



UNAM IZTACALA

# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

### "VALORACIÓN PSICOMÉTRICA DEL INVENTARIO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO PARA HOMBRES (ITCAH-R)"

ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A (N)

L Ó P E Z C U A U T L E C A M I L O

Directora: Dra. **ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO**

Dictaminadores: Dr. **JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ**

Dra. **GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN**



Proyecto Apoyado por PAPIIT-IN309609

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2009



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.

*Son tantas personas a las cuales debo parte de este triunfo, de lograr alcanzar mi culminación académica, la cual es el anhelo de todos los que así lo deseamos.*

*A mis padres, por darme la estabilidad sentimental, emocional y económica; para poder llegar hasta este logro, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ustedes. GRACIAS por darme la posibilidad de que de mi boca salga esa palabra...FAMILIA. Gracias por ser siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa. Su esfuerzo, se convirtió en su triunfo y el mío, LOS AMO.*

*A todos mis amigos pasados y presentes; por ayudarme a crecer y madurar como persona y por estar siempre conmigo apoyándome en todas las circunstancias posibles, también son parte de esta alegría, LOS RECUERDO.*

*A las personas que fueron mi apoyo durante éste agradable y difícil periodo académico, por ser MIS AMIGOS, soportarme y ser parte de mi vida, LOS VALORO.*

*Para Rosalía, que me permitió estar en éste proyecto de tesis, gracias por su apoyo incondicional y depositar su confianza en mí. Fuiste un pilar en los ánimos y desarrollo de esto, gracias por ser el último escalón para poder alcanzar este sueño, este MI SUEÑO, que ahora es una realidad. ADMIRO TU CALIDAD HUMANA.*

*A mis asesores Juan Manuel y Georgina por su paciencia y aportaciones a éste trabajo.*

*Para todos los profesores que se involucraron en mi formación profesional.*

*Y a todos aquellos, que han quedado en los recintos más escondidos de mi memoria, pero que fueron partícipes en esculpirme.*

*Uno puede devolver un préstamo de oro, pero está en deuda de por vida con aquellos que son amables (Proverbio).*

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
INTRODUCCIÓN .....	3
<b>ANTECEDENTES</b> .....	5
1. Trastornos del Comportamiento Alimentario .....	6
1.1. Criterios diagnósticos de TCA.....	6
1.2. Anorexia Nerviosa.....	6
1.3. Bulimia Nerviosa .....	7
1.4. Trastorno de la conducta alimentaria no especificada .....	8
1.5. Trastorno por Atracón .....	9
2. Factores asociados a los trastornos de comportamiento alimentario.....	11
2.1. Perfeccionismo.....	11
2.2. Dieta.....	13
2.3. Insatisfacción Corporal.....	14
2.4. Medios de Comunicación.....	15
2.5. Modelos Teóricos del desarrollo de TCA .....	18
3. Estudios de TCA en México .....	20
<b>OBJETIVO</b> .....	23
<b>METODO</b> .....	24
Participantes .....	24
Instrumentos .....	24
Procedimiento .....	24
Análisis de datos .....	24
<b>RESULTADOS</b> .....	26
<b>DISCUSIÓN</b> .....	38
<b>CONCLUSIONES</b> .....	44
<b>REFERENCIAS</b> .....	45

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue hacer una revisión del Instrumento de Trastornos del Comportamiento Alimentario para Hombres (ITCAH) estructurado por Vázquez, Mancilla, Álvarez, López y Franco (2008), el cual estaba conformado por 63 reactivos y 15 factores agrupados en 2 dimensiones 1) *Signos y síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria* y 2) *Factores Asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario*, con el fin de evaluar las propiedades psicométricas a dicho cuestionario se le agregaron 12 reactivos relacionados a conductas de Dieta y Perfeccionismo, quedando conformado por 75 reactivos.

El instrumento se aplicó a una muestra no probabilística de 450 varones mexicanos con una edad promedio de 18.75 (DE = 3.38). Al realizar el análisis factorial con rotación varimax, y para mejorar la capacidad de interpretación de los factores, se forzó la rotación a 10, 11, 12, y 14 factores, considerando como la más adecuada la rotación de 12 factores que explican el 49.41 % de la varianza total, sin embargo, basado en los criterios de Yela, (1997) de los 12 factores obtenidos para el ITCAH se eliminaron 2 y otros dos se unificarón, quedando un total de 55 reactivos en 9 factores (*Malestar con la Imagen Corporal y Motivación para adelgazar; Influencia de la Publicidad; Conductas Compensatorias; Atracón Alimentario; Preocupación por la figura musculosa o atlética; Perfeccionismo; Miedo a Madurar; Desconfianza Interpersonal y Sentimientos Negativos Posteriores al Atracón*). La versión final se denominó ITCAH-R, el cual obtuvo una consistencia interna total de  $\alpha=.88$ .

La reducción de factores y reactivos mejoraron los niveles de consistencia interna, cabe señalar que aquellos factores que se conservaron son relevantes en medida que forman parte de los principales síntomas para el diagnóstico de un TCA (Raich, 1994; Ricciardelli y McCabe, 2002; Neumark-Sztainer y Hannan, 2000). Por lo anterior se puede decir que el ITCAH-R es un instrumento que permite la evaluación de sintomatología de TCA así como de

sus factores asociados, además de ser una escala breve, sencilla y de fácil aplicación.

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) se caracterizan por una conducta alimentaria anómala, como consecuencia a los intentos por controlar el peso y la figura corporal. Los TCA se clasifican en Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos del Comportamiento Alimentario No Específicos (TCANE) y dentro de este último podemos encontrar al Trastorno por Atracón (TPA).

El problema de los TCA ha sido estudiado principalmente en población femenina, sin embargo, en la actualidad se sabe que los hombres sufren de tales enfermedades también (Andersen, Cohn & Holbrook, 2000; O'Dea & Abraham, 2002) y que representan aproximadamente el 10% de los pacientes con TCA (Cumella, 2003; Nicholls & Viner, 2005; O'Dea & Abraham, 2002). La incidencia en hombres parece ir en aumento ya que anteriormente había sido subvalorada, además de que los estudios demuestran que los síntomas de TCA en hombres son similares a los de las mujeres (O'Dea & Abraham, 1996; Vázquez et al., 2005; Worsley, Worsley, McConnen & Silva, 1990), pero pocas veces son evaluados por los profesionales de la salud.

Los instrumentos de detección de TCA están contruidos principalmente para el género femenino y su uso en hombres puede tener implicaciones para la correcta detección de síntomas, por ello es necesario realizar una depuración de los instrumentos existentes en mujeres, adaptándolos y probándolos psicométricamente en población masculina con la finalidad de tener instrumentos confiables y válidos.

Uno de estos trabajos, fue el realizado por Vázquez et al. (2008), quien estructuró un inventario denominado ITCAH (Inventario de Trastornos del Comportamiento Alimentario para Hombres), que permite detectar sintomatología y factores asociados a los TCA en hombres, a partir de cinco instrumentos utilizados en México: el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero & Martínez, 1994), el Test



de Bulimia (BULIT, Bulimia Test, Smith & Thelen, 1979), el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ. Body Shape Questionnaire, Cooper, Cooper & Fairburn, 1987), el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI, Eating disorders Inventory Garner, Olmsted & Polivy, 1983) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40, Eating attitudes test, EAT, Garner & Garfinkel, 1979).

Como una continuidad al trabajo de Vázquez et al. (2008), el presente trabajo revisó y evaluó las propiedades psicométricas del ITCAH con varones mexicanos de preparatoria y universidad 15 a 24 años de edad con una media de ( $\bar{x} = 18.75$ ) al que finalmente se denominó ITCAH-R.

## ANTECEDENTES

### 1. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

El término Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) hace referencia a “trastornos psicológicos que presentan graves anormalidades en el comportamiento de la ingestión de alimentos, en un individuo que estima que su resolución está inevitablemente condicionada por la adquisición de delgadez o el mantenimiento de un bajo peso” (Raich, 1994).

Los TCA se dividen en específicos: Anorexia Nerviosa (**AN**) y Bulimia Nerviosa (**BN**) y en no específicos (**TCANE**) como el Trastorno por atracón (**TPA**). En la actualidad, dichos trastornos han sido estudiados ampliamente en adolescentes, jóvenes y estudiantes mujeres (Koszewski, Newell & Higgins, 1990; O’Dea, 1998; Schwitzer, Rodríguez, Thomas & Salimi, 2001), sin embargo, en la historia de los TCA, los hombres sólo habían sido objeto de informes ocasionales, por ejemplo, Morton en 1694 describió a un paciente masculino con consunción nerviosa (Bruch, 1973).

En la primera mitad del siglo XX, los casos de TCA en hombres eran considerados escasos, ya que se creía que eran exclusivos del género femenino (Bruch, 1973), posteriormente, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado DSM-IV-TR, American Psychiatric Association (APA, 2000) se menciona que 1 de cada 10 personas que sufren de Anorexia o Bulimia Nerviosa es hombre. Las bajas tasas de TCA en hombres, tal como se define en el DSM-IV-TR, probablemente está subvalorada por la sociedad occidental, ya que se cree que dichos trastornos son una patología específica de las mujeres (Andersen, et al., 2000; Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999; O’Dea & Abraham, 2002). Sin embargo, diversos autores señalan que este porcentaje puede ser cada vez mayor debido a los rápidos cambios de nuestra sociedad y cultura, donde la delgadez es signo de éxito y felicidad, todo esto gracias al continuo bombardeo de los medios de comunicación los cuales hacen énfasis en el ideal del cuerpo femenino y masculino, los cuales deben ser delgados y musculosos

respectivamente (Borchert & Heinberg, 1996; Clarkson & Riedl, 1997; Cumella, 2003; De la Serna, 2001; Nicholls & Viner, 2005).

### **1.1. Criterios Diagnósticos de TCA**

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000), los criterios para el diagnóstico de los TCA son:

#### **1.2. Anorexia nerviosa**

**A.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperado).

**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 corporales, 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, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Tipo:

*Restrictivo:* durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

*Compulsivo/purgativo*: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

La AN en los hombres ha sido comparada con la de las mujeres debido a las similitudes en relación con la psicopatología, comorbilidad, curso y resultado del tratamiento (Anderser, Bowers & Evans, 1997). No obstante, algunos estudios también han señalado diferencias, como la mayor frecuencia de la actividad física, más preocupación por la forma masculina y menos preocupación con el peso real (Muise, Stein & Arbess, 2003).

