULIT-29	Me siento deprimido inmediatamente después de comer demasiado	0.627
BSQ-17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo?	0.624

TABLA 6-R. Reactivos agrupados en el factor Sentimientos negativos posteriores al atracón.
C.P.= Carga ponderal.

Conductas compensatorias

Los ítems seleccionados hacen referencia a la implementación de conductas enfocadas a compensar la sobreingestión calórica posterior al atracón, específicamente de tipo purgativo, como el vómito y el uso de laxantes y/o diuréticos. Este factor estaba compuesto por 12 ítems, de los cuales 7 fueron eliminados al mostrar cargas ponderales menores a 0.50 (EAT 13, 16, 22, 28, 40; BULIT 30; EDI 53), quedando compuesto por 5 ítems, aumentando el Alfa de Cronbach de $\alpha=0.44$ a $\alpha=0.59$ (Tabla 7-R). Cabe reafirmar que debido a que este constructo ha tenido importancia en los TCA en hombres se hizo una excepción en mantenerlo, ya que el alfa que presentó fue muy cercana al 0.60 (0.59).

TABLA 7-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
BULIT-7	Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso	0.659
BULIT-15	¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	0.532
BULIT-27	¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?	0.589
BULIT-34	Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso	0.574
BSQ-26	¿Has vomitado o has consumido laxantes para sentirte más delgado?	0.572

TABLA 7-R. Reactivos agrupados en el factor Conductas compensatorias.
C.P.= Carga ponderal.

Dimensión 2: Factores Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Comprende aspectos involucrados en el padecimiento o desarrollo de un TCA, como pueden ser la internalización de un modelo estético corporal a partir de las influencias socioculturales, y rasgos de la personalidad que pueden actuar como factores predisponentes o mantenedores de los TCA. Estaba constituida por 9 factores, de los cuales 2 fueron rechazados (Identificación interoceptiva y Perfeccionismo), ya que poseían un Alfa de Cronbach menor a 0.60 ($\alpha=0.39$ y $\alpha=0.57$, respectivamente), quedando constituida por 7 factores y 30 ítems, cuyos coeficientes Alfa de Cronbach se aprecian en la Tabla 8-R. El Alfa de Cronbach de esta segunda dimensión es de 0.64.

TABLA 8-R

DIMENSIÓN	FACTORES	No. ÍTEMS	Alfa de Cronbach (α)
Factores Asociados a los Trastornos de la Conducta alimentaria α=0.64	Influencia de la publicidad	7	0.82
	Influencia de los modelos sociales	5	0.71
	Influencia de las relaciones sociales	3	0.68
	Influencia de la figura musculosa	4	0.66
	Miedo a madurar	4	0.60
	Ineficacia	3	0.73
	Desconfianza interpersonal	4	0.69
	TOTAL	30	0.64

Tabla 8-R. Factores y No. de ítems agrupados por factor en la segunda dimensión: Factores Asociados a los Trastornos de la Conducta alimentaria.

Influencia de la publicidad

Los ítems seleccionados hacen referencia a productos, artículos, libros y métodos de adelgazamiento a partir de los medios de comunicación, así como la angustia que pueden producir en uno la ingestión calórica, el control de peso y la apariencia física. Este factor estaba compuesto por 8 ítems, de los cuales 1 fue eliminado al mostrar carga ponderal menor a 0.60 (CIMEC 35), quedando compuesto por 7 ítems y con un Alfa de Cronbach de $\alpha=0.82$ (Tabla 9-R).

TABLA 9-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-6	¿Llaman tu atención los anuncios de televisión de productos adelgazantes?	0.623
CIMEC-9	¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	0.645
CIMEC-15	¿Laman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	0.727
CIMEC-21	¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	0.704
CIMEC-23	¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?	0.721
CIMEC-26	¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?	0.692
CIMEC-28	¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	0.736

TABLA 9-R. Reactivos agrupados en el factor Influencia de la publicidad. C.P.= Carga ponderal.

Influencia de los modelos sociales

Los ítems seleccionados hacen referencia a los sentimientos producidos por los modelos estéticos corporales, específicamente en cuanto a delgadez y

musculatura, tanto en los medios de comunicación como en la vida cotidiana. Este factor estaba compuesto por 8 ítems, de los cuales 3 fueron eliminados al mostrar cargas ponderales menores a 0.60 (CIMEC 3, 31, 39), quedando compuesto por 5 ítems, y con un Alfa de Cronbach de $\alpha=0.71$ (Tabla 10-R).

TABLA 10-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-1	Cuando estás viendo una película ¿miras a los actores fijándote especialmente en si son gordos o delgados?	0.656
CIMEC-4	¿Envidias el cuerpo de gimnastas, nadadores u otros deportistas?	0.626
CIMEC-12	Cuando vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	0.672
CIMEC-16	¿Envidias la musculatura de algunos actores?	0.673
CIMEC-34	¿Crees que los muchachos y jóvenes delgados son más aceptados por los demás que los que no lo son?	0.612

TABLA 10-R. Reactivos agrupados en el factor Influencia de los modelos sociales.

C.P.= Carga ponderal.

Influencia de las relaciones sociales

Los ítems seleccionados hacen referencia a la influencia que pueda existir, tanto en la familia como en personas cercanas a uno, respecto a actividades y productos adelgazantes. Este factor estaba compuesto por 9 ítems, de los cuales 6 fueron eliminados al mostrar cargas ponderales menores a 0.60 (CIMEC 2, 7, 19, 24, 27, 30), quedando compuesto por 3 ítems, obteniendo un Alfa de Cronbach de $\alpha=0.68$ (Tabla 11-R).

TABLA 11-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-10	¿Habras con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	0.647
CIMEC-14	¿Comentas a tus amigos y compañeros los anuncios y productos destinados a adelgazar?	0.695
CIMEC-32	¿Habras con tus amigos y compañeros acerca de productos o actividades adelgazantes?	0.633

TABLA 11-R. Reactivos agrupados en el factor Influencia de las relaciones sociales.

C.P.= Carga ponderal.

Influencia de la figura musculosa

Los ítems seleccionados hacen referencia al impacto que puede tener la influencia de las personas con cuerpos musculosos y la ansiedad generada al autocompararse desfavorablemente sobre la iniciativa de aumentar la musculatura. Este factor estaba constituido por 14 ítems, de los cuales 10 fueron eliminados (CIMEC 17, 29, 33, 36, 38; BSQ 8, 10, 25, 28, 32) al mostrar una carga ponderal menor a 0.60, quedando compuesto por 4 ítems, incrementando el Alfa de Cronbach de $\alpha=0.36$ a $\alpha=0.66$ (Tabla 12-R).

TABLA 12-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
BSQ-9	Estar con chicos musculosos y/o atléticos ¿te ha hecho fijarte en tu figura?	0.628
BSQ-16	¿Te has imaginado con un cuerpo atlético o musculoso?	0.631
BSQ-21	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho hacer ejercicio para aumentar tu musculatura?	0.680
BSQ-23	¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de ejercicio?	0.629

TABLA 12-R. Reactivos agrupados en el factor Influencia de la figura musculosa.

C.P.= Carga ponderal.

Miedo a madurar

Los ítems seleccionados hacen referencia al deseo de permanecer en la seguridad de la infancia. Este factor estaba constituido por 8 ítems, de los cuales 4 fueron eliminados (EDI 22, 35, 39, 58) al mostrar una carga ponderal menor a 0.50, quedando compuesto por 4 ítems, incrementando el Alfa de Cronbach de $\alpha=0.38$ a $\alpha=0.60$ (Tabla 13-R).

TABLA 13-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
EDI-3	Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia	0.565
EDI-6	Me gustaría tener menos edad	0.594
EDI-14	El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño	0.677
EDI-48	Pienso que las personas son más felices cuando son niños	0.670

TABLA 13-R. Reactivos agrupados en el factor Miedo a madurar.

C.P.= Carga ponderal.

Ineficacia

Los ítems seleccionados hacen referencia a los pensamientos y sentimientos de seguridad, inseguridad y falta de control sobre la propia vida. Este factor estaba constituido por 10 ítems, de los cuales 7 fueron eliminados (EDI 10, 18, 20 24, 27, 41, 56) al mostrar una carga ponderal menor a 0.70, quedando compuesto por 3 ítems, incrementando el Alfa de Cronbach de $\alpha=0.59$ a $\alpha=0.73$ (Tabla 14-R).

TABLA 14-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
EDI-37	Me siento seguro de mi mismo	0.770
EDI-42	Pienso que puedo alcanzar mis metas	0.791
EDI-50	Pienso que soy una persona útil	0.722

TABLA 14-R. Reactivos agrupados en el factor Ineficacia.
C.P.= Carga ponderal.

Desconfianza interpersonal

Los ítems seleccionados hacen referencia a los pensamientos de uno en relación a expresar sentimientos y confianza hacia otras personas. Este factor estaba constituido por 7 ítems, de los cuales 3 fueron eliminados (EDI 30, 34, 54) al mostrar una carga ponderal menor a 0.60, quedando compuesto por 4 ítems, incrementando el Alfa de Cronbach de $\alpha=0.64$ a $\alpha=0.69$ (Tabla 15-R).

TABLA 15-R

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
EDI-15	Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos	0.722
EDI-17	Confío en los demás	0.671
EDI-23	Me comunico fácilmente con los demás	0.712
EDI-57	Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales	0.712

TABLA 15-R. Reactivos agrupados en el factor Desconfianza Interpersonal.
C.P.= Carga ponderal.

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo la finalidad de estructurar un instrumento para evaluar sintomatología de TCA en hombres, además de abarcar de forma bidimensional aspectos que comprenden a los mismos como influencias publicitarias e individuales de índole cognitivo, evaluando su confiabilidad y validez factorial, el cual llamamos Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria para Hombres (ITCAH).