### **1.3. Bulimia nerviosa**

**A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión del alimento (p. ej., 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 el fin 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 período de 3 meses.

**D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

**E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

Tipo:

*Purgativo*: durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

*No purgativo*: durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

En un estudio realizado por Joiner, Katz y Heatherton (2000) donde evaluaron a adolescentes hombres y mujeres con síntomas bulímicos crónicos similares observando que las mujeres mostraban más preocupación por la delgadez y por lograr un descenso de peso rápido y efectivo, mientras que los hombres mostraban ser más perfeccionistas y con mayor desconfianza en las relaciones interpersonales.

Debido a esta diferencia y a que los hombres no demuestran intenso deseo o preocupación por bajar de peso, a veces sus síntomas son confusos y el diagnóstico puede ser difícil de realizar.

#### **1.4. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado**

La categoría TCANE se refiere a los TCA que no cumplen con los criterios para AN o BN.

Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, éste se encuentre dentro de los límites de la normalidad.

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, 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.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. TPA: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN.

### **1.5. Trastorno Por Atracón**

El TPA, es una condición grave caracterizada por una forma incontrolada de comer que resulta en un aumento de peso, aunque el TPA es parecido a la BN, éste se caracteriza por la ausencia de conductas purgativas y otros comportamientos compensatorios, que lo ha llevado a estar dentro de la categoría de los TCANE, categoría que ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones con el fin de aclarar aspectos referentes a su naturaleza, definición y validez como síndrome independiente (Sánchez & Fernández, 2002).

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000), algunas personas manifiestan que sus atracones están desencadenados por estados de ánimo disfóricos, como depresión o ansiedad, manifestándose en una sensación inespecífica de tensión que el atracón consigue aliviar, sin embargo, la prevalencia del TPA para cualquier grupo de edad en población general aún se desconoce, aunque las encuestas sugieren que las tasas de prevalencia van de  $0.7 \pm 4.6$  % (Spitzer et al., 1992; Spitzer et al., 1993).

Los criterios para el diagnóstico de TPA de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000) son:

1. Episodios repetitivos de sobreingestión compulsiva (atracones). Un atracón se caracteriza por:

- a.** Comer durante un periodo de tiempo (p. ej., durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
  - b.** Sentimiento de falta de control sobre la ingestión durante el episodio de atracón (p. ej., sentir que no eres capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que estás comiendo).
- 2. Los atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
  - a.** Ingestión mucho más rápida de lo normal.
  - b.** Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  - c.** Ingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
  - d.** Comer a solas para esconder su voracidad.
  - e.** Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- 3. Profundo malestar al recordar los atracones.
- 4. Una media de 2 episodios semanales de ingestión voraz durante un mínimo de 6 meses.
- 5. El atracón no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas (p.ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una AN o una BN.

Así mismo, algunos criterios de los trastornos del comportamiento alimentario como son: la insatisfacción corporal, la excesiva preocupación por el peso, han venido incrementándose de forma gradual en las escuelas, por ejemplo, en los estudios epidemiológicos que se centran en población universitaria (Anstine & Grinenko, 2000; Chávez, Macías, Gutiérrez, Martínez & Ojeda, 2004) se han encontrado puntuaciones altas de AN y conductas bulímicas como el vómito inducido, el uso de laxantes, el TPA y el uso de dietas para el control de peso y la forma del cuerpo (Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández, 2002; Sepúlveda, Carrobles & Gandarillas, 2006).

## **2. FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**

Existen diversos factores que pueden contribuir al desarrollo de un TCA, de los cuales se pueden encontrar aquellos relacionados con características psicológicas, aspectos socioculturales, y estresantes, de estos podemos encontrar los siguientes:

### **2.1. Perfeccionismo**

El perfeccionismo se ha relacionado con varios estados psicopatológicos, tales como la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, la fobia social, la conducta suicida y ha recibido considerable atención en la investigación sobre la etiología de los TCA (Bastiani, Rao, Weltzin & Kaye, 1995; Shafran & Mansell, 2001).

Las características del perfeccionismo han sido descritas por clínicos como (Frost, Martin, Lahart & Rosenblate, 1990; Hamachek, 1978; Hewitt & Flett, 1991) quienes describen a las personas perfeccionistas como aquellas que siempre quieren ser los mejores, se proponen metas altas, presentan poca tolerancia a cometer errores, además de que lo mejor nunca es suficiente para ellos, también poseen un carácter crítico y habilidades de organización, por ejemplo, Burns (1980) menciona que la gente perfeccionista lucha por objetivos inalcanzables e imposibles y que ser el mejor nunca es suficiente.

El perfeccionismo ha sido asociado durante mucho tiempo a las psicopatologías alimentarias, por ejemplo, las personas que presentan sintomatología de TCA tienden a ser más perfeccionistas que aquellos que no la presentan (Ashby, Kottman & Schoen 1998; Bastiani et al., 1995; Hewitt, Flett & Ediger, 1995). También, los modelos cognitivos-conductuales mencionan que el perfeccionismo es un factor mantenedor de la AN y la BN (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999). En muestras no clínicas, el perfeccionismo se ha asociado con conductas alteradas de la alimentación. Minarik y Ahrens (1996) encontraron que algunos síntomas de TCA se asociaron con dos



dimensiones de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (Frost et al., 1990): 1) La inquietud por los errores y 2) las dudas acerca de las acciones.

El estudio de Hewitt et al. (1995) utilizando su escala multidimensional de perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) encontraron que el perfeccionismo auto-orientado se relaciona con síntomas anoréxicos, mientras que el perfeccionismo socialmente prescrito estaba relacionado con la dieta restrictiva, la preocupación por la delgadez, hábitos alterados de la alimentación, evitación de la imagen corporal y la autoestima.

Estudios posteriores, utilizando diferentes medidas de perfeccionismo encontraron puntuaciones más altas de éste en pacientes con TCA comparados con un grupo control (Bastiani et al., 1995; Bourke, Taylor & Crisp, 1985; Halmi et al. 2000). Sin embargo, no existen diferencias significativas en las puntuaciones de perfeccionismo entre los subtipos de TCA (Garner, Olmstead & Polivy, 1983; Toner, Garfinkel & Garner, 1986).

En el caso particular de México, Franco, (2007), evaluó la consistencia interna de la MPS de Frost (1990), en 450 mujeres y 358 hombres mexicanos obteniendo una consistencia interna de Alfa=0.91, posteriormente aplicó la nueva escala a una muestra comunitaria y una clínica además de 5 cuestionarios que evalúan sintomatología de TCA para ver si los componentes del perfeccionismo caracterizan a las personas con TCA encontrando que las mujeres con perfeccionismo alto presentaron puntuaciones más altas en restricción alimentaria, motivación para adelgazar, preocupación por la comida, atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón, conductas compensatorias e insatisfacción corporal. En el caso de los hombres con perfeccionismo alto, se caracterizaron por presentar mayor insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, atracón, influencia de la publicidad e influencia de las relaciones sociales.

## 2.2. Dieta

Debido a las presiones sociales y académicas, durante la adolescencia, quizá se incrementa el riesgo de desarrollar conductas relacionadas con los TCA (Killen et al., 1992; Levine, Smolak, Moodey, Shuman & Hessen, 1994), dentro de éstas se pueden mencionar las dietas restrictivas, que son potencialmente dañinas y cuya frecuencia de uso ha sido documentada en los hombres, al parecer la finalidad puede ser para bajar de peso o dieta para ganar peso (Krowchuck, Kreiter, Woods, Sinal & Durant, 1998).

McCreary y Sasse (2002) han reportado que entre un 30 y 55% de los estudiantes de preparatoria han hecho dieta alguna vez, pero a diferencia de la mujeres que por lo general es el deseo de pérdida de peso, los hombres con sintomatología de TCA buscan aumentar su peso, posiblemente porque no les gusta ser delgados y por lo tanto quieren hombros más amplios, antebrazos y piernas gruesas y, por consiguiente, llegan a un mayor índice de masa corporal significativo (Andersen, et al., 1997).

Se ha encontrado que entre los adolescentes y jóvenes varones, la dieta para aumentar de peso y/o el tamaño del músculo va del 21.2% a 47%, mientras que del 12.5% al 26% son dietas para reducir peso (Krowchuck et al., 1998; McCreary & Sasse, 2002; Neumark-Sztainer, Story, Falkner, Beuhring & Resnick, 1999; Neumark-Sztainer & Hannan, 2000). No obstante, un estudio en adolescentes australianos encontró que las estrategias para aumentar el peso y la musculatura estuvieron moderadamente correlacionadas con estrategias para perder peso, lo que sugiere que estas conductas pueden utilizarse conjuntamente (Ricciardelli & McCabe, 2002).

Uno de los trabajos más anecdóticos indica que para algunos hombres, puede haber un método sistemático a través de diferentes fases de la dieta, que incluye frecuencia y cantidades específicas de ingestión de macronutrientes, y en un caso más drástico, hombres que realizan dietas extremas, las cuales requieren prácticas de restricción a un pequeño grupo de

los alimentos sobre la base de la composición de macronutrientes (Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997).

En un estudio realizado por Mancilla, Franco, Álvarez, López, Vázquez y Ocampo (2004) donde evaluaron y estimaron el riesgo de alimentación anómala con algunas conductas y actitudes asociadas a los TCA, en una muestra comunitaria, donde participaron 1625 estudiantes (470 hombres y 1155 mujeres) con una media de edad de 18.6 años, los cuales contestaron un cuestionario de 10 preguntas que evalúan TCA encontrando que en el caso de los varones, estos obtuvieron puntuaciones más altas en conductas relacionadas al uso de diuréticos o laxantes para el control de peso y la ingestión copiosa de alimentos (continuar comiendo hasta pensar que se puede explotar).

### **2.3. Insatisfacción Corporal**

La insatisfacción corporal se define como la evaluación subjetiva negativa del cuerpo como la figura y el peso, y ha sido señalado como un factor de riesgo en el desarrollo y el mantenimiento de los TCA (Stice & Shaw, 2002)

No obstante, la mayoría de los estudios sobre TCA e insatisfacción corporal se han realizado con población femenina, dicha exclusión ha dado lugar a una falta de conocimiento sobre los patrones de alimentación e imagen corporal en hombres (Ousley, Cordero & White, 2008) y los pocos estudios existentes acerca de los problemas de alimentación en varones, indican que estos son menos frecuentes en ellos (Blake, 2002; Crow, Praus & Thuras, 1999; Striegel-Moore, Garvin, Dohm & Rosenhek, 1999;) y se ha encontrado que, aunque hay muchos hombres, estos informan menos insatisfacción que las mujeres y un número importante (5% - 20%) ha reportado restringirse, vomitar, abusar de laxantes o fumar para bajar de peso (O'Dea & Abraham, 1996; Vázquez, 2005; Worsley et al., 1990).