El análisis de confiabilidad del ITCAH mostró un coeficiente alpha de Cronbach de $\alpha = 0.73$, lo cual indica que tiene una adecuada consistencia interna. La validez factorial se derivó aplicando el análisis factorial por constructo. Se decidió retomar la estructuración de factores a partir de las validaciones previas de cada instrumento para así lograr una congruencia conceptual en los ítems de cada factor.

A partir del análisis factorial se redujeron de 17 a 13 factores que, como antes se mencionó, se agruparon en 2 dimensiones.

PRIMERA DIMENSIÓN: COMPONENTES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La primera dimensión de evaluación, la cual presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.87, contempla 6 factores y 33 ítems.

El primer factor, **MOTIVACIÓN PARA ADELGAZAR**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.66, muestra ser relevante como un constructo de evaluación presente en diversos instrumentos que evalúan TCA tanto en hombres como en mujeres, estando presente en la validación del EAT en mujeres mexicanas de Álvarez et al. (2004), al igual que en la validación de Saucedo

(2004) en hombres mexicanos, y en la validación del EDI en mujeres mexicanas de Mancilla et al. (2003) y en hombres mexicanos de Franco et al. (Manuscrito sometido para su publicación). Los 3 ítems seleccionados en el factor Motivación para adelgazar del ITCAH provienen del factor Malestar con la imagen corporal de la validación del BSQ en mujeres mexicanas realizada por Galán (2004) (2, 4 y 34 del BSQ), los cuales conceptualmente hacen referencia al miedo a engordar y la preocupación por la figura, así como la motivación en llevar a cabo una dieta o hacer ejercicio, tales como “¿Has tenido miedo a engordar?” y “¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?”.

Si bien la motivación para adelgazar ha mostrado ser un factor de riesgo para el aumento en la insatisfacción corporal junto con las críticas hacia el peso corporal (Field et al., 2001; Groez et al., 2002; Paxton, Eisenberg et al., 2006; Stice & Whitenton, 2002; Wertheim et al., 1992) en ambos sexos (De la Serna, 2002; Devlin & Zhu, 2001; Toro, 1996), hay investigaciones que revelan que en los hombres es menos frecuente esta tendencia en cuanto a presentar un cuerpo delgado (Serdula, 1993; Ricciardelli & McCabe, 2001; Wood et al., 1996) ya que sólo van encaminados hacia una motivación y no a la acción, en comparación con los que desean aumentar de peso en términos de masa muscular (Stanford & McCabe, 2002; Vázquez et al., 2002; Edwards & Launder, 2000; Pope et al., 2000; Gómez et al., 2000), no obstante, la posible tendencia hacia la pérdida de peso corporal en los hombres hace necesario contemplar este factor en el diagnóstico e investigación de los TCA.

El segundo factor, **INSATISFACCIÓN CORPORAL**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.85, también ha sido relevante en la evaluación de los TCA tanto en hombres como en mujeres, estando presente en diversos instrumentos, como en la validación del EDI en mujeres mexicanas de Mancilla et al. (2003) y en hombres de Franco et al. (Manuscrito sometido para su publicación). Cabe

destacar que todos los ítems seleccionados para el factor Insatisfacción corporal del ITCAH provienen, como en el factor Motivación para adelgazar, de la validación del BSQ en mujeres mexicanas de Galán (2004), el ítem 24 del factor Malestar con la imagen corporal, los ítems 7, 18, 19, 27 del factor Insatisfacción corporal, además de los ítems 20, 29, 30, 33 del BSQ que no estaban contemplados en dicha validación. Los ítems del factor Insatisfacción corporal del ITCAH se enfocan a la gordura o robustez de algunas partes del cuerpo, además de sentimientos de incomodidad al estar con otras personas cuando está presente algún malestar o insatisfacción corporal, por ejemplo “¿Te has pellizado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tienes?” y “¿Has evitado ir a eventos sociales (p. ej. una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?”.

Además, la literatura internacional ha mostrado que la insatisfacción corporal es un constructo relevante en el desarrollo de los TCA, no sólo en las mujeres, sino que en los hombres también ha manifestado ser importante en relación a estas psicopatologías alimentarias, sobresaliendo como un iniciador y mantenedor (Afifi-Soweid et al., 2002; De la Serna, 2002; Devlin & Zhu, 2001; Olivardia et al., 2000; O'Brien et al., 2007; Toro, 1996; Wichstrom, 1995), donde las creencias socioculturales e ideológicas respecto de un ideal corporal muestran una influencia importante en las actitudes referentes a la apariencia física (Bagley et al., 1989; Brownell et al., 2005; Crandall, 1991; Crandall et al., 2001; Keery et al., 2004; Heinberg & Thompson, 1992; Jones, 2004; Muris et al., 2005; Thompson et al., 1999; Thompson, Heinberg & Tantleff-Dunn, 1991; Neumark-Sztainer et al., 1999; Puhl & Brownell, 2001; Rand & MacGregor, 1990; Roehling, 1999). Esto hace importante la inclusión de aspectos que refieran al desconcierto hacia la apariencia física y el tener grasa en el cuerpo, además de la preocupación que éstos puedan traer al estar en público como puntos para la evaluación de una patología alimentaria.

El tercer factor, **PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.60, ha mostrado ser relevante en la detección de los TCA, principalmente en la Anorexia Nerviosa, estando presente en validaciones de instrumentos como en el EAT en mujeres mexicanas de Álvarez et al. (2004). En este factor del ITCAH se incluyen los ítems 6, 31 y 34 del EAT, los cuales no se contemplan en la validación en México en población masculina de Saucedo (2004), solamente en la validación en mujeres de Álvarez et al. (2004) en el factor Motivación para adelgazar (ítem 6) y preocupación por la comida (ítems 31 y 34). En cuanto al ítem 28 del BULIT, también incluido en este factor, está presente en el factor Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación de la validación en mujeres mexicanas de Álvarez (2000) y el factor Conductas compensatorias en la validación en hombres de Saucedo (2004).

Es así que el factor Preocupación por la comida del ITCAH contempla aspectos referentes a los pensamientos y sensaciones angustiantes en torno a la ingestión alimentaria, tales como “Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida” y “Siento que los alimentos controlan mi vida”.

Es importante mencionar que la preocupación por la ingestión alimentaria llega a ser diferente en mujeres y hombres, ya que las primeras enfocan dicha preocupación hacia la restricción de alimentos, evitando principalmente los que presentan altos niveles de grasa y carbohidratos para evitar la ganancia de peso corporal y con ello el aumento en los niveles de grasa, mientras que los hombres se inclinan primordialmente hacia la obtención de masa muscular (Gómez et al., 2000; Pope et al., 1993), pudiendo aumentar la ingestión de alimentos altos en proteínas. No obstante, y como las preguntas de este factor indican, no debemos descartar que algunos de ellos puedan estar preocupados por los alimentos que ingieren y que logre repercutir en el aumento de peso y grasa corporal, generando pensamientos angustiantes referentes a la ingestión alimentaria.

El cuarto factor, **ATRACÓN ALIMENTARIO**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.70, ha mostrado ser relevante en la sintomatología y detección de la Bulimia Nerviosa tanto en hombres como en mujeres (American Psychiatric Association, 1994; Costin, 2002; Mancilla, Franco, Álvarez, López, Vázquez & Ocampo, 2004), estando presente en validaciones como la del BULIT en mujeres mexicanas de Álvarez (2000) y en hombres mexicanos de Valdez (2007). En este factor del ITCAH se mantienen los ítems 3, 4, 8, 12, 17, 24 y 35 del BULIT, todos contemplados en el factor Atracón de la validación de Álvarez (2000) en mujeres mexicanas; en cuanto a la validación de Valdez (2007) en hombres mexicanos, sólo los ítems 12 y 35 no están presentes. Los ítems seleccionados refieren a episodios de sobreingestión alimentaria, así como a considerarse un comedor compulsivo, por ejemplo “Como hasta sentirme demasiado cansado para continuar comiendo” y “Me podría llamar, actualmente, un “comedor compulsivo” (episodios de ingestión incontrolada)”.

Este factor ha sido de los más relevantes en la investigación de TCA en hombres, principalmente en la sintomatología de Bulimia Nerviosa y en el Trastorno por Atracón siendo mayor el porcentaje de este último (Fichter & Krenn, 2003). Además, cuando hablamos de atracón en los hombres, debemos considerar que en ellos comer en exceso puede no ser considerado como una ingestión excesiva (Franco, Tamburrino, Carroll & Bernal, 1988) debido a las normas y a las expectativas culturales que se tienen sobre ellos en torno a la alimentación. También hay que mencionar que la mayoría de los estudios sobre atracón revelan que son más frecuentes en personas con obesidad, sin embargo hay estudios que muestran que la prevalencia de este síntoma no siempre se relaciona con el sobrepeso (Telch & Agras, 1994; Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fainburn, 2000; Yanovski, Nelson, Dubbert & Spitzer, 1993), o que también el grado de los atracones puede variar en función del grado de obesidad (Brody, 1997; Brody, Walsh & Devlin, 1994).

Además, debemos tener en cuenta si la presencia de los atracones en los hábitos alimentarios de los individuos ha de considerarse problemático en función de si afecta la vida diaria de los mismos, por lo tanto resulta importante contar con un constructo que evalúe el atracón en los hombres y ayude a diferenciar entre lo patológico y lo normativo en cuanto a la ingestión alimentaria.

El quinto factor, **SENTIMIENTOS NEGATIVOS POSTERIORES AL ATRACÓN**, el cual tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.64, ha mostrado ser un elemento importante en la sintomatología de TCA, ya que es el mediador entre la presencia de atracones y las conductas compensatorias. Este factor ha sido considerado en otros instrumentos, como en la validación del BULIT en mujeres mexicanas de Álvarez (2000) y en hombres mexicanos de Valdez (2007). En este factor del ITCAH se incluyen el ítem 36 del EAT, el cual se encuentra en el factor Estilos alimentarios de la validación del EAT en México en población masculina realizada por Saucedo (2004); los ítems 14, 20 y 29 del BULIT, todos presentes en el factor Sentimientos negativos posteriores al atracón en la validación del BULIT de Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000) en mujeres mexicanas. En la validación en México del BULIT en hombres mexicanos (Valdez, 2007) sólo se encuentran los ítems 14 y 29 dentro del factor Sentimientos Negativos posteriores al Atracón. En cuanto al ítem 17 del BSQ, también incluido en este factor del ITCAH, se retomó del factor Malestar con la imagen corporal de la validación del BSQ de Galán (2004) en mujeres mexicanas.