En los últimos 10 años, la atención se ha enfocado en la distorsión de la imagen corporal relacionada a conductas disfuncionales en los hombres para

cambiar la forma corporal (Cafri & Thompson, 2004). Otro factor importante a tomar en cuenta es la alta incidencia de insatisfacción corporal que ha sido de gran relevancia, ya que los asuntos del ideal de corporal son a menudo el motor que subyace a los TCA, a las conductas compensatorias y al uso de esteroides anabólicos androgénicos (Cohane & Pope 2000) además, se dice que los hombres tienen menos probabilidades que las mujeres a participar en típicos comportamientos compensatorios, y mientras, los hombres participan más en actividades tales como el ejercicio excesivo para tratar de bajar de peso y tener más probabilidades a atracarse de alimentos en lugar de restringirse (Kelly et al., 1986).

Se dice que las causas del aumento de la insatisfacción corporal y de los TCA en los hombres es multifactorial y similar a la de mujeres, por ejemplo, los atributos individuales, como la baja autoestima y el ánimo depresivo, insatisfacción corporal, así como tener un mayor índice de masa corporal (IMC) (Paxton, Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2006; Presnell, Bearman & Stice, 2004).

Esta insatisfacción corporal ha sido motivo para que muchos jóvenes hagan uso de conductas para mejorar su aspecto físico en un corto periodo de tiempo, encontrando como mejores soluciones el uso de dietas, la práctica de ejercicio, el uso de anabólicos, laxantes, vómito inducido, o atracón para aumentar masa corporal (Kanayama, Pope & Hudson. 2001).

#### **2.4. Medios de Comunicación**

El modelado de cuerpos perfectos ha creado un gran impacto en las mujeres, sin embargo, también ha comenzado a influir en los hombres debido a los ideales que manejan los medios de comunicación, entre ellos, las revistas y la televisión, los cuales son a menudo considerados como un fuerte factor de influencia sobre la imagen corporal de los adolescentes, debido a esto, el deseo de un cuerpo perfecto ha sido asociado a un gran número de conductas de riesgo.

En las mujeres, cuando están expuestas a imágenes idealizadas de los medios de comunicación, se enfocan a la comparación social, y por lo tanto su satisfacción corporal disminuye, esta exposición hace probable que dicho ideal las lleve a compararse a sí mismas (Richins, 1991).

Recientemente se ha documentado un aumento de masa muscular en los cuerpos masculinos presentes en los medios de comunicación y en revistas de moda y publicidad, ya que el ideal actual de cuerpo masculino es muy musculoso y está caracterizado por tener un "pecho, brazos y hombros bien desarrollados y una cintura estrecha" (Pope, Phillips & Olivardia, 2000). Por ejemplo, en comparación con hace 25 años, los hombres muestran más a menudo el torso desnudo en las revistas (Pope, Olivardia, Borowiecki & Cohane, 2001) la exposición repetida a las imágenes de ideales masculinos musculosos puede causar a los hombres inseguridad sobre su propio cuerpo (Hargreaves & Tiggemann, 2004), al respecto, Garner, (1997) menciona que las encuestas a gran escala realizadas entre lectores de *Psychology Today*, han revelado que los sentimientos de insatisfacción corporal en el hombre han aumentado dramáticamente durante las últimas 3 décadas, ya que el nivel de insatisfacción corporal en 1973 era de 25% para las mujeres y 15% para los hombres mientras que en 1997 aumentaron a 56 y 43 % respectivamente.

La mayoría de los estudios y teorías sobre la etiología de los TCA se centran en los medios audiovisuales como la televisión, películas y revistas (Groesz, Levine & Murnen, 2001), debido a que con frecuencia transmiten cada vez más los ideales culturales del cuerpo como normativo (Harrison & Cantor, 1997), hecho que hace que las personas perciban a menudo la presión para dar cumplimiento a estas normas corporales y tal presión que puede llevar el desarrollo de los TCA.

Pope et al., (1999), menciona que los modelos de revistas y las figuras de acción las cuales se han vuelto más musculosas en los últimos 20 años, estos hechos han llevado a los hombres a ser más fácilmente influenciados por las formas musculares del cuerpo, además, la presión de los medios ha resultado ser un importante contribuyente en el fomento de actividades tales

como levantamiento de pesas y la utilización de suplementos, tanto legales como ilegales, en los hombres adolescentes (Smolak et al., 2005; Stanford & McCabe, 2005).

La presencia del ideal masculino en los medios de comunicación refiere a una forma física de "V", la cual muestra un cuerpo musculoso y mesomórfico. El atractivo sociocultural actual para los hombres es de un ambiente sano, aspecto muy deportivo (McKay-Parks & Read, 1997), lo que ocasiona que los hombres se centren en una inconformidad entre la forma de su cuerpo real y el ideal (Wroblecka, 1997), lo que aumenta la probabilidad de desarrollar un Trastorno Dismórfico Muscular (TDM) el cual está propuesto como una subcategoría de los trastornos somatomorfos (Pope et al., 1997) aunque actualmente se diagnostica en el Trastorno Dismórfico Corporal. Este trastorno afecta principalmente a los hombres, en particular a los que participan en levantamiento de pesas o fisicoculturismo (Pope, Katz & Hudson, 1993).

Grieve (2007) menciona que el TDM es un conjunto de actitudes y comportamientos que son característicos de un deseo extremo de ganar masa corporal, dichas actitudes incluyen una aversión a la forma actual del cuerpo y un fuerte deseo de cambio corporal, así como un comportamiento excesivo de levantamiento de pesas, comer grandes cantidades de alimentos con alto contenido de proteínas, uso de suplementos para aumentar de peso y uso de esteroides anabolizantes.

El TDM parece formar parte del espectro del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Maida & Armstrong 2005), además de abarcar tanto la ansiedad y los TCA, específicamente de la AN por sus similitudes en cuanto a criterios diagnósticos, de hecho, la conceptualización original del TDM fue nombrarlo como anorexia inversa (Pope, Katz & Hudson 1993). Además, los hombres con TDM, con frecuencia tienen una historia de TCA (Pope et al., 1993) o síntomas relacionados a dichos trastornos (Olivardia, Pope, Borowiecki & Cohane 2004).

## 2.5. Modelos Teóricos del Desarrollo de TCA

Al igual que con el desarrollo de cualquier trastorno psicológico, hay un gran número de factores que contribuyen a la etiología de los TCA en los hombres, por ejemplo, Cumella (2003) menciona que el inicio de un TCA en varones, al igual que en las mujeres, comienza en la adolescencia, sin embargo, parece haber tres tipos de inicio.

1. Hombres preadolescentes que pueden desarrollar TCA en un esfuerzo por reducir la obesidad relacionada con las burlas de sus compañeros.
2. Adolescentes y adultos jóvenes que pueden desarrollar un TCA por conflictos de sexualidad e identidad de género.
3. Hombres adultos que pueden desarrollar un TCA en un esfuerzo por lograr un sentido de la masculinidad y control en el estrés marital y en situaciones de trabajo.

Cafri et al., (2005) diseñaron otro modelo que se deriva del Modelo *tripartita* de la influencia de la imagen corporal y TCA propuesto para mujeres (Van den Berg, Thompson, Brandon & Coover, 2002), éste trata de explicar la relación entre variables de conductas disfuncionales que contribuyen a cambiar el cuerpo de los varones.

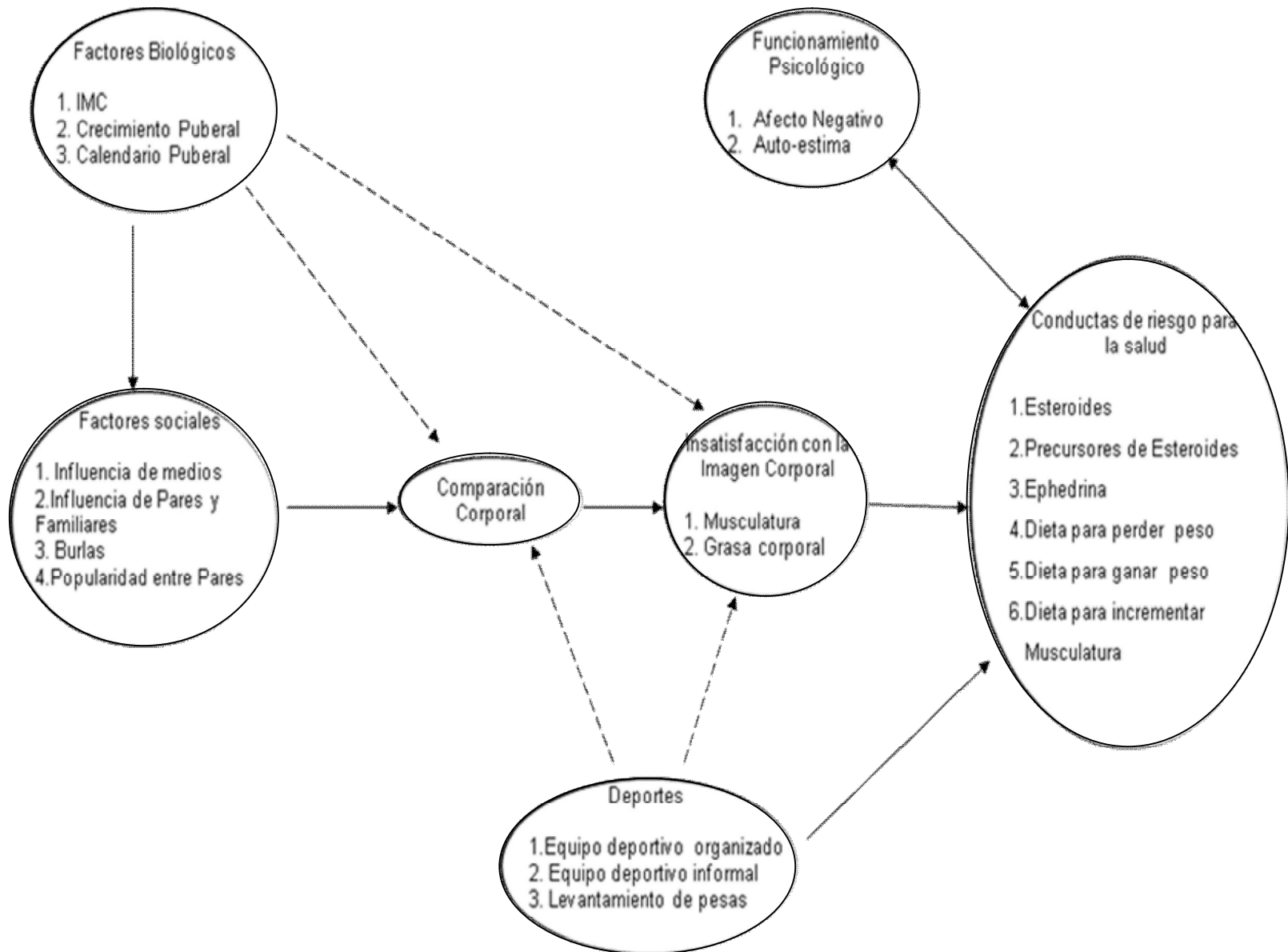


Figura 1. Modelo Tripartita que explica la relación entre variables que contribuyen a cambiar el



### 3. Estudios de TCA en México

En México, el estudio de los TCA es reciente, éste se ha enfocado básicamente en población femenina, siendo escasos los que han incluido a varones, dichos estudios se han hecho con el objetivo de determinar la presencia de síntomas de trastornos del comportamiento alimentario en varones mexicanos, el primero de ellos se realizó con una muestra de 100 estudiantes universitarios, encontrando que 2% de los varones presentaban síntomas de TCA (Vázquez *et al.*, 2002).