A partir de estos ítems el factor refiere sobre pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas posteriores al atracón alimentario, tales como “Me siento mal conmigo mismo después de comer demasiado” y “Me siento triste o deprimido después de comer más de lo que había planeado comer”. Es propicio mencionar que, como consecuencia de los sentimientos negativos generados por el atracón y para evitar ganar peso, los individuos recurren a comportamientos compensatorios que provocan graves daños en la salud, los cuales son generados a partir de la

culpa ante la sobreingestión de alimentos, principalmente los que presentan altos niveles de carbohidratos y grasas. Resulta interesante que este factor se recuperara para varones, porque culturalmente no se espera que ellos se sientan mal por “comer demasiado”.

El sexto factor **CONDUCTAS COMPENSATORIAS**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.59, también está contemplado en la validación el BULIT en mujeres mexicanas de Álvarez (2000) y en hombres mexicanos de Valdez (2007), siendo importante resaltar que dichas conductas han mostrado relevancia en los estudios sobre TCA y, correspondiendo a los datos obtenidos en la presente investigación, parece ser más frecuente el uso de laxantes y diuréticos como el método principal de control de peso corporal en los hombres (Mancilla et al., 2004). Este factor del ITCAH incluye los ítems 7, 15, 27 y 34 del BULIT, todos incluidos en el factor Conductas compensatorias en la validación del BULIT de Álvarez et al. (2000) en mujeres mexicanas y de Valdez (2007) en hombres mexicanos. En cuanto al ítem 26 del BSQ, también incluido en este factor del ITCAH, se retomó del factor Insatisfacción corporal de la validación del BSQ de Galán (2004) en mujeres mexicanas.

Es así que el factor Conductas compensatorias del ITCAH nos refiere acerca de la implementación de aquellas conductas que tienen por objetivo compensar la sobreingestión alimentaria y que principalmente son de tipo purgativo, como el vómito y el abuso de laxantes y diuréticos, tales como “¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?” y “Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso”.

Aunque los 5 instrumentos utilizados aportaron preguntas a los 6 factores propuestos en la primera dimensión (Tabla 1-D), es importante resaltar que el BSQ ha mostrado ser un instrumento importante en la evaluación de los TCA, el

cual se ha adaptado a población masculina y, así como en esta investigación, ha mostrado ser relevante en el estudio de los TCA en hombres.

TABLA 1-D

FACTORES E ÍTEMS (ITCAH)	INSTRUMENTO	VALIDACIÓN	FACTOR	ÍTEMS
Motivación para adelgazar BSQ: 2, 4, 34	BSQ	Galán (2004) México mujeres	Malestar con la imagen corporal	2, 4, 34
Insatisfacción corporal BSQ: 7, 18, 19, 20, 24, 27, 29, 30, 33	BSQ	Galán (2004) México mujeres	Insatisfacción corporal	7, 18, 19, 27
Preocupación por la comida EAT: 6, 31, 34 BULIT: 28	EAT	Álvarez et al. (2004) México en Mujeres	Preocupación por la comida	31, 34
	BULIT	Álvarez et al. (2000) México en Mujeres	Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación	28
Atracón alimentario BULIT: 3, 4, 8, 12, 17, 24, 35	BULIT	Álvarez et al. (2000) México en Mujeres	Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación	3, 4, 8, 12, 17, 24, 35
		Valdez (2007) México en hombres	Atracón	3, 4, 8, 17, 24
Sentimientos negativos posteriores al atracón EAT: 36 BULIT: 14, 20, 29 BSQ: 17	EAT	Saucedo (2004) México en hombres	Estilos alimentarios	36
	BULIT	Álvarez et al. (2000) México en Mujeres	Sentimientos negativos después de una sobreingesta	14, 20, 29
		Valdez (2007) México en hombres	Sentimientos negativos posteriores al atracón	14, 29
	BSQ	Galán (2004) México mujeres	Malestar con la imagen corporal	17
Conductas compensatorias BULIT: 7, 15, 27, 34	BULIT	Álvarez et al. (2000) México en Mujeres	Conductas compensatorias	7, 15, 27, 34
		Valdez (2007) México en hombres	Conductas compensatorias	7, 15, 27

Tabla 1-D. Comparación de los factores e ítems de las validaciones previas en México con los factores del ITCAH de la primera dimensión.

SEGUNDA DIMENSIÓN: FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dentro de la segunda dimensión de evaluación, la cual presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.64, contempla 7 factores y 30 ítems.

El primer factor, **INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.82, también está contemplado en la validación del CIMEC en mujeres mexicanas de Vázquez et al. (2000) y en hombres mexicanos de

Velázquez (2003); incluye los ítems 6, 9, 15, 21, 23, 26 y 28 del CIMEC, todos presentes en el factor Influencia de la publicidad en las validaciones de Vázquez et al. (2000) en mujeres mexicanas y de Velázquez (2003) en hombres mexicanos, enfocados hacia la influencia de los medios publicitarios en relación con los productos, artículos y métodos de adelgazamiento que ahí se muestran, además de los sentimientos angustiantes ante la ingestión calórica y la apariencia física, por ejemplo “¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?” y “¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?”.

El segundo factor, **INFLUENCIA DE LOS MODELOS SOCIALES**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.71, también está contemplado en la validación del CIMEC en mujeres mexicanas de Vázquez et al. (2000); incluye los ítems 1, 4, 12, 16 y 34 del CIMEC, de los cuales los ítems 1, 4 y 12 están presentes en el factor Influencia de los modelos estéticos corporales y el ítem 16 en el factor Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso en la validación de Vázquez et al. (2000) en mujeres mexicanas, destacando que el ítem 16 fue modificado para varones y por lo tanto no refiere o evalúa el mismo aspecto en hombres y mujeres. En tanto que en la validación de Velázquez (2003) en hombres mexicanos los ítems 1, 12 y 34 se encuentran en el factor Influencia de la figura delgada y el ítem 16 en el factor Influencia de la figura musculosa, además de incluirse el ítem 4 que no se contempla en ninguna de las dos validaciones del CIMEC. Los ítems seleccionados nos refieren a los sentimientos producidos por los modelos estéticos corporales, por ejemplo “Cuando estás viendo una película ¿miras a los actores fijándote especialmente en si son gordos o delgados?” y “¿Crees que los muchachos y jóvenes delgados son más aceptados por los demás que los que no lo son?”.

El tercer factor, **INFLUENCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.68, también está contemplado en la validación

del CIMEC en mujeres mexicanas de Vázquez et al. (2000) y en hombres mexicanos de Velázquez (2003); incluye los ítems 10, 14 y 32 del CIMEC, de los cuales 14 y 32 se encuentran en el factor Influencia de la publicidad y el ítem 10 en el factor Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso en la validación de Vázquez et al. (2000) en mujeres mexicanas, mientras que en la validación de Velázquez (2003) en hombres mexicanos el ítem 14 se encuentra en el factor Influencia de la publicidad, el ítem 10 en el factor Malestar con la imagen corporal y el ítem 32 que no fue contemplado en dicha validación. A partir de dichos ítems el factor nos habla de la influencia tanto en la familia como en personas cercanas a uno, respecto a actividades y productos adelgazantes, por ejemplo “¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?” y “¿Hablas con tus amigos y compañeros acerca de productos o actividades adelgazantes?”.

El cuarto factor, **INFLUENCIA DE LA FIGURA MUSCULOSA**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.66, también está contemplado en la validación del CIMEC en hombres mexicanos de Velázquez (2003); incluye los ítems 9, 16, 21 y 23 del BSQ, de los cuales el ítem 9 se presenta en el factor Malestar con la imagen corporal y los ítems 16 y 21 en el factor Insatisfacción corporal en la validación de Galán (2004) en mujeres mexicanas, solo el ítem 23 no está contemplado en dicha validación, destacando nuevamente que estos 4 ítems fueron modificados para población masculina.

Este factor refiere al impacto que ejercen los cuerpos musculosos en presentar ansiedad al autocompararse desfavorablemente, además de generar iniciativa de aumentar la musculatura, por ejemplo “Estar con chicos musculosos y/o atléticos ¿te ha hecho fijarte en tu figura?” y “Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho hacer ejercicio para aumentar tu musculatura?”.

Los 4 factores anteriores han mostrado relevancia y relación entre si en el entendimiento de los agentes culturales, específicamente los publicitarios, inmersos en el desarrollo de los TCA, ya que la literatura nacional e internacional nos han mostrado que la publicidad distribuye toda una gama de influencias respecto a la figura corporal (Sánchez, 2000; Álvarez, 2006), con consecuencias en diversos ámbitos en los que se desarrolla la persona (Pope et al., 1997; Heinberg & Thompson, 1992; Thompson et al., 1991).

En el caso de los hombres, la tendencia hacia la obtención de un ideal musculoso, también fomentado por los medios de comunicación, el cual ha mostrado ser muy alto y demasiado tonificado en términos de masa muscular (Stanford & McCabe, 2002), resulta relevante que sea retomado en la evaluación de los TCA en hombres, ya que la presión que se ejerce sobre ellos está principalmente enfocada hacia este aspecto, propiciando que exista una gran presión respecto a la figura corporal, que tiene como consecuencia el desencadenamiento de casos de TCA (Carbajo et al, 1995; De la Serna, 2001; Holtz & Tena-Suck, 1995; Vírseda, 1995; Nagel & Jones, 1992), donde la principal dolencia se refleja en la insatisfacción corporal y una tendencia irreflexiva en la obtención de masa muscular, aún cuando está presente (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; Baird & Grieve, 2006; Lorenzen et al., 2004; Leit et al., 2002; Edwards & Launder, 2000; Gómez et al., 2000), incurriendo en prácticas negativas hacia la salud como el ejercicio excesivo y el abuso de sustancias para lograr el aumento en la musculatura (Baile, 2003; Pope et al., 2000; Rosen & Gross, 1987).