En un estudio realizado en Guadalajara (Jalisco, México), donde participaron 83 hombres de entre 15 y 58 años usuarios de gimnasio se encontró que poco más de la mitad (46 sujetos) presentaba una preocupación moderada por su imagen corporal, mientras que 10% de la muestra mostraba una preocupación grave (Baile, Monroy & Garay, 2005).

Vázquez *et al.*, (2006) realizaron un estudio con 45 niños, con una media de edad de 10 años y 42 jóvenes con un promedio de edad de 19 años, donde compararon a la presencia de sintomatología de TCA y de dos factores asociados a ésta: la insatisfacción corporal y la influencia del modelo estético corporal. Los participantes respondieron al Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), al Cuestionario de influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) y al Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ). Encontrando que la presencia de sintomatología de TCA fue mayor en los niños que en los jóvenes, quienes mostraron una mayor interiorización del modelo corporal de delgadez.

Otro estudio efectuado por Gómez-Peresmitré y Acosta (2000), con una muestra ( $N = 1\ 646$ ) de estudiantes con un rango de edad de 14 a 24 años, se encontró que 15% hacían dieta restrictiva y 12% decían comer más o menos de las cantidades adecuadas de alimento. El deseo de bajar o subir de peso estuvo correlacionado con su IMC, la valoración del sentirse atractivo tuvo importantes efectos en la satisfacción o insatisfacción corporal. Un estudio diferente confirma estos resultados en una muestra de estudiantes universitarios, al encontrar asociaciones significativas entre el deseo de

adelgazar y el malestar con la imagen corporal en varones (Vázquez *et al.*, 2002).

Vázquez *et al.* (2004) realizaron un estudio con 511 estudiantes de secundaria, bachillerato y universidad, se observó que con los criterios utilizados para mujeres mexicanas en los puntos de corte del EAT y BULIT, había 16.4% de varones con síntomas de TCA, pero si se considera lo utilizado en el ámbito internacional, sólo se alcanza 7%. Finalmente, en una muestra con estudiantes de bachillerato y universidad, residentes en un campus universitario de la ciudad de Monterrey, se encontró que 12.7% de los hombres presentaron síntomas de TCA (Álvarez *et al.*, 2003).

Lo anterior indica que los síntomas típicos de los TCA, como la insatisfacción por el peso corporal, el ejercicio excesivo para el control de peso son altamente prevalentes en los adolescentes, ya sean hombres o mujeres, aunque en el caso de éstas, las manifestaciones de estas conductas son más apreciadas que en los hombres (Al-Sendi, Shetty & Musaiger 2004; Lowry, Galuska, Fulton, Burgeson & Kann, 2005; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Perry & Irving, 2002).

Estos datos mostraron la relevancia de conocer la incidencia de TCA en varones mexicanos, ya que un importante porcentaje de ellos presenta síntomas como dieta restrictiva, ejercicio excesivo o malestar con su imagen corporal, para ellos se ha recurrido a la utilización de instrumentos para la evaluación de los síntomas y conductas de TCA, dichos instrumentos son de auto-reporte, además del uso de entrevistas semi-estructuradas.

Además es importante saber que para la aplicación de instrumentos diagnósticos se debe tomar en cuenta que estos cuenten con propiedades psicométricas (validez y confiabilidad).

Un primer trabajo relacionado con la detección de signos y síntomas de TCA en varones mexicanos, es el realizado por Vázquez *et al.* (2008) quién estructuró un inventario denominado ITCAH, a partir de 5 instrumentos utilizados y

adaptados en población mexicana para población femenina, los cuestionarios son:

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40, Eating attitudes test, EAT, Garner & Garfinkel, 1979), En México fue adaptado y validado en mujeres por Álvarez (2000) y para varones por Saucedo (2004).

El Test de Bulimia (BULIT, Bulimia Test, Smith & Thelen, 1979), adaptado y validado en población mexicana por Alvarez (2000).

El Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ. Body Shape Questionnaire, Cooper, Cooper & Fairburn, 1987), Adaptado y validado en población mexicana por Galán (2004) y Para varones, ha sido adaptado por el Proyecto de Nutrición de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México y ha mostrado discriminar entre jóvenes mexicanos que padecen o no trastornos alimentarios (Mateo, 2002).

El Inventario de Trastornos del Comportamiento Alimentario (EDI, Eating disorders Inventory, Garner, Olmsted & Polivy, 1983), adaptado y valorado en México por Alvarez, Franco, Mancilla, Álvarez y López (2000).

El Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero & Martínez, 1994), adaptado y validado en población mexicana por Vázquez, Alvarez y Mancilla (2000), para población varones mexicanos fue adaptado y valorado por Velázquez (2003).

## **OBJETIVO**

Evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario ITCAH en adolescentes varones.

## **OBJETIVOS PARTICULARES**

- Evaluar la confiabilidad a partir de la consistencia interna del ITCAH
- Evaluar la validez de constructo (factorial) del ITCAH

# MÉTODO

## Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística, constituida por 450 varones con un rango de edad de 15 a 24 años ( $\bar{x}$  =18.75, D.E. 3.38) provenientes de diferentes instituciones educativas. A los cuales se les aplicó el Inventario de Trastornos del Comportamiento Alimentario para Hombres (ITCAH-R).

	UNIVERSIDAD			PREPARATORIA				Total
	Pública	Privada		Pública	Privada			
Procedencia	FES			CONALEP Naucalpan I	CCH Naucalpan	ENP 8	UVMP	
	Iztaca la	FES Acatlán	UVM					
<i>n</i>	129	59	37	105	31	42	47	450
Media de edad	21.66	21.37	18.68	16.15	16.94	16.64	16.43	18.75
D.E.	(3.71)	(1.89)	(1.05)	(1.28)	(1.45)	(1.24)	(1.19)	(3.38)

**Tabla 1.** Nivel educativo, procedencia y edad de los participantes. CCH= Colegio de Ciencias y Humanidades. CONALEP=Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica. FES=Facultad de Estudios Superiores. UVM= Universidad del Valle de México. ENP=Escuela Nacional Preparatoria. D.E.=Desviación Estándar

## Instrumentos

Se utilizó el Inventario de Trastornos del Comportamiento alimentario para Hombres (ITCAH) elaborado por Vázquez (2008). Constituido por 63 reactivos y 3 opciones de respuesta.

## Procedimiento

Previo a la aplicación, considerando las recomendaciones hechas por Vázquez (2008), se hizo una revisión del ITCAH y se agregaron dos constructos que no estaban contemplados y que están relacionados con los TCA:

- 1) Siete preguntas relacionadas con el perfeccionismo, retomadas de la validación en México de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Franco (2007).

- 2) Cinco preguntas de Dieta (obtenidas de entrevistas clínicas), esto con el fin de obtener la versión final del inventario denominado ITCAH-R.

Una vez agregados los constructos, el nuevo ITCAH-R quedó conformado por 75 reactivos, 3 opciones de respuesta y 15 factores. Sin embargo, debido a que el cuestionario se estructuró a partir de 5 instrumentos, las oraciones gramaticales de los reactivos eran diferentes, por lo que se decidió crear dos versiones, la primera de ellas contenía afirmaciones y preguntas y, la segunda, únicamente preguntas (ambas versiones estaban en segunda persona).

Estas dos versiones fueron probadas en 100 participantes con la finalidad de ver si existían diferencias significativas en las respuestas de las dos versiones, para ello aplicamos una prueba ( $t= 0.491$ ,  $p= .624$ ) donde se encontró que no había diferencias significativas al momento de responder los cuestionarios y, por consiguiente se decidió dejar la versión que contiene preguntas y afirmaciones.

Ya obtenida la versión final del ITCAH-R se procedió a su aplicación y para esto se pidió el permiso a las diferentes instituciones académicas para la aplicación del cuestionario. La aplicación del cuestionario se realizó de manera grupal (de 5 a 15 personas).

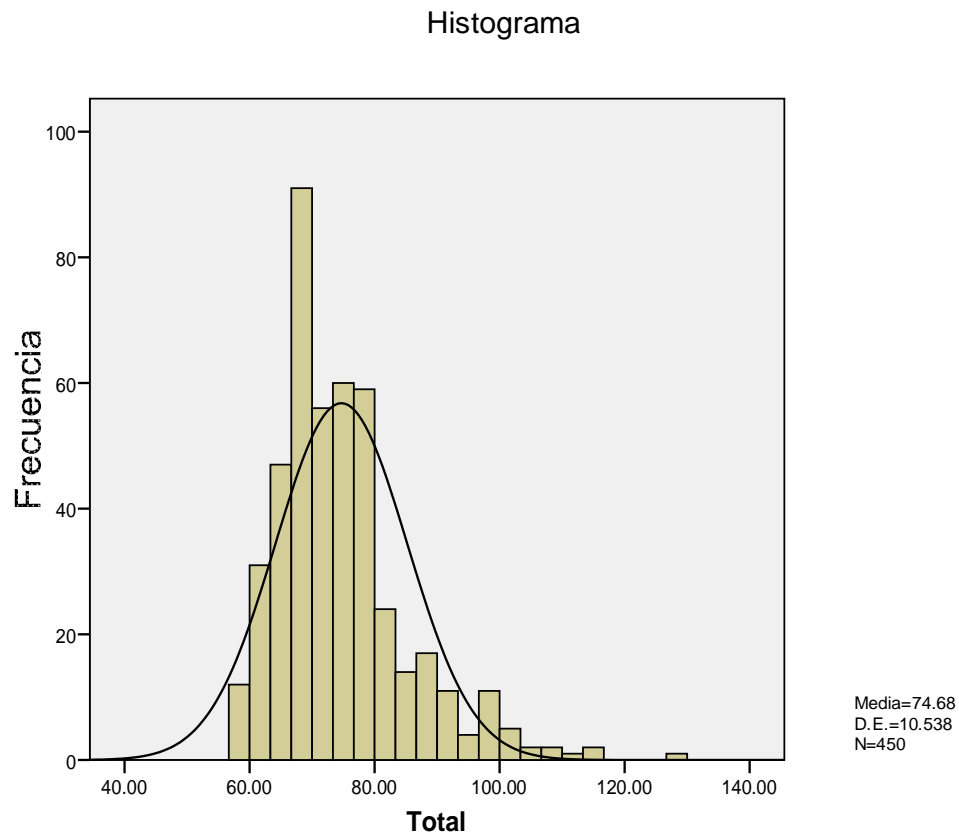
#### *Análisis de los datos*

Primero se valoró la *confiabilidad* del ITCAH-R a través del método basado en una sola aplicación del test, evaluando específicamente la *consistencia interna*, mediante el coeficiente Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ).

Posteriormente, se evaluó la *validez de constructo* mediante el análisis factorial, lo que supone analizar el grado en el que el ITCAH-R cumple con el objetivo para el que fue creado.

# RESULTADOS

Como primer paso, se analizó la distribución de frecuencias de la puntuación total del ITCAH-R. La puntuación mínima fue de 57 y la máxima de 127, con un promedio de 74.68 (D.E.= 10.53). Los valores de asimetría y curtosis fueron de 1.37 y 2.58 respectivamente, esto quiere decir que tiene una asimetría positiva, ya que está cargada ligeramente a la derecha, con una curva leptocúrtica.



**Figura 1.** Histograma de frecuencias de las puntuaciones totales del ITCAH-R.

La medición psicológica consta de describir, predecir y explicar los fenómenos empíricos de interés, este proceso se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar (y frecuentemente cuantificar) los datos disponibles, es decir, los indicadores en términos del concepto que el investigador tiene en mente (Carmines & Zeller, 1979, citado en Hernández, Fernández & Baptista 2006). Y en este proceso, el instrumento de medición o de recolección de los datos juega un papel central y, por tanto, toda medición o instrumento de

recolección de datos debe reunir dos criterios esenciales para saber si el resultado de la medición es correcta, dichos criterios son *la confiabilidad y la validez*.

### **Confiabilidad.**

Se dice que una medida es fiable si al repetirla, proporciona resultados suficientemente estables, que como mucho, difieren entre sí por variaciones pequeñas y atribuibles al azar (Viladrich, , Prat, Doval & Vall-Lovera, 1997) y cuanto mayor sea dicha concordancia, mayor es la fiabilidad de la medida.

Para poder calcular la confiabilidad o (coeficiente de fiabilidad) de un instrumento de medición existen tres métodos (García, 1993).

**1. Método de formas paralelas.** Se aplica a un grupo normativo pertinente y se hace una forma paralela a dicho test (otro que mida lo mismo que el anterior) con el mismo formato, número de reactivos y del mismo tipo, pero que sus reactivos estén redactados de forma distinta, se aplica al mismo grupo y la fiabilidad estará expresada por el coeficiente de correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambas pruebas.

**2. Método de repetición del test o test-retest.** Consiste en la aplicación del test en dos ocasiones diferentes al mismo grupo, de modo que la fiabilidad se estima con base en el coeficiente de correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambas aplicaciones.

**3. Método basado en una sola aplicación del test.** Comprende básicamente dos métodos:

a) El primer método supone que una vez aplicado el test se divide en dos mitades aleatorias (o puede también dividirse con base en los reactivos pares y nones) y se calcula el coeficiente de correlación entre ambas partes.

b) El segundo método, y que es el utilizado en el presente estudio, es el de la estimación de la consistencia interna (Crocker & Algina, 1986), la cual se emplea para determinar en qué medida los elementos que componen un test (sus reactivos) son equivalentes (Viladrich, et al., 1997). Lo anterior se puede



obtener y expresar a partir del coeficiente alfa de Cronbach, con el cual permite estimar el grado en que covarían los reactivos que constituyen el test y comprobar, por tanto, la fiabilidad del mismo (Martínez, 1995; Muñiz, 1992). En este estudio, el Alfa de Cronbach se obtuvo a través del método de matriz covariante y se encontró que el ITCAH cuenta con un grado sobresaliente de consistencia interna ( $\alpha=.88$ ).

Para complementar los resultados, se aplicó el coeficiente  $r$  de Pearson para correlacionar la puntuación total con cada uno de los reactivos que se derivaron del instrumento (quedando 55). En la Tabla 2 se puede apreciar que las correlaciones alcanzaron valores entre .10 y .61 con un nivel de significancia de  $p < .01$ , a excepción del ítem 53 el cual tuvo un nivel de significancia de  $p < .05$ .

ITEMS	( $r$ )	Nivel de Significancia
5, 8, 11, 15, 19, 28, 32, 36, 40, 41, 49, 53	De .10 a .29	$p < .01$ $p < .05$
1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 35, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 54, 55	De .30 a .49	$p < .01$
10, 12, 17, 29, 31, 33, 34, 37, 51, 50	De .50 a .59 .61	$p < .01$ $p < .01$

Tabla 2. Correlación ( $r$ ) entre la puntuación total del ITCAH-R) y la de cada reactivo (55).

## Validez

Se dice que la validez es el grado en que una determinada inferencia a partir de un test es apropiada o significativa. Se trata de determinar hasta qué punto un test es útil para extraer de él determinadas conclusiones y hasta qué punto están justificadas ciertas interpretaciones de los resultados (Viladrich, et al., 1997). De acuerdo con diversos autores el término "validez" denota la utilidad científica de un instrumento de medida, a partir del cual se establece qué tan bien mide lo que pretende medir (Coolican, 1994; Hernández, Fernández & Baptista, 1991; Kerlinger, 1979).

Al concepto de validez se la han dado tres acepciones principales (Nunnaly & Bernstein, 1995):

1. **Validez de criterio**, se establece a partir de la comparación de un instrumento de medición con algún criterio estándar externo, entre más relacionados estén éstos, la validez de criterio será mayor (Namakforoosh, 1995). Así, a la correlación entre 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, et al., (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.

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, 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.

3. **Validez de constructo**, se refiere al grado en que la escala usada concuerda con los objetivos para los que fue creada, es decir que refleja el alcance que tiene para satisfacer las expectativas teóricas. Dentro de ésta, García (1993) identifica tres tipos específicos;

\* **Validez convergente**, es cuando el test presenta altas correlaciones con otros tests que miden el mismo rasgo, aunque con métodos diferentes, por lo que ofrecen evidencias de que la medida en cuestión está coherentemente correlacionada con otra medida del constructo.

\* **Validez divergente**, ésta se establece cuando un test presenta correlaciones bajas con tests que, utilizando el mismo método, miden distintos rasgos.

\* **Validez factorial**, ésta se determina por medio de un modelo estadístico multivariado denominado análisis factorial, el cual examina la estructura interna de la unidad de medida y calcula si los indicadores tienen algo en común, es decir, si tienen un común denominador, mide las correlaciones entre los indicadores e intenta descubrir si hay un constructo subyacente. Los reactivos deben tener un común denominador que debe aflorar estadísticamente. La estructura subyacente o común denominador se llama factor.

El principio básico del análisis factorial es el procesamiento de correlaciones entre las variables, esto con la finalidad de analizar las asociaciones lineales entre ellas.

Los criterios para decidir un análisis factorial fueron de acuerdo con Yela (1997):

1. Un reactivo debe tener una saturación igual o superior a .40.
2. Un reactivo se incluye en un solo factor, aquél en el que presente un mayor nivel de saturación.
3. Debe existir una congruencia conceptual entre todos los reactivos que se incluyen en un factor.

4. Un factor para ser considerado como tal debe estar compuesto de al menos tres reactivos.

En este estudio, para mejorar la capacidad de interpretación de los factores se empleó el método de análisis factorial con rotación varimax, forzando la rotación a 10, 11, 12, y 14 factores, considerando como la más adecuada la rotación de 12 factores, los cuales explicaron el 49.41% de la varianza total (Véase Tabla 3).

Varianza total explicada		
Factor	% de la Varianza	% Acumulado
1	7.74	7.74
2	6.06	13.81
3	5.86	19.68
4	5.10	24.78
5	4.16	28.94
6	3.52	32.46
7	3.42	35.88
8	3.35	39.24
9	3.16	42.41
10	2.79	45.20
11	2.32	47.53
12	1.87	49.41

**Tabla 3.** Estructura factorial y varianza explicada por factor.

Basado en los criterios de Yela (1997), de los 12 factores obtenidos para el ITCAH-R se recurrió a la eliminación de 2 factores y la unificación de otros 2, porque:

- 1) El factor 12 no contaba con reactivos.
- 2) Debido a la similitud entre el factor 6 y 10 se trató de unificarlos, sin embargo el alfa de Cronbach se veía afectado de forma drástica, ya sea con una o con todas las preguntas, por lo que se optó por el de mayor consistencia, factor 6.
- 3) La conjunción del factor 5 y 9, puesto que abordaban lo mismo y al unirlos no afectaba de manera importante el alfa de cronbach.

La estructura quedó conformada de la manera siguiente:

El **factor 1** (Véase Tabla 4) estuvo inicialmente constituido por 11 reactivos con un alfa de Cronbach de .85, sin embargo, el reactivo ITCAH40 (Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo?) no tenía una congruencia conceptual con el factor, por lo tanto se decidió no incluirlo, quedando el factor constituido por 10 reactivos con un el Alfa de Cronbach de **.84**, que explica el 7.74% de la varianza, éste se nombró ***Malestar corporal y motivación para adelgazar*** porque evalúa la preocupación que tienen la personas por su figura, así como el deseo de ser delgado y la preocupación que tienen por aumentar de peso.