El quinto factor, **MIEDO A MADURAR**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.60, también está contemplado en la validación del EDI en mujeres mexicanas de Mancilla et al. (2003) y en hombres mexicanos de Franco et al. (Manuscrito sometido para su publicación); incluye los ítems 3, 6, 14 y 48 del EDI, todos presentes en el factor Miedo a madurar en la validación de Mancilla, et al. (2003) en mujeres mexicanas. En cuanto a la validación en hombres mexicanos

(Franco et al., Manuscrito sometido para su publicación), los ítems 3, 6, 48 también se incluyen en el factor Miedo a madurar, solo el ítem 14 no se contempló en dicha validación.

Este factor nos habla del deseo de permanecer en la seguridad de la infancia, por ejemplo “Me gustaría tener menos edad” y “Pienso que las personas son más felices cuando son niños”.

El sexto factor, **INEFICACIA**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.73, también está contemplado en la validación del EDI en mujeres mexicanas de Mancilla et al. (2003) y en hombres mexicanos de Franco et al. (Manuscrito sometido para su publicación); incluye los ítems 37, 42 y 50 del EDI, de los cuales sólo el ítem 50 está presente en el factor Inefectividad de la validación del EDI en mujeres mexicanas de Mancilla et al. (2003), en tanto que en la validación de Franco et al. (Manuscrito sometido para su publicación) ningún ítem fue contemplado.

Los ítems del factor nos refieren acerca pensamientos y sentimientos que tienen que ver con seguridad, inseguridad y autocontrol, por ejemplo “Me siento seguro de mi mismo” y “Pienso que soy una persona útil”.

El séptimo factor, **DESCONFIANZA INTERPERSONAL**, el cual tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.69, también está contemplado en la validación del EDI en mujeres mexicanas de Mancilla et al. (2003) y en hombres mexicanos de Franco et al. (Manuscrito sometido para su publicación); incluye los ítems 15, 17, 23 y 57 del EDI, todos presentes en el factor Desconfianza interpersonal tanto en la validación de Mancilla et al. (2003) en mujeres mexicanas como en la de Franco et al. (Manuscrito sometido para su publicación) en hombres mexicanos.

Este factor refiere pensamientos en relación a expresar sentimientos y confianza hacia otras personas, por ejemplo “Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos” y “Confío en los demás”.

Los últimos 3 factores antes expuestos, los cuales refieren a factores individuales, específicamente de índole cognitivo, tienen como lógica el ser retomados en la evaluación de los TCA bajo la premisa de que éstos se presentan principalmente en la adolescencia, la cual es considerada como una etapa del desarrollo en donde ocurren cambios drásticos a nivel físico, emocional y social.

Para el caso del factor Miedo a madurar, esto tiene sentido ya que las personas pueden llegar a considerarse poco hábiles para enfrentar dichos cambios (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996), experimentando un gran temor a enfrentar los retos que el desarrollo, tanto físico como social, supone, manifestando un miedo a madurar (Stierling, 1998, cit. en Ludewig, 1991; Wilson, 1995, cit. en Álvarez, Franco, Mancilla & Vázquez, 2002), principalmente ante la incertidumbre generada por la insatisfacción con el peso corporal que acompaña al desarrollo de la pubertad y los roles sexuales (Toro, 2004; Wichstrom, 1999, cit. en Thompson & Smolak, 2001).

En cuanto a la desconfianza interpersonal, el presentar alguna psicopatología alimentaria supone la afectación de relaciones familiares, amistades, el ámbito laboral, etc., debido a la desvalorización de la apariencia física (Rosen, 1990), la cual tiene como consecuencia evitar situaciones sociales que generan ansiedad y disminuir las habilidades de interacción social, ya que se pierde la capacidad de responder de forma espontánea a algún acontecimiento imprevisto (Mas & Molinero, 2000), lo cual genera ansiedad social e insatisfacción con sus relaciones interpersonales (Fernández et al. 1996).

Por último, en lo que respecta a la Ineficacia, y debido la etapa cambiante por la que atraviesan las personas durante la adolescencia, llegan a desarrollar dificultades para enfrentar tales situaciones, creando cierta vulnerabilidad para desarrollar un TCA (Garfinkel, Brown & Darby, cit. en Rivero y Vivas, 2001; Mancilla et al., 1999; Killen et al., 1996; Stice & Agras, 1998), interpretando de manera errónea un modelo estético como un ideal corporal (Crispo et al., 1996), desarrollando dificultades en el control de la conducta, tales como un menor control objetivo que se manifiesta en conductas que no conllevan a un control óptimo de sus actos, menor control subjetivo que dificulta tener control de lo que nos rodea debido a la ausencia de confianza en las habilidades propias, y autocontrol en nuestros actos, lo cual lleva a situaciones extremas como la pérdida de control como en los episodios de atracón o un control excesivo como el que se produce en las dietas restrictivas (Rivero & Vivas, 2001).

En la Tabla 2-D se presenta un resumen de los ítems seleccionados para la segunda dimensión, con sus respectivos factores y validaciones de procedencia.

TABLA 2-D

FACTORES E ÍTEM (ITCAH)	INSTRUMENTO	VALIDACIÓN	FACTOR	ÍTEMS
Influencia de la publicidad CIMEC: 6, 9, 15, 21, 23, 26, 28	CIMEC	Vázquez et al. (2000) México en mujeres	Influencia de la publicidad	6, 9, 15, 21, 23, 26, 28
		Velázquez (2003) México en hombres	Influencia de la publicidad	6, 9, 15, 21, 23, 26, 28
Influencia de los modelos sociales CIMEC: 1, 4, 12, 16, 34	CIMEC	Vázquez et al. (2000) México en mujeres	Malestar por la imagen corporal	16
			Influencia de los modelos estéticos corporales	1, 4, 12
		Velázquez (2003) México en hombres	Influencia de la figura delgada	1, 12, 34
			Influencia de la figura musculosa	16
Influencia de las relaciones sociales CIMEC: 10, 14, 32	CIMEC	Vázquez et al. (2000) México en mujeres	Influencia de la publicidad	14, 32
			Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso	10
		Velázquez (2003) México en hombres	Influencia de la publicidad	14
			Malestar con la imagen corporal	10
Influencia de la figura musculosa BSQ: 9, 16, 21, 23	BSQ	Galán (2004) México mujeres	Malestar con la imagen corporal	9
			Insatisfacción corporal	16, 21
Miedo a madurar EDI: 3, 6, 14, 48	EDI	Mancilla et al. (2003) México mujeres	Miedo a madurar	3, 6, 14, 48
		Franco et al. (Manuscrito sometido para su publicación) Hombres mexicanos	Miedo a madurar	3, 6, 48
Ineficacia EDI: 37, 42, 50	EDI	Mancilla et al. (2003) México mujeres	Inefectividad	37, 42, 50
Desconfianza interpersonal EDI: 15, 17, 23, 57	EDI	Mancilla et al. (2003) México mujeres	Desconfianza interpersonal	15, 17, 23, 57
		Franco et al. (Manuscrito sometido para su publicación) Hombres mexicanos	Desconfianza interpersonal	15, 17, 23, 57

Tabla 2-D. Comparación de los factores e ítems de las validaciones previas en México con los factores del ITCAH de la segunda dimensión.

Los coeficientes alpha de Cronbach obtenidos en cada uno de los factores del ITCAH presentan semejanzas y diferencias en cuanto a los factores obtenidos en las validaciones en población mexicana de los distintos instrumentos utilizados para esta investigación (Tabla 3-D).

En lo que respecta a las semejanzas, las podemos encontrar en los factores Motivación para adelgazar del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del

EAT en hombres (0.66 y 0.70, respectivamente), Insatisfacción corporal del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del EDI y CIMEC en mujeres (0.85, 0.79 y 0.86, respectivamente), Atracón alimentario del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del BULIT en hombres (0.70 y 0.72, respectivamente), Sentimientos negativos posteriores al atracón del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del BULIT en hombres (0.64 y 0.61, respectivamente), Conductas compensatorias del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del BULIT en hombres (0.59 y 0.50, respectivamente), Influencia de la publicidad del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del CIMEC en hombres (0.82 y 0.84, respectivamente), Influencia de los modelos sociales del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del CIMEC en mujeres (0.71 y 0.75, respectivamente), Influencia de las relaciones sociales del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del CIMEC en mujeres y hombres (0.68, 0.63 y 0.60, respectivamente), Influencia de la figura musculosa del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del CIMEC en hombres (0.66 y 0.69, respectivamente), Miedo a madurar del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del EDI en hombres (0.60 y 0.58, respectivamente), Ineficacia del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del EDI en hombres (0.73 y 0.73, respectivamente), y Desconfianza interpersonal del ITCAH respecto al mismo factor en la validación del EDI en mujeres y hombres (0.69, 0.69 y 0.68, respectivamente).