<b>Factor 1</b>		
<b><i>Malestar corporal y motivación para adelgazar</i></b>		
<b>Item</b>	<b>Pregunta</b>	<b>C.P.</b>
<b>ITCAH11</b>	La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio para adelgazar?	.75
<b>ITCAH 3</b>	¿Te has sentido excesivamente gordo o robusto?	.69
<b>ITCAH 1</b>	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	.68
<b>ITCAH50</b>	¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o tú estómago?	.64
<b>ITCAH38</b>	¿Has tenido miedo a engordar?	.62
<b>ITCAH43</b>	¿Has disminuido la cantidad de alimentos en tus comidas diarias?	.56
<b>ITCAH30</b>	¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanto grasa tienes?	.51
<b>ITCAH71</b>	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de ejercicio?	.53
<b>ITCAH10</b>	Verte reflejado en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentir mal con tu figura?	.48
<b>ITCAH70</b>	¿Te has sentido acomplejado por tu cuerpo?	.44
		<b>7.74% de varianza total.</b>

**Tabla 4.** Reactivos agrupados en el factor 1. **C.P.**=Carga Ponderal

Como se observa en la Tabla 5, el **factor 2** cuenta con 10 reactivos y se nombró ***Influencia de la publicidad*** porque evalúa el interés que tienen las personas por el bombardeo de productos adelgazantes a través de libros, revistas y la televisión. Este factor explica el 6.06% de la varianza total y alcanzó un alfa de cronbach de **.83**.

<b>Factor 2</b>		
<b><i>Influencia de la publicidad</i></b>		
<b>Item</b>	<b>Pregunta</b>	<b>C.P.</b>
ITCAH24	¿Comentas a tus amigos y compañeros los anuncios y productos destinados a adelgazar?	.66
ITCAH22	¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	.58
ITCAH60	¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	.59
ITCAH14	¿Llaman tu atención los anuncios de televisión de productos adelgazantes?	.54
ITCAH68	¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	.56
ITCAH46	¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	.56
ITCAH64	¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?	.55
ITCAH32	¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?	.49
ITCAH15	¿Hablas con tus amigos y compañeros acerca de productos o actividades adelgazantes?	.47
ITCAH44	¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	.41
		<b>6.06 % de varianza total.</b>

Tabla 5. Reactivos agrupados en el factor 2. C.P.= Carga Ponderal.

El **factor 3** (Véase Tabla 6) evalúa el uso de conductas purgativas para el control del peso, principalmente el vómito y uso de laxantes, por lo tanto se llamó **Conductas compensatorias**. Inicialmente estaba constituido por 8 reactivos, pero debido a la falta de congruencia conceptual se eliminaron los reactivos **48** *¿Has evitado ir a eventos sociales (ej. una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?*; **51** *¿Te sientes deprimido inmediatamente después de comer demasiado?* y **55** *¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?*, quedando finalmente formado por 5 reactivos que explican el 5.86% de la variabilidad total y un  $\alpha=.70$ .

<b>Factor 3</b>		
<b><i>Conductas compensatorias</i></b>		
<b>Item</b>	<b>Pregunta</b>	<b>C.P.</b>
ITCAH73	Usas diuréticos para controlar tu peso.	.72
ITCAH42	Usas laxantes o supositorios para controlar tu peso	.63
ITCAH31	¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	.59
ITCAH59	¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?	.50
ITCAH28	¿Has vomitado o has consumido laxantes para sentirte más delgado?	.45
		<b>5.86% de varianza total.</b>

Tabla 6. Reactivos agrupados en el factor 3. C.P.= Carga Ponderal.

Los 8 reactivos que componen el **factor 4**, llamado **Atracón alimentario** (Véase Tabla 7), a episodios de sobreingestión de comida superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en

circunstancias parecidas, así como el sentimiento de falta de control sobre la ingestión durante el episodio de atracón. El factor explica el 5.10% de la variabilidad total y tiene un alfa de cronbach de **.77**.

<b>Factor 4</b>		<b>Atracón alimentario</b>	
<b>Item</b>	<b>Pregunta</b>		<b>C.P.</b>
ITCAH8	Comes hasta sentirte demasiado cansado para continuar comiendo		.68
ITCAH20	Comes mucho incluso cuando no estás hambriento		.66
ITCAH57	¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podrías explotar?		.65
ITCAH66	¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?		.61
ITCAH74	¿Te autodenominarías actualmente un tragón?		.61
ITCAH39	¿Comes hasta el punto de sentirte mal?		.51
ITCAH29	Te podrías llamar, actualmente, un "comedor compulsivo" (episodios de ingestión incontrolada)		.44
ITCAH56	Creer que la comida controla tu vida		.43
<b>5.10% de varianza total.</b>			

Tabla 7. Reactivos agrupados en el factor 4. C.P.= Carga Ponderal.

El **factor 5** inicialmente estaba formado por 5 reactivos, pero debido a la falta de congruencia conceptual se eliminaron los reactivos **62** *Cuando vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?* y **45** *Cuando estás viendo una película ¿miras a los actores fijándote especialmente en si son gordos o delgados?*, posteriormente, se decidió unirlos con el factor 9 que contaba con 3 reactivos (4, 7 y 9 con un alfa de **.60**), ya que ambos evalúan el descontento que pueden tener los hombres respecto a su propia figura, así como el deseo de tener un cuerpo musculoso; por lo tanto, este factor (véase Tabla 8) se nombró **Motivación por la figura musculosa**, quedando finalmente conformado por 6 reactivos con un alfa de cronbach de **.74** y explica el **4.16%** de la varianza total.

<b>Factor 5</b>		<b>Motivación por la figura musculosa</b>	
<b>Item</b>	<b>Pregunta</b>		<b>C.P.</b>
ITCAH52	¿Envidias la musculatura de algunos actores?		.67
ITCAH33	¿Envidias el cuerpo de gimnastas, nadadores u otros deportistas?		.61
ITCAH35	Estar con chicos musculosos y/o atléticos ¿te ha hecho fijarte en tu figura?		.60
ITCAH7	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho hacer ejercicio para aumentar tu musculatura?		.63
ITCAH9	¿Realizas una dieta alta en proteínas para aumentar tu masa muscular?		.62
ITCAH4	¿Te has imaginado con un cuerpo atlético o musculoso?		.53
<b>4.16 % de varianza total.</b>			

Tabla 8. Reactivos agrupados en el factor 5. C.P.= Carga Ponderal.

El **factor 6** Inicialmente estaba constituido por 6 reactivos, sin embargo los reactivos 27 *¿Te propones metas extremadamente altas?* y 67 *¿Te propones metas más altas que la mayoría de las personas?* tenían cargas ponderales negativas (-.49 y -.55 respectivamente) y al obtener el alfa de este factor con todos sus reactivos, daba de  $\alpha = .14$  y al eliminar estos reactivos, el alfa aumentó a **.64**, dando como resultado un factor con 4 reactivos nombrado **Perfeccionismo** (Véase Tabla 9), que evalúa aquellas metas elevadas y poco realistas de cumplir, así como los sentimientos de seguridad e inseguridad, explicando el 3.52 % de la variabilidad total.

<b>Factor 6</b>		<b>Perfeccionismo</b>
<b>Item</b>	<b>Pregunta</b>	<b>C.P.</b>
ITCAH53	Piensas que puedes alcanzar tus metas	.69
ITCAH54	Tratas de ser una persona limpia	.66
ITCAH72	La limpieza es muy importante para ti	.61
ITCAH26	Te sientes seguro de ti mismo	.45
		<b>3.52 % de varianza total.</b>

**Tabla 9.** Reactivos agrupados en el factor 6. C.P.= Carga Ponderal.

En la Tabla 10 se presenta el **Factor 7**, nombrado **Miedo a madurar** y evalúa el deseo de permanecer en la seguridad de la infancia y el temor a convertirse en adultos. Está compuesto por 4 reactivos que explican el 3.42% de la varianza total y con un alfa de **.72**.

<b>Factor 7</b>		<b>Miedo a madurar</b>
<b>Item</b>	<b>Pregunta</b>	<b>C.P.</b>
ITCAH36	Piensas que las personas son más felices cuando son niños	.78
ITCAH47	El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño	.77
ITCAH63	Te gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia	.70
ITCAH17	Te gustaría tener menos edad	.45
		<b>3.42% de varianza total.</b>

**Tabla 10.** Reactivos agrupados en el factor 7. C.P.= Carga Ponderal.

Los reactivos del **factor 8** (Véase Tabla 11) evalúan los pensamientos de uno con relación a expresar sentimientos y confianza hacia otras personas. Este factor se nombró **Desconfianza interpersonal**, consta de 4 reactivos, explicó el 3.35% de la varianza total y tiene  $\alpha = .70$ .



<b>Factor 8</b>		
<b><i>Desconfianza interpersonal</i></b>		
<b>Item</b>	<b>Pregunta</b>	<b>C.P.</b>
<b>ITCAH18</b>	¿Eres una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos?	.79
<b>ITCAH12</b>	¿Puedes hablar sobre tus sentimientos y pensamientos personales?	.78
<b>ITCAH25</b>	¿Confías en los demás?	.57
<b>ITCAH6</b>	¿Te comunicas fácilmente con los demás?	.57
<b>3.35% de varianza total.</b>		

**Tabla 11.** Reactivos agrupados en el factor 8. **C.P.**= Carga Ponderal.

Finalmente, el **factor 9** (Véase Tabla 12) se llamó **Sentimientos negativos posteriores al atracón** y evalúa los pensamientos, sentimientos y sensaciones de incomodidad que surgen después de un atracón alimentario, estaba compuesto inicialmente por 3 reactivos con un alfa de **.59**, sin embargo, al agregar el reactivo 51 que también cargaba aquí, el alfa aumenta a **.66**, por lo tanto se decidió dejar este reactivo en el factor que explica el 3.16 % de la variabilidad total.