TABLA 3-D

Factor	ITCAH	Validación en mujeres mexicanas	Validación en hombres mexicanos
Motivación para adelgazar	0.66	EAT $\alpha=0.85$ EDI $\alpha=0.83$	EAT $\alpha=0.70$ EDI $\alpha=0.77$
Insatisfacción corporal	0.85	EDI $\alpha=0.79$ BSQ $\alpha=0.95$ CIMEC $\alpha=0.86$	EDI $\alpha=0.70$ CIMEC $\alpha=0.71$
Preocupación por la comida	0.60	EAT $\alpha=0.77$	*
Atracón alimentario	0.70	BULIT $\alpha=0.84$	BULIT $\alpha=0.72$
Sentimientos negativos posteriores al atracón	0.64	BULIT $\alpha=0.82$	BULIT $\alpha=0.61$
Conductas compensatorias	0.59	BULIT $\alpha=0.58$	EAT $\alpha=0.49$ BULIT $\alpha=0.50$
Influencia de la publicidad	0.82	CIMEC $\alpha=0.92$	CIMEC $\alpha=0.84$
Influencia de los modelos sociales	0.71	CIMEC $\alpha=0.75$	*
Influencia de las relaciones sociales	0.68	CIMEC $\alpha=0.63$	CIMEC $\alpha=0.60$
Influencia de la figura musculosa	0.66	*	CIMEC $\alpha=0.69$
Miedo a madurar	0.60	EDI $\alpha=0.69$	EDI $\alpha=0.58$
Ineficacia	0.73	EDI $\alpha=0.45$	EDI $\alpha=0.73$
Desconfianza interpersonal	0.69	EDI $\alpha=0.69$	EDI $\alpha=0.68$

Tabla 3-D. Comparación de los coeficientes alfa de Cronbach en los factores del ITCAH respecto a los factores similares en las validaciones previas en población mexicana.

*Factor no presente en dicha validación.

CONCLUSIONES

- ⊙ El Alfa de Cronbach ($\alpha=0.73$) del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria para Hombres (ITCAH) revela que posee una adecuada consistencia interna, ante lo cual no debe descartarse la posibilidad de realizar más estudios para confirmar su utilidad en el diagnóstico e investigación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en hombres.

- ⊙ La organización factorial obtenida muestra una estrecha relación con la información y los criterios referentes de los TCA, evidenciando, dentro de los mismos factores, la sintomatología y rasgos característicos en varones.

- ⊙ El ITCAH quedó conformado por 63 ítems agrupados en 2 dimensiones de evaluación.

- ⊙ La primera, Síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria, la cual obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.87, es la más importante del ITCAH, ya que es la encargada de valorar los principales componentes o síntomas de los TCA.

- ⊙ La segunda, Factores Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la cual obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.64, y tiene como objetivo analizar las influencias socioculturales (Influencia de la publicidad, Influencia de modelos sociales, Influencia de relaciones sociales, Influencia de la figura musculosa) y aspectos individuales de índole cognitivo (Miedo a madurar, Ineficacia, Desconfianza interpersonal).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La muestra de participantes, ya que el ITCAH y su proceso estadístico para la selección de factores e ítems se desarrolló a partir de los datos obtenidos de los 5 instrumentos utilizados, ante lo cual queda pendiente la aplicación del ITCAH con una nueva población y confirmar su utilidad diagnóstica y estadística.

También se sugiere una revisión más detallada de los ítems seleccionados para hacer posible su validación de forma más precisa. La organización de los ítems y los factores en sus respectivas escalas, así como los factores rechazados por sus estadísticos correspondientes, quedan sujetos a más análisis para determinar si la presente estructura es la más adecuada para población masculina mexicana.

Se sugiere la posibilidad de inserción de más constructos de evaluación que han mostrado ser relevantes en el estudio de los TCA en la literatura nacional e internacional, tanto en sintomatología (p. ej. Restricción alimentaria, Perfeccionismo) como en cuestiones de comorbilidad psicopatológica (p. ej. Depresión, Autoestima, Ansiedad, Dinámica familiar, Historia de abuso, por mencionar algunos).

REFERENCIAS

- Affifi-Soweid, A. R., Najem, B. M. & Shediak-Rizkaillan, C. M. (2002). Preoccupation with weight and disordered eating behaviors of entering students at a university in Lebanon. *International Journal Eating Disorder*, 32 (1), 52-57.
- Agliata, D. & Tantleff-Dunn, S. (2004). The impact of media exposure on males body images. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 7-22.
- Allen, C. I. & Masha, Y. I. (2002). Global and dimensional self-esteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: age and gender differences. *International Journal Eating Disorder*, 31 (4), 424-429.
- Álvarez, G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos del comportamiento alimentario: EAT y BULIT. Tesis de maestría. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez, G. (2006). Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas. Tesis de Doctorado. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez, G., Franco, K., Mancilla, J. M. & Vázquez, R. (2002). Evaluación de Trastornos alimentarios en estudiantes mexicanas. En: L. E. Aragón y A. Silva (Eds.). *Evaluación psicológica en el área clínica*. (pp. 175-191). México, Pax.
- Álvarez, G., Mancilla, J. M., Martínez, M. & López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 50-58.
- Álvarez, G., Mancilla, J. M. & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.
- Álvarez, G., Mancilla, J. M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A. & Mercado, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9 (4), 243-248.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Barcelona, Masson.
- Andersen, A. E. (1990). *Males with eating disorders*. New York, Bruner Mazel.
- Andersen, A. E. (1997). Contrastes y comparaciones entre hombres y mujeres con trastorno alimentario: Desafíos para la clínica y la investigación. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes* (pp. 439-460). Madrid, Pirámide.
- Andersen, A. E. (2002). Eating disorders in males. En C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York, Guilford Publications, pp. 188-192.
- Andersen, A. E., Cohn, L. & Holbrook T. (2000). Why today's men are having problems. En: *Making weight: Men's conflicts with food, weight, shape, and appearance*. Carlsbad, CA, Gürze Books, 73-97.
- Andersen, A. E. & Mickalide, A. D. (1983). Anorexia Nervosa in Male: Un Underdiagnosed disorder. *Psychosomatic Medicine*, 24, 12-18.
- Andersen, R. Bartlett, S. Morgan, G. & Brownell, K. (1995). Weight loss, psychological and nutritional patterns in competitive male body builders. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 49-57.
- Bagley, C. R., Conklin, D. N., Isherwood, R. T., Pechiulis, D. R. & Watson, L. A. (1989). Attitudes of nurses toward obesity and obese patients. *Perceptual and Motor Skills*, 68, 954.

- Baile, J. I. (2003). Vigorexia y culto al cuerpo. Alteraciones de la imagen corporal en hombres. Ponencia presentada en el IV Congreso Psiquiatría Virtual. *Psiquiatría*, 5 (2). [En red]. Disponible en: www.psiquiatria.com.
- Baird, A. L. & Grieve, F. G. (2006). Exposure to male models in advertisements leads to a decrease in men's body satisfaction. *North American Journal of Psychology*, 8, 115-121.
- Becker J. R. (1999) El manual de psicología aplicado al ejercicio y al deporte. Porto Alegre, Edelbra.
- Ben-Tovim, D. I., & Walker, M. K. (1991). The development of the Ben-Tovim Walter Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies. *Psychological Medicine*, 21, 775-784.
- Beumont, P.; Schrader, E. & Lennerts, W. (1995). Eating disorder patients at a NSW teaching hospital: A comparison with state-wide data. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 96-103.
- Blumenthal, J. A., O'Toole, L. C. & Chang, J. L. (1980). Is running and analogue of Anorexia Nervosa? An empirical study of obligatory running and Anorexia Nervosa. *Journal American Medicine Association*, 252, 520-523.
- Boroughs, M & Thompson, J. (2002). Exercise status and sexual orientation as moderators of body image disturbance and eating disorders in males. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (5), 307-311.
- Braun, L. D., Sunday, R. S., Huang, A. & Halmi, A. K. (1999). More males Sec treatment for eating disorders. *International Journal Eating Disorders*, 25, 415-424.
- Brody, M. L. (1997). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *Dissertation Abstracts International*, 57, 4696-B.
- Brody, M. L., Walsh, B. T. & Devlin, L. J. (1994). Reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 381-386.
- Brownell, K. D. & Fairburn, C. G. (1995). *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. New York, Guilford Publications.
- Brownell, K. D., Puhl, R. B., Schwartz, M. B. & Rudd, L. C. (2005). *Weight bias: Nature, consequences, and remedies*. New York, Guilford.
- Calaf, M., León, M., Hilario, C. & Rodríguez, J. (2005). Inventario de Imagen Corporal para Fémias Adolescentes (IICFA). *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (3), 347-354.
- Calvo, R. (2000). Cronicidad y resistencia al tratamiento en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa. En: Laimeiras, M. & Faílde, J. (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Del tratamiento a la prevención*. Pág. 115-127, España, Universidad de Vigo.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J. & Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescents: Dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16, 21-26.
- Carlat, D. J. & Camargo, C. A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Psychiatric Association*, 148, 831-843.
- Carlat, D. J., Camargo, C. A. & Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154 (9), 1127-1132.
- Cash, T. F. (1994). Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 1168-1170.
- Cash, T. F., & Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideal Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 466-477.

- Cash, T. F., Winstead, B. A. & Janda, L. H. (1986). The great American shape-up. *Psychology Today*, 20, 30-37.
- Cash, T. E., Wood, K. C., Phelps, K. D., & Boyd, K. (1991). New assessments of weight-related body image derived from extant instruments. *Perceptual and Motor Skills*, 73, 235-241.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). Guía de Trastornos Alimenticios. México, D.F.
- Coolican, H. (1994). Métodos de investigación y estadística en Psicología. México, Manual Moderno.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), 485-495.
- Costin, C. (2002). Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. Diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimenticios. México, Diana.
- Crandall, C. S. (1991). Do heavy-weight students have more difficulty paying for college?. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 606-611.
- Crandall, C. S., D'Anello, S., Sakalli, N., Lazarus, E., Nejtardt, G.W. & Feather, N. T. (2001). An attribution-value model of prejudice: Antifat attitudes in six nations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 30-37.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. Barcelona, Gedisa.
- De la Serna, I. (1996). Clinical aspects of anorexia nervosa in males. *Actas Luso Esp neural Psiquiatr Cienc Afines*, 24 (2), 67-73.
- De la Serna, I. (2001). Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Varón. En: E. García-Camba. Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Obesidad (Cap. 8). España, Masson.
- De la Serna, I. (2002). Caso de anorexia grave en un varón. [En red]. Disponible en: www.medired.com.
- Devlin, M. J. & Zhu, A. J. (2001). Body Image in the Balance. *The Journal of the American Medical Association*, 286 (17), 2159-2161.
- Dohm, F. A., Beattie, J. A., Aibel, C., & Striegel-Moore, R. H. (2001). Factors differentiating women and men who successfully maintain weight loss from women and men who do not. *Journal of Clinical of Psychology*, 57 (1), 105- 117.
- Drewnowsky, A. & Yee, D. K. (1987). Men and body image: Are males satisfied with their body weight?. *Psychosomatic Medicine*, 49, 626-634.
- Dwyer, J. J., Feldman, J. J., Seltzer, C. C. & Mayer, J. (1969). Attitudes toward weight and appearance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 20, 1045-1056
- Edwards, S. & Launder, C. (2000). Investigating muscularity in male body image: Development of the Swansea Muscularity Attitudes Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 1200-1240.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Paxton, S.J. (2006). Five year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 61 (4), 521-527.
- Emans, S. J. (2000). Eating Disorders in adolescents girls. *Pediatr Int*, 42, 1-7.
- Enns, M. P., Drewnowski, A. & Grinker, J. A. (1987). Body Composition, body size estimation and attitudes towards eating in male college athletes. *Psychosomatic Medicine*, 49, 56-64.

- Facchini, M. (2006). La imagen corporal en la adolescencia. ¿Es un tema de varones?. *Archivos argentinos de pediatría*, 104 (2), 177-184.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Fairburn C. G & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self report questionnaire?. *International Journal of Eating Disorders*. 16,363-370.
- Fernández, F., Turón, J.V., Menchón, J.M., Vidal, S., Vallejo, J. & Pifarré J. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa: Consideraciones terapéuticas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina*, 23 (1), 30-35.
- Fichter & Krenn. (2003). Eating disorders in males. En: Treasure J, Schmidt U, van Furth E, (Eds.). Handbook of eating disorders. Philadelphia, John Wiley & Sons.
- Field, A. F., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkley, C. S., Roberts, S. B. & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls. *Pediatrics*, 107, 54-60.
- Franco, K., Mancilla, J. M., Álvarez, G. L. López, X. & Vázquez, R. (Manuscrito sometido para su publicación). Factor structure and internal consistency of the Eating Disorders Inventory among Mexican males. *European Eating Disorders Review*.
- Franco, S. N., Tamburrino, M. B., Carroll, B. T. & Bernal, G. A. A. (1988). Eating attitudes in college males. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 285-288.
- Galán, J. C. (2004). Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: Para detectar insatisfacción corporal. Tesis de Licenciatura. México, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- García-Camba, E. (1993). Introducción a la psicometría. España, Siglo XXI.
- García-Camba, E. (2001). Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Obesidad. España, Masson.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating attitudes Test: An index of the symptoms of Anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohy, Y. & Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder inventory for Anorexia and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Georing, P., Speeg, D., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan, A. S. & Woodside, D. B. (1996). Purging and nonpurging forms of bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 20 (3), 231-238.
- Gila, A., Castro, J., Gómez, MJ. & Toro, J. (2005). Social and Body Self-Esteem in Adolescents with Eating Disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 63-71.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995-A). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nerviosas. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995-B). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 (2), 185-198.
- Gómez Pérez-Mitré, G (1998-A). Imagen Corporal: ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo"? *Psicología y Ciencia Social*, 2, 27-33.

- Gómez Pérez-Mitre G. (1998-B). Desórdenes del comer: La Imagen Corporal en México. *La Psicología Social en México*, 7, 277-282.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Granados, A. M., Jáuregui, J., Tafoya, S. A. & Unikel, S. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras del género masculino. *Revista Psicología Contemporánea*, 7 (1), 4-15.
- Groez, L., Levine, M. & Murnen, S. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (4), 1-16.
- Grogan, S. (2000). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in men women and children*. London, Routledge
- Gross, J. & Rosen, J. (1988). Bulimia in adolescents. Prevalence and psychosocial correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1), 51-61.
- Guadarrama, G. R. (2003). Evaluación y detección de sintomatología de trastornos alimentarios y factores cognitivos asociados. Tesis de Maestría. México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Halliwel, E., Dittmar, H. & Orsborn, A. (2007). The effects of exposure to muscular male models among men: Exploring the moderating role of gym use and exercise motivation. *Body Image*, 4, 278-287.
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K. (1992). Social comparison: Gender, target, importance ratings and relation to body image disturbance. *Journal of Social Behaviors and Personality*, 7, 335-344.
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K. & Stormer, S. (1995). Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1), 81-89.
- Hernandez, S., Fernandez, C. & Baptista, L. (1991). *Metodología de la investigación*. México, Mc GrawHill.
- Henderson, M. & Freeman, C. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Holtz, V. & Tena-Suck, A. (1995). Terapia de grupo: Una alternativa en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. *Psicología Iberoamericana*, 3, 53-59.
- Iñarritu, M. C., Cruz, V. & Morán, C. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 5 (2). [En red]. Disponible en: www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm
- Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 40, 823-835.
- Kasset, K. A., Gvirtzman, H. E., Kaye, W. H., Brand, H. A. & Jimerson, D. C. (1988). Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1287-1288.
- Kaye, W. H., Klump, K. L., Frank, G. K. W. & Strober, M. (2000). Anorexia and Bulimia Nervosa. *Annual Review of Medicine*, 51, 299-313.
- Kearney-Cooke, A. & Steichen-Asch, P. (1990). Men, Body Image, and Eating Disorders. En: A. Andersen (Ed.). *Males with Eating Disorders*. (p. 47). New York, Brunner Mazel.
- Keery, H., van den Berg, P. & Thompson, J. K. (2004). A test of the tripartite influence model of body image and eating disturbance in adolescent girls. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 237-251.
- Kerlinger, F. N. (1979). *Enfoque conceptual en la investigación del comportamiento*. México, Mc GrawHill.
- Kerlinger, F. N. (1988). *Investigación del comportamiento*. México, Mc GrawHill.

- Kerlinger, F. N. & Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. México, Mc GrawHill.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D. M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A. & Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.
- Kinney, T. H. & Taylor, D. (1989). Investigación de Mercados. Bogotá, Mc GrawHill.
- Kline, P. (1993). The Handbook of Psychological Testing. New York, Routledge.
- Leit, A. R., Gray, J. J. & Pope, H. G. Jr. (2002). The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia?. *International Journal of Eating Disorder*, 31 (3), 334-338.
- Levine, M. P., Smolak, L. & Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14, 471-490.
- Lindberg, L. & Hjern, A. (2003) Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 397-408.
- Little, J. C. (1969). The athlete's neurosis a deprivation crisis. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 45, 187-197.
- Lorenzen, L. A., Grieve, F. G. & Thomas, A. (2004). Exposure to muscular male models decreases men's body satisfaction. *Sex Roles*, 51, 743-748.
- Lucas, A., Beard, C., O'Fallon, W. & Kurland, L. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*. 151, 80-83.
- Ludewig, K. (1991). Reflexiones sobre la adolescencia en adolescentes: Un enfoque sistémico del problema psicossomático ejemplificado por la Anorexia nerviosa. *Estudios Psicológicos*, 1 (1), 1-21.
- Machado, P. & Soares, I. (2000). Avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar: Acção COST- B6 & AKQUASI. *Psicología, Teoría, Investigación e Prática*, 5, 161-169.
- Magnusson, D. (1977). Teoría de los Tests. México, Trillas.
- Mancilla, J. M., Franco, K., Álvarez, G. L., López, X., Vázquez, R. & Ocampo, T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: Exploración en una muestra comunitaria. *Psicología y Ciencia Social*, 6 (2), 56-65.
- Mancilla, J. M., Franco, K., Álvarez, G. L. & Vázquez, R. (2003). Evaluation of the psychometrics proprieties of the Mexican version of the Eating Disorders Inventory, EDI. *Thomson Psicología*, 1 (2), 167-177.
- Mancilla, J., Mercado, L., Manríquez, E., Álvarez, G., López, X. & Román, M. (1999). Factores de riesgo en los Trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 37-46.
- Mangweth, B., Pope, H. G. Jr., Kemmler, G., Ebenbichler, C., Hausmann, A., De Col, C., Kreutner, B., Kinzl, J. & Biebl, W. Body image and psychopathology in male bodybuilders. *Psych Psych*, 70 (1), 38-43.
- Margo, J. L. (1987). Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 80-83.
- Martínez, R. (1995). Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos. España, Síntesis.
- Martínez, E., Toro, J. & Salamero, M. (1996). Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona*, 23 (5), 125-133.

- Martínez, E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, M. J. & Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona*, 20 (2), 51-65.
- Martínez-Aedo M. J. (2000). Anorexia y bulimia nervosas. Concepto y criterios diagnósticos. En: Trastornos del comportamiento alimentario en el niño. Málaga, Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica.
- Mas, H. B. & Molinero, C. N. (2000). Trastornos de la alimentación: La anorexia Nerviosa. En: M. Lameiras y J. M. Faílde (Eds.). Trastornos de la conducta alimentaria: Del tratamiento a la prevención. (pp. 29-44). España, Universidad de Vigo.
- McCreary D. R. & Sasse D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297-304.
- McDaniel, C. & Gates, R. (1999). Investigación de Mercados Contemporánea. México, Thomson.
- McKinley, N. M. & Hyde, J. S. (1996). The Objectified Body Consciousness Scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 181-215.
- Mendelson, B. K. & White, D. R. (1982). Relation between body-esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 54, 899-905.
- Mendelson, B. K. & White, D. R. (1985). Development of Self-Body Esteem Scale in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 2 (1), 90-96.
- Mintz, L.B., O'Halloran, M. S., Mulholland, A. M. & Schneider, P.A. (1997). Questionnaire for Eating Disorders Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *Journal of Consulting Psychology*, 44 (2), 132.
- Mizes, J. S. & Palermo, T. M. (1997). Eating Disorders. En: R. T. Ammerman & M. Hersen (Eds). Handbook of prevention and treatment with children and adolescents. Pág. 572-603. New York, Wiley.
- Morgan J., F. Reid & H. Lacey. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medicine Journal*, 319, 1467-1468.
- Muñiz, J. (1992). Teoría Clásica de los Test. Madrid, Pirámide.
- Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W. & Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6, 11-22.
- Nagel, K. & Jones, K. (1992). Sociological factors in the development of eating disorders. *Adolescence*, 27, 107-113.
- Namakforoosh, M. (1995). Metodología de la investigación. México, Mc GrawHill.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M. & Harris, T. (1999). Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *Journal of Nutrition Education*, 31, 3-9.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J. & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244-251.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1995). Teoría Psicométrica. México, Mc GrawHill.
- O'Brien, K. S., Hunter, J. A., Halberstadt, J. & Anderson, J. (2007). Body image and explicit and implicit anti-fat attitudes: The mediating role of physical appearance comparisons. *Body Image*, 4, 249-256.
- Offer, D., Ostrov, E. & Howard, K. I. (1982). Values and self-conceptions held by normal and delinquent males. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 4, 503-509.