<b>Factor 9</b>		
<b>Sentimientos negativos posteriores al atracón</b>		
<b>Item</b>	<b>Pregunta</b>	<b>C.P.</b>
<b>ITCAH58</b>	¿Te sientes mal contigo mismo después de comer demasiado?	.50
<b>ITCAH40</b>	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo?	.43
<b>ITCAH2</b>	¿Te sientes incómodo después de comer dulces?	.41
<b>ITCAH51</b>	¿Te sientes deprimido inmediatamente después de comer demasiado?	.40
<b>3.16 % de varianza total.</b>		

**Tabla 12.** Reactivos agrupados en el factor 9. **C.P.**= Carga Ponderal.

De tal manera que la estructura factorial quedó formada por 9 factores y 55 reactivos, eliminando 20 (5, 13, 16, 19, 21, 23, 27, 34, 37, 41, 45, 48, 55, 49, 61, 62, 65, 67, 69, 75) de la versión ITCAH (Vázquez, 2008) que no se agruparon en los factores, de los cuales 10 tenían carga ponderal menor a .40 y 10 no tenían congruencia conceptual con los factores.

Se pueden seguir manteniendo las dos dimensiones propuestas en el ITCAH original:

- 1) Signos y síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Son Los componentes que caracterizan a los TCA y aspectos primordiales en la sintomatología de los mismos.

2) Factores Asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Evalúa aquellos aspectos involucrados en el padecimiento o desarrollo de un TCA.

Finalmente se muestra un resumen de la nueva estructura en la Tabla 13.

### Organización factorial del ITCAH-R

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>FACTOR</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>REACTIVOS</b>	<b>No. De reactivos</b>	<b>Alfa (á)</b>
<b>Signos y síntomas de TCA</b>	<b>Malestar con la imagen corporal y motivación para adelgazar</b>	BSQ Dieta	2, 4, 19, 20, 23, 29, 30, 34, 50, 1	10	.84
	<b>Atracón alimentario</b>	BULIT	3, 4, 8, 12, 17, 24, 28, 35	8	.77
	<b>Sentimientos negativos posteriores al atracón</b>	EAT BULIT BSQ	36 14, 29 17	4	.66
	<b>Conductas compensatorias</b>	BULIT BSQ	7, 15, 27, 34 26	5	.70
<b>Factores Asociados a los TCA</b>	<b>Influencia de la publicidad</b>	CIMEC	6, 9, 10, 14, 15, 21, 23, 26, 28, 32	10	.83
	<b>Miedo a madurar</b>	EDI	3, 6, 14, 48	4	.72
	<b>Perfeccionismo</b>	MPS	12,27	4	.64
		EDI	37		
	<b>Motivación por la figura musculosa</b>	CIMEC BSQ Dieta	4, 16, 9, 16, 21, 2	6	.74
<b>Desconfianza interpersonal</b>	EDI	15, 17, 23,57	4	.70	
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>55</b>		<b>α=.88</b>

Tabla 13. Estructura final del ITCAH-R.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue analizar las propiedades psicométricas del *Inventario de Trastorno del Comportamiento Alimentario para hombres (ITCAH)* estructurado por Vázquez (2008), instrumento que evalúa sintomatología y factores asociados a los TCA en varones y consta de 63 reactivos agrupados en 13 factores y dividido en dos dimensiones.

Dentro de este análisis, se tomaron en consideración las propuestas hechas por Vázquez (2008), por ejemplo, el agregar constructos de evaluación que han mostrado ser relevantes, en este caso se agregaron 12 preguntas relacionadas con Dieta y Perfeccionismo, dando como resultado un cuestionario con 75 reactivos, 15 factores y dos dimensiones.

Una vez hecho el análisis, el resultado lo hemos nombrado ITCAH-R (ver tabla 14), el instrumento quedó conformado por 55 preguntas agrupadas en 9 factores y conservando las dos dimensiones propuestas en su primera versión, 1) *Signos y síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria* y 2) *Factores Asociados a los Trastornos del comportamiento alimentario*, presentando una buena consistencia total ( $\alpha = 0.88$ ) y en sus factores, ya que los *alfas* van de .64 a .84, datos que confirman que el ITCAH-R es un instrumento confiable y apropiado para la detección de sintomatología de TCA en varones de 14 a 25 años.

Dimensión 1		
<b>Signos y síntomas de Trastornos del comportamiento Alimentario</b>		
Factor	No. de Reactivos	Alfa
Malestar corporal y motivación para adelgazar	10	.84
Atracón alimentario	8	.77
Sentimientos negativos posteriores con el atracón	4	.66
Conductas compensatorias	5	.70
Dimensión 2		
<b>Factores Asociados a los Trastornos del comportamiento alimentario</b>		
Influencia de la publicidad	10	.83
Miedo a madurar	4	.72
Desconfianza Interpersonal	4	.70
Motivación por la figura musculosa	6	.74
Perfeccionismo	4	.64
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>.88</b>

Tabla 14. Estructura final del cuestionario ITCAH-R

Un primer contraste entre los cuestionarios ITCAH e ITCAH-R indica una reducción tanto de factores como de reactivos para el ITCAH-R, con ello se mejoró, los niveles de fiabilidad para cada factor y las dimensiones en general. Es importante resaltar que aquellos factores que se conservaron son relevantes en medida que forman parte de los principales síntomas para el diagnóstico de un TCA como se ha señalado en la literatura (Raich, 1994; Ricciardelli y McCabe, 2002; Neumark-Sztainer y Hannan, 2000).

A continuación, se realizará una comparación por dimensiones entre el ITCAH e ITCAH-R:

Como se observa en la tabla 15, la consistencia interna de la dimensión *Signos y Síntomas de Trastornos de la conducta Alimentaría* es mejor en el ITCAH-R ya que los alfa de los factores son superiores, debido a que se encuentran arriba de .70, excepto en el factor *Sentimientos negativos posteriores con el atracón*, esta dimensión quedó finalmente conformada por 4 factores, 27 reactivos y un alfa total de .84.

En esta primera dimensión, el número de factores se redujo de 6 a 4 para el ITCA-R, uno de los motivos por la que se dio dicha reducción fue la unión de los factores ***Malestar con la imagen corporal y motivación para adelgazar***. El segundo caso fue la eliminación del factor *Preocupación por la comida*, que se enfoca en las ideas obsesivas relacionadas con la ingestión de los alimentos en la persona. Dicha supresión se dio porque los reactivos obtuvieron cargas ponderales menores a .40, lo cual podría deberse a que estos elementos están presentes principalmente en mujeres, por lo tanto no son relevantes en el caso de los hombres, posiblemente esta conducta este más rezagada porque a diferencia de las mujeres, estos desean aumentar de peso y musculatura (Andersen 1997), hecho que les lleva a ingerir más cantidades de macronutrientes (Gruber y Pope, 1998; McDonald, 1998; Pope et al., 1997), sin embargo, el factor estaba originalmente constituido por 4 reactivos por lo que se sugiere probar con otros reactivos que sean más adecuados a la preocupación de los varones por la alimentación.

Dimensión 1 Signos y síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria						
ITCAH			ITCAH-R			
Factor	Reactivos	Alfa	#	Factor	Reactivos	Alfa
Malestar con la imagen Corporal	9	.85	1	Malestar corporal y motivación para adelgazar	10	.84
Motivación para adelgazar	3	.66				
Atracón Alimentario	7	.70	4	Atracón alimentario	8	.77
Sentimientos negativos relacionados con el atracón	5	.64	9	Sentimientos negativos posteriores al atracón	4	.66
Conductas compensatorias	5	.59	3	Conductas compensatorias	5	.70
Preocupación por la comida	4	.60				
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>.87</b>		<b>4</b>	<b>27</b>	<b>.84</b>

**Tabla 15.** Comparación de la dimensión Signos y síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria entre el ITCAH e ITCAH-R

Un punto importante a tomar en cuenta dentro de esta comparación es que para el caso ITCAH (Vázquez et al., 2008) la derivación de los constructos se realizó a través de un análisis de congruencia conceptual, debido al gran número preguntas; el análisis factorial se realizó sólo a lo interno de cada constructo o factor, por lo que no se obtuvo un orden jerárquico de éstos, a comparación del ITCAH-R donde se realizó su validez mediante el análisis factorial de todos los constructos, consiguiendo un orden en los factores, que es el siguiente:

- 1) *Malestar corporal y motivación para adelgazar,*
- 2) *Influencia de la publicidad,*
- 3) *Conducta Compensatorias,*
- 4) *Atracón Alimentario,*
- 5) *Motivación por la figura musculosa,*
- 6) *Perfeccionismo,*
- 7) *Miedo a Madurar,*
- 8) *Desconfianza Interpersonal y*
- 9) *Sentimientos Negativos Posteriores Al Atracón.*

Por lo tanto, dentro de la primera dimensión y de acuerdo a la organización previamente mencionada, se agruparon los factores; *Malestar con la Imagen Corporal* y *Motivación para adelgazar*, *Conductas compensatorias*, *Atracón alimentario* y *Sentimientos Negativos posteriores al Atracón*, donde los tres primeros son los más representativos de la dimensión, no así el último ya que de acuerdo a su nivel jerárquico dentro del análisis factorial, éste es el que menor importancia tiene, lo que indica que quizá no sea un factor relevante en varones, dato que concuerda con el estudio de Álvarez et al., (2003) quienes compararon los componentes del EAT-40 y BULIT entre hombres y mujeres, hallaron que la motivación para adelgazar, preocupación por la comida, sentimientos negativos posteriores al atracón y sintomatología anoréxica eran mayores en las mujeres, esto podría deberse a que socialmente, los hombres están acostumbrados a comer cantidades mayores que las mujeres, hecho que no les genera sentimientos de culpa.

En el caso de la dimensión 2, nombrada *Factores Asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario* (ver Tabla 16), se conservaron 4 de los 7 factores propuestos en el ITCAH, además de la inserción del factor llamado **Perfeccionismo**, por lo tanto, esta dimensión quedó finalmente formada por 5 factores, 28 reactivos y un alfa total de .77.

En esta dimensión, los factores *Influencia de la Publicidad* y *Motivación por la Figura Musculosa*, son los de mayor peso, ya que se encuentran dentro de los primeros 5 factores que arrojó el análisis factorial, además de que presentan un alfa mayor (.83 y .74), que los demás factores que componen esta dimensión, al respecto Pope et al., (2000) mencionan que el ideal actual de cuerpo masculino debe ser musculoso y tener una forma de "V" y esto es en parte debido a la presencia de los actuales modelos en revistas de moda y anuncios publicitarios.

Dimensión 2						
Factores Asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario						
ITCAH			ITCAH-R			
Factor	Reactivos	Alfa	Factor	Reactivos	Alfa	
Influencia de la Publicidad	7	.82	2	Influencia de la publicidad	10	.83
Miedo a madurar	4	.60	7	Miedo a madurar	4	.72
Desconfianza interpersonal.	4	.69	8	Desconfianza interpersonal	4	.70
Influencia de la figura musculosa	4	.66	5	Motivación por la figura musculosa	6	.74
Ineficacia	3	.73	6	Perfeccionismo	4	.64
Influencia de las relaciones Sociales	3	.68				
Influencia de los Modelos Sociales	5	.71				
Total	7	30	.64	5	28	.77

Tabla 16. Comparación entre la dimensión Factores Asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario

Dentro de las comparaciones entre los cuestionarios, en el caso del primer factor *Influencia de la publicidad* el número de reactivos aumentó, la razón fue porque el análisis factorial incorporó los reactivos que componían el factor ***Influencia de las relaciones Sociales***, por lo tanto más que una eliminación de factor se podría decir que es una conjunción de reactivos.

En el caso del factor *Influencia de los Modelos Sociales*, se eliminó porque:

- 1) Uno de sus reactivos no apareció en el análisis factorial debido a que presentaba cargas ponderales menores a .40.
- 2) Dos reactivos se eliminaron debido a que no presentaban congruencia conceptual con algún otro factor.
- 3) Dos reactivos se agruparon en el factor *Motivación por la figura musculosa*.

En el caso de los Factores *Miedo a madurar* y *Desconfianza interpersonal*, conservaron el mismo número de reactivos, pero los niveles de fiabilidad para cada factor se vieron favorecidos y se encuentran arriba de .70, a pesar de que

estos factores se agruparon en los últimos lugares, es importante mencionar que han sido estrechamente relacionados dentro a los TCA (Raich, 1994; Ricciardelli & McCabe, 2002).

Para el factor Motivación por la figura musculosa se encuentra en la segunda dimensión debido a que aún no existe un criterio como tal para considerarlo dentro de los síntomas relacionados a los TCA. Es importante señalar que este factor muestra que algunos hombres en lugar de desear estar delgados, estos, están motivados para obtener mayor masa muscular y volumen físico al describir su ideal corporal (Cohn et al., 1987).

En el caso del factor *Perfeccionismo*, constructo que no estaba contemplado dentro de la versión de Vázquez et al., (2008) consta de 4 reactivos con un alfa de .64, se dice que es un factor importante en la evaluación de TCA, debido a que en diversos estudios han medido dicha conducta, por ejemplo, Minarik y Ahrens (1996), encontraron que el perfeccionismo está asociado con dos dimensiones de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS) de Frost (1990) que son 1) La inquietud por los errores y 2) las dudas acerca de las acciones. También se han encontrado puntuaciones altas en pacientes con TCA (Macedo et al. 2007), por lo que se ve pertinente la inserción de reactivos que evalúan perfeccionismo en el caso del ITCAH-R, no obstante los elegidos para este análisis no fueron los más adecuados, ya que es el factor con el alfa más bajo (.64) y no atiende a la preocupación por los errores, que es el aspecto del perfeccionismo que ha demostrado relevancia en varones (Franco, 2007).

Por lo anterior se puede decir que el ITCA-R es un instrumento que permite la evaluación sintomatología de los TCA así como de sus factores asociados, porque reúne los elementos suficientes recomendados en la literatura, además de ser una escala breve, sencilla y de fácil aplicación.

Es necesario continuar conociendo los avances en la investigación de los TCA en varones, para la actualización del ITCAH-R.



## CONCLUSIONES

El ITCAH-R quedó conformado por 55 reactivos, agrupados en dos dimensiones y con un alfa total de .88, lo que muestra una adecuada consistencia interna.

Los factores del ITCAH-R presentaron alfas que van de .64 a .88, por lo que se concluye que el instrumento muestra un buen grado de consistencia interna.

El ITCAH-R es un instrumento que permite la evaluación de sintomatología de los TCA así como de sus factores asociados en hombres mexicanos de 15 a 24 años al coincidir con los datos reportados en la literatura

Es un instrumento de fácil y rápida aplicación

Debido a la unión de los factores Motivación para adelgazar y Malestar con la imagen Corporal, se sugiere la inserción de más reactivos en el factor para considerarlos como independientes.

Se considera necesaria la inserción de más factores relevantes para la detección de sintomatología de TCA en hombres.

## REFERENCIAS

- Al-Sendi, A., Shetty, P. & Musaiger, A. (2004). Body weight perception among Bahraini adolescents. *Child Care Health, 30*, 369-376.
- Álvarez, G. (2000). Validación en México de dos Instrumentos para detectar trastornos del comportamiento alimentario: EAT y BULIT. *Tesis de maestría en psicología clínica Facultad de Psicología. UNAM.*
- Alvarez, T. D., Franco P. K., Mancilla D. J. M, Alvarez R. G., y López A. X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios en población estudiantil mexicana. *Psicología contemporánea, 7(1)*, 26-35.
- Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A., Haro, H. & Mancilla, J.M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujeres estudiantes. . *Psicología y Salud. , 13(2)*, 245-255.
- Andersen, A., Bowers, W. & Evans, K. (1997). Inpatient treatment of anorexia nervosa. In D. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guilford Press, 48-327.
- Andersen, A., Cohn, L., & Holbrook, T. (2000). Making weight healing men's conflicts with food, weight, shape, and appearance. *USA: Gürze Books*, 73-97.
- Anstine, D., & Grinenko, D. (2000). Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *Journal Adolescent Health, 26*, 338-342.
- Ashby, J. S., Kottman, T., & Schoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling, 20*, 261-271.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (DSM IV-TR). Barcelona, Masson.
- Baile, J. M., K. & Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10, 161-169.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal Eating Disorder*, 17, 147-152.
- Blake, W. (2002). Eating disorders in men. An overview. *Healthy Weight Journal*. 52-55
- Bourke, M.R., Taylor, G., & Crisp, A.M. (1985). Symbolic functioning in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 19, 273-278.
- Borchert, J. Heinberg, L. (1996). Gender schema and gender role discrepancy as correlates of body image. *Journal of Psychology*, 130, 547-559.
- Braun, D., Sunday, S., Huang A. & Halmi K. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *Int J Eat Disordered*, 25, 415-424.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. obesity, anorexia and the person within*, Basic Books, New York .
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34–51
- Cafri, G., & Thompson, J. K. (2004). Measuring male body image: A review of the current methodology. *Psychology of Men and Masculinity*, 5, 18–29.

- Cafri, G., Thompson, K., Ricciardelli, L. McCabe, M. SmolaK, L & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review* 25, 215-239.
- Clarkson, H., Riedl, J. (1997). Fear of thinness. *American Journal of Psychiatry*, 153(3), 441-443.
- Cohane G. & Pope, H. Jr. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *International Journal Eating Disord*, 29, 373-379.
- Cohn, L., Adler, N., Irwin, C., Millstein, S., Kegeles, S. & Stone, S. (1987). Body figure preferences in male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 276-279.
- Coolican, H. (1994). Métodos de investigación y estadística en psicología. México: Manual Moderno.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, CH. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), 485- 494.
- Cumella, E. J. (2003). Examining eating disorders in males. *Behavioral Health Management*, 23, 38-41.
- Crocker, L. & Algina, J. (1986). Introduction to Classical and modern tests theory. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Crow, S., Praus, B. & Thuras, P. (1999). Mortality from eating disorders; A 5 to 10 years record linkage study. *International Journal of Eating Disorder*. 26, 97-101.

- Chávez, A., Macías, L., Gutiérrez, R., Martínez, H. & Ojeda, D. (2004). Trastornos Alimentarios en jóvenes guanajuatenses. *Acta Universitaria* 14 (002), 17-24.
- De la Serna, I. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el varón. En: (comp.) E. García-Camba: Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Masson, 117-124.
- Fairburn, C., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour. Research and Therapy*, 37, 1–13.
- Franco, P. (2007). Perfeccionismo y trastornos del comportamiento alimentario: Una aproximación multidimensional. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Frost, R., Martin, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449–468.
- Galán Julio, J. C. (2004). *Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: para detectar insatisfacción corporal*. Tesis de Licenciatura. México: FES-Iztacala, UNAM.
- García, E. (1993). Introducción a la psicometría. España: Siglo XXI.
- Garner, D. (1997). The Body Image Survey. *Psychology Today January/February*, 32- 84.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

- Garner D, Olmsted M & Polivi J.(1983). "Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia". *International Journal of Eating Disorder* 2 15-33.
- Gómez Peresmitré, G & Acosta, MV (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Revista Clínica y Salud*, 11, 35-58
- Grieve, F. (2007). A Conceptual Model of Factors Contributing to the Development of Muscle Dysmorphia. *Eating Disorders*, 15, 63-80.
- Groesz, L, Levine, M., and Murnen, S. (2001). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders* 31, 1-16.
- Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W & Kaye W. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11): 1799 - 1805.
- Hamachek, D. (1978). Pyschodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hargreaves, D. & Tiggemann, M. (2004). *Idealized media images and adolescent body image: "comparing" boys and girls. Body image*, 1, (4) 61-351.
- Harrison, K. & Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47, 40-67.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (1991). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.

- Hewitt, P. & Flett, G. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456-470.
- Hewitt, P., Flett, G. & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 317-326.
- Joiner, E.T., Katz, J. & Heatherton, T.F. (2000). Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 191-197.
- Kanayama, G., Pope, H., Jr. & Hudson, J. (2001) "Body image" drugs: a growing psychosomatic problem. *Psychother Psychoso, 70*, 5-61.
- Kerlinger, F. (1979). Enfoque conceptual en la investigación del comportamiento. México: McGraw-Hill.
- Killen, J., Hayward, C., Litt, I., Hammer, L., Wilson, D., Miner, B., Barr, Taylor, C., Varady, A. & Shisslak, C. (1992). Is puberty a risk factor for eating disorder? *American Journal of Diseases of Children, 146*, 323-325.
- Koszewski, W., Newell, G. & Higgins, J. (1990). Effect of a nutritional education program on the eating attitudes and behaviors of college women. *Journal of College Student Development, 31*, 203-210.
- Krowchuck, D.P., Kreiter, S.R., Woods, C.R., Sinal, S., DuRant, R.H. (1998). Problem dieting behaviors among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med. 152*, 884 –888.

- Lameiras, M., Calado, M., Rodriguez, Y. & Fernandez, M. (2002). Eating disorders among Spanish university students. *Actas Española Psiquiatria*, 30, 343-349.
- Levin, M., Smolak, L., Moodey, A., Shuman, M. & Hessen, L. (1994). Normative development challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 11-20.
- Lowry, R., Galuska, D., Fulton, J., Burgeson, C. & Kann