- Olivardia, R. (2002). Body image obsession in men. *Healthy Weight Journal*, 16 (4), 59-63.
- Olivardia, R., Pope, G. H. & Hudson, I. J. (2000). Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1291-1296.
- Olivardia, R., Pope, G. H., Mangweth, B. & Hudson, I. J. (1995). Eating Disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1279-1285.
- Onnis, L. (1994). La anorexia mental desde la óptica de la complejidad. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 27, 19-26.
- Oyebade, F., Boodhoo, J. A. & Shapira, K. (1988). Anorexia Nervosa in male: Clinical features and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1), 121-124.
- Pasqualini, D., Fahrar, M. & Seco, M. T. (1996). El adolescente con trastornos de la conducta alimentaria: Modelo de asistencia integral ambulatoria. En: Beker E., Benedetti C., Goldvarg N. (Eds.). Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias. Argentina, Atuel.
- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E. & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42, 888-899.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J. & Eisenberg, M. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive symptoms and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 539-549.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. & Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, (2), 135-148.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R. & Phillips K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R. & Hudson, J. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157 1297-1301.
- Pope, H. G., Katz, A. & Hudson, J. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 body-builders. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (6), 406-409.
- Pope, H. G., Phillips, K. & Olivardia, R. (2000). The Adonis complex. How to identify, treat and prevent: Body obsession in men and boys. New York, Touchstone.
- Presnell, K., Bearman, S. K. & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389-401.
- Puhl, R. & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination and obesity. *Obesity Research*, 9, 788-805.
- Raich, R. M. (1994). Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios. Madrid, Pirámide.
- Rand, C. W. & MacGregor, A. M. (1990). Morbidly obese patients perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *Southern Medical Journal*, 83, 1390-1395.
- Rastam, M., Gilberg, C. & Garton, M. (1989). Anorexia Nervosa in a Swedish region: A population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 642-646.
- Ricciardelli, L. & McCabe, M. (2001). Dietary restraints and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behaviour in adolescent girls and boys. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1371-1328.
- Rivero, L. & Vivas, E. (2001). Trastornos de la alimentación y control personal de la conducta. *Salud Pública de México*, 43 (1), 9-16.

- Rodríguez M. C., Riquelme, A. & Buendía, J. (1996). Epidemiología de la Anorexia Nerviosa. *Anales de Psiquiatría*, 12 (6), 262-269.
- Roehling, M. V. (1999). Weight-based discrimination in employment: Psychological and legal aspects. *Personnel Psychology*, 52, 969-1017.
- Rosen, J.C. (1990). Body-image disturbances in eating disorders. En: T. F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.). *Body images: Development, desviación and change*. New York, Guilford.
- Rosen, J. C. & Gross, J. (1987). Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. *Health Psychology*, 6, 131-147.
- Rosen, JC, & Reiter, J. (1993). "Body Dysmorphic Disorder" Examination. Rosen JC (1997): "Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal". En V. Caballo (Ed.): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol.1)*. Madrid, Siglo XIX.
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia Nervosa an ominous variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Russell, J. C. & Keel, K. P. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorder*, 31 (3), 300-306.
- Sánchez, A. (2005). Estructuración y evaluación de las propiedades psicométricas de un cuestionario multidimensional de trastornos alimentarios. Tesis de Licenciatura. México, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, M. (2000). Las dietas. Mitos y verdades. *Revista ¿cómo ves?*, 18 (2).
- Saucedo, I. A. (2004). Consistencia Interna y validez factorial del EAT-40 para varones en población mexicana. Tesis de Licenciatura. México, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Schneider, J. A., & Agras, W. S. (1987). Bulimia in males: A matched comparison with females. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 235-242.
- Scott, D. W. (1986). Anorexia Nervosa in the male: A review of clinical epidemiological and biological findings. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 799-820.
- Secord, P. & Jourard, S. (1953). The appraisal of body cathexis and self. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 343-347.
- Serdula, M. (1993). Weight control practices of U.S. adolescents and adults. *Annals of Internal Medicine*. 119, 667-671.
- Sharp, C., Clark, S., Dunan, J., Blackwood, D. & Shapiro, C. (1994). Clinical presentation of Anorexia Nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 125-134.
- Shisslak C. M., Crago M. & Estes L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (3) 209-219.
- Silva, A. (1992). *Métodos cuantitativos en Psicología: Un enfoque metodológico*. México, Trillas.
- Slade, P. D. & Russell, G. F. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.
- Smith, M. C. & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for Bulimia. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 52 (5), 863-872.
- Sorbara, M. & Geliebter, A. (2002). Body image disturbance in obese outpatients before and after weight loss in relation to race, gender, eating, and age of onset of obesity. *International Journal Eating Disorder*, 31 (4), 416-423.

- Spitzer, R., Devlin, M., Walsh, B., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovsky, S., Agras, S., Mitchell, J. & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Stanford, J. N. & McCabe, M. P. (2002). Body image ideal among males and females: Sociocultural influences and focus on different body parts. *Journal of Health Psychology*, 7, 675-684.
- Stice, E. (2002). Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions. En: R. Striegel-Moore y L. Smolak. (Eds.). *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. (pp. 51-73). Washington, American Psychological Association.
- Stice, E. & Agras, W.S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Stice, E. & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38, 669-678.
- Telch, C. F. & Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology. Are they related?. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53-61.
- Thompson, J. K., Coovert, M. D. & Stormer, S. M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modelling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 43-51.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, American Psychological Association.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J. & Tantleff-Dunn, S. (1991). The Physical Appearance Comparison Scale (PACS). *The Behavior Therapist*, 14, 174.
- Thompson, J. K. & Smolak, L. (2001). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tomori, M. & Rus-Makovec, M. (2000). Eating Behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 26, 361-367.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España, Ariel Ciencia.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. España, Ariel Ciencia
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences of the aesthetic body shape model in Anorexia Nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- Valdez, V. (2007). *Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT) en varones mexicanos*. Tesis de Licenciatura. México, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vandereycken, W. & Van der Broucke, S. (1984). Anorexia nervosa in males. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 70, 447-454.
- van den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J. & Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4, 257-268
- Vázquez, R., Álvarez, G., López, X., Ocampo, M. T. & Mancilla, J. M. (2004). Valoración psicológica y antropométrica en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Revista de Investigación en Educación*, 1, 177-201.
- Vázquez, R., Álvarez, G. & Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23 (6), 18-24.

- Vázquez, R., Álvarez, G., Mancilla, J. M. & Raich, R. M. (1998). Influencia de los modelos estéticos corporales en pacientes con trastorno alimentario. *La Psicología Social en México*, 7, 357-362.
- Vázquez, R., Fuentes, S., Báez, M., Álvarez, G. & Mancilla, J. (2002). Sociocultural influences of a esthetic figure models on the presence of eating disorder symptoms. *Psicología y Salud*, 12 (1), 73-82.
- Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C., López, X., Álvarez, G., Ruiz, A. O. & Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (1), 53-63.
- Velázquez, G. (2003). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC), en hombres mexicanos. Tesis de Licenciatura. México, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Velilla, P. (2001). Los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes varones. [En red]. Aula Médica Psiquiatría, 2, Resumen de: www.psiquiatria.com.
- Vidal, G. & Alarcón, R. (1986). Psiquiatría. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
- Viladrich, M. C. Prat, R. Doval, E. & Vall-Llovera, M. (1997). Psicometría. España, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Vírseda, J. (1995). Autoimagen y alimentación: Un estudio preliminar. *Psicología Iberoamericana*, 3, 35-39.
- Vitello, B. & Lederhendler, I. (2000). Research on eating disorders: Current status and future prospects. *Biological Psychiatry*, 47, 777-786.
- Volkwein, K. & McConatha, J. T. (1997). Cultural contours of the body. The impact of age and fitness. (pp. 744-746). En: R. Lidor & M. Bar-Eli (Eds.). *Innovations in sport psychology: Linking theory and practice*.
- Wertheim, E., Paxton, S., Maude, S., Szmuckler, G., Gibbons, K. & Hiller, L. (1992). Psychosocial predictors of weight loss behaviors and binge Eating in adolescents girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 151-160.
- Wichstrom, L. (1995). Social, psychological and physical correlates of eating problems: A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological Medicine*, 25 (3), 567-579.
- Wilfrey, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B. & Fairburn, C. G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259-269.
- Wolf, N. (1991). *The Beauty Myth*. New York, William Morrow.
- Wood, K. Becker, J. & Thompson, J. (1996). Body image dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 85-100.
- Woodside, D., Garfinkel, P., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. & Goldbloom, D. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 570-574.
- Yanovsky, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K. & Spitzer, L. R. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.
- Yates, A., Leehey, K. & Shisslak, C. M. (1983). Running: An analogue of Anorexia Nervosa?. *New England Journal of Medicine*, 308, 251-255.
- Yela, M. (1997). *La técnica del Análisis factorial: Un método de investigación en psicología y pedagogía*. Madrid, Biblioteca Nueva.

ANEXOS

ANEXO 1 DIMENSIONES Y FACTORES DEL ITCAH

DIMENSIÓN	FACTOR	INSTRUMENTOS	REACTIVOS / ÍTEMS	TOTAL
Componentes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	Motivación para adelgazar	BSQ	2, 4, 34	3
	Malestar con la corporal	BSQ	7, 18, 19, 20, 24, 27, 29, 30, 33	9
	Preocupación por la comida	EAT BULIT	6, 31, 34 28	4
	Atracón alimentario	BULIT	3, 4, 8, 12, 17, 24, 35	7
	Sentimientos negativos relacionados con el atracón	EAT	36	5
		BULIT	14, 20, 29	
		BSQ	17	
Conductas compensatorias	BULIT	7, 15, 27, 34	5	
	BSQ	26		
Factores Asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario	Influencia de la publicidad	CIMEC	6, 9, 15, 21, 23, 26, 28	7
	Influencia de los modelos sociales	CIMEC	1, 4, 12, 16, 34	5
	Influencia de las relaciones sociales	CIMEC	10, 14, 32	3
	Influencia de la figura musculosa	BSQ	9, 16, 21, 23	4
	Miedo a madurar	EDI	3, 6, 14, 48	4
	Ineficacia	EDI	20, 37, 42, 50	3
	Desconfianza interpersonal	EDI	15, 17, 23, 57	4

ANEXO 2

ÍTEMS Y FACTORES DESCARTADOS

- **Nota:** Los factores descartados muestran la leyenda “Factor descartado”

DIMENSIÓN 1:

COMPONENTES DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Motivación para adelgazar

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-22	¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada?	-0.389
EAT-25	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	0.561
EAT-37	Me comprometo a hacer dietas	0.533
EDI-7	Pienso en seguir una dieta	0.516
EDI-32	Me preocupa el deseo de estar mas delgado	0.547

Preocupación por el peso (FACTOR DESCARTADO)

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
EAT-4	Me da mucho miedo pesar demasiado	0.587
EAT-17	Me peso varias veces al día	0.414
EDI-16	Me aterroriza ganar peso	0.703
EDI-25	Exagero a menudo la importancia del peso	0.649
EDI-49	Si subo un poco de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando	0.679

Malestar con la imagen corporal

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-5	En clases de educación física o haciendo deporte ¿te ha preocupado que tus compañeros te vean gordo?	-0.530
CIMEC-8	¿Te preocupa tener las piernas demasiado delgadas?	-0.340
CIMEC-11	¿Te angustia (por verte gordito) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.?	-0.437
CIMEC-18	¿Evitas contemplarte en un espejo o escaparate por miedo a verte demasiado delgado?	-0.359
CIMEC-20	¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu estomago o de tu trasero?	-0.425
CIMEC-25	¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligero de ropa o tener que usar traje de baño?	-0.427
CIMEC-37	¿Te ha dado vergüenza desnudarte ante compañeros por temor a que te vean demasiado delgado?	-0.325
EAT-15	Me preocupa el deseo de estar mas delgado	0.553
EAT-18	Me gusta que la ropa me quede ajustada	-0.165
EAT-24	Los demás piensan que estoy demasiado delgado	
BSQ-1	Cuando no tienes nada que hacer ¿te has preocupado por tu figura?	0.510
BSQ-3	¿Has pensado que tus brazos, muslos o espalda son demasiado angostos en relación con el resto de su equipo?	0.421
BSQ-5	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	0.575
BSQ-12	Al fijarte en la figura de otros chicos ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	0.393

BSQ-13	Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la T.V., lees o mantienes una conversación)?	0.594
BSQ-14	Estar desnudo (p. ej. cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir delgado?	0.342
BSQ-15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	0.431
BSQ-31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (p. ej. en vestidores comunes de piscinas o baños)?	0.477
EDI-2	Pienso que mi estomago es demasiado grande	0.243
EDI-9	Pienso que mis piernas son demasiado delgadas	
EDI-12	Pienso que mi estomago tiene el tamaño adecuado	
EDI-19	Me siento satisfecho con la forma de mi cuerpo	0.183
EDI-31	Me gusta la forma de mis pompas o glúteos	
EDI-45	Pienso que mi espalda es demasiado angosta	0.225
EDI-55	Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado	0.132
EDI-59	Creo que mis pompas o glúteos son demasiado anchos	0.198
EDI-62	Pienso que mi espalda tiene el tamaño adecuado	0.206

Preocupación por la comida

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-40	Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligado a comer?	-0.508
EAT-3	Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de la comida	0.392
EAT-9	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	0.303
EAT-38	Me gusta sentir el estomago vacío	0.365
BULIT-2	Estoy satisfecho con mis hábitos alimentarios	
BULIT-10	¿En que grado estás preocupado por comer entre comidas?	0.240
BULIT-13	Temo comer algo por miedo a nos ser capaz de parar	0.445
EDI-1	Como dulces y carbohidratos (pan, papitas, etc.) sin sentirme nervioso	0.206
EDI-64	Cuando estoy disgustado me preocupa el que pueda empezar a comer	0.362

Restricción de Alimentos (FACTOR DESCARTADO)

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-13	¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	-0.369
EAT-2	Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	0.433
EAT-5	Procuro no comer aunque tenga hambre	0.563
EAT-10	Evito especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (p. ej. pan, arroz, papas, etc.)	0.564
EAT-11	Me siento lleno después de las comidas	0.219
EAT-12	Noto que los demás preferirían que yo comiese más	0.398
EAT-19	Disfruto comiendo carne	0.129
EAT-21	Cada día como los mismos alimentos	0.219
EAT-27	Disfruto comiendo en restaurantes	
EAT-29	Procuro no comer alimentos con azúcar	0.401
EAT-30	Como alimentos dietéticos	0.504
EAT-32	Me controlo en las comidas	0.367
EAT-33	Noto que los demás me presionan para que coma	0.397
EAT-39	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	
BULIT-9	¿Con qué frecuencia prefieres comer helados, malteadas o dulces entre comidas?	-0.203
BULIT-19	He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas	0.305
BULIT-21	Entre comidas tiendo a comer alimentos altos en calorías (dulces y harinas)	0.155
BSQ-22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (p. ej. por la mañana)?	0.398
EDI-47	Después de haber comido poco me siento excesivamente lleno	0.307

Atracón alimentario

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
EAT-7	A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	0.332
BULIT-1	¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente lleno (atracándote)?	0.351
BULIT-6	¿Crees que tienen control sobre la cantidad de comida que comes?	
BULIT-11	La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuanta comida puedo consumir de un jalón	0.485
BULIT-31	Cuando comes una gran cantidad de alimento ¿a qué velocidad lo haces?	0.337
EDI-5	Me atraco de comida	0.416
EDI-28	Cuando estoy comiendo demasiado siento que no puedo parar de hacerlo	0.305
EDI-38	Pienso en comer en exceso	0.447
EDI-46	Como moderadamente cuando estoy con gente, y como demasiado cuando estoy solo	0.371
EDI-61	Como o bebo a escondidas	0.136

Sentimientos negativos posteriores al atracón

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
EAT-14	Me siento muy culpable después de comer	0.464
BULIT-16	Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas a) No como entre comidas b) Me siento bien c) Me siento moderadamente molesto conmigo mismo d) Me siento bastante molesto conmigo mismo e) Me odio	0.438
BULIT-23	Uno de tus mejores amigos sugiere inesperadamente que ambos podrían comer en un nuevo restaurante esa noche. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías de vuelta a casa?	0.320
BULIT-26	Si como demasiado por la noche, me siento deprimido por la mañana siguiente	0.470
BSQ-6	Sentirte lleno (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir gordo?	0.457
EDI-11	Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso	0.424

Conductas compensatorias

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
EAT-13	Vomito después de haber comido	0.265
EAT-16	Hago mucho ejercicio para quemar calorías	0.171
EAT-22	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	0.031
EAT-28	Tomo laxantes (purgantes) o diuréticos (producen que orines con mayor frecuencia)	0.079
EAT-40	Tengo ganas de vomitar después de las comidas	0.003
BULIT-30	¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?	0.340
EDI-53	Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso	0.318

DIMENSIÓN 2:

FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Influencia de la publicidad

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-35	¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	0.581

Influencia de los modelos sociales

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-3	Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	0.575
CIMEC-31	¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	0.596
CIMEC-39	¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?	0.507

Influencia de las relaciones sociales

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-2	¿Tienes algún amigo ó compañero que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	0.457
CIMEC-7	Entre tus compañeros y amigos ¿suele hablarse del peso o del aspecto del cuerpo?	0.570
CIMEC-19	¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	0.560
CIMEC-24	¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven contigo?	0.547
CIMEC-27	¿Tienes algún amigo o compañero angustiado o muy preocupado por el peso o por la forma de su cuerpo?	0.573
CIMEC-30	¿Tienes algún amigo o compañero que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	0.548

Influencia de la figura musculosa

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
CIMEC-17	¿Has comido alguna vez más de lo normal para aumentar el peso o el volumen de tu cuerpo?	-0.377
CIMEC-29	¿Te ha preocupado que tus brazos o pecho sean poco musculosos?	-0.475
CIMEC-33	¿Alguna vez has hecho ejercicio físico para desarrollar tu cuerpo o musculatura?	-0.350
CIMEC-36	Ante muchachos y hombre jóvenes ¿te fijas en ellos para ver si son fuertes o musculosos?	-0.240
CIMEC-38	¿Tienes algún compañero o amigo que haya hecho o esté haciendo ejercicio físico para desarrollar su cuerpo o sus músculos?	-0.314
BSQ-8	¿Has modificado tu alimentación para aumentar tu masa muscular?	0.511
BSQ-10	¿Te ha preocupado que tu cuerpo no sea lo suficientemente atlético o musculoso?	0.585
BSQ-25	¿Has pensado que no es justo que otros chicos sean más musculosos que tu?	0.536
BSQ-28	¿Te ha preocupado que tu abdomen no esté lo suficientemente marcado?	0.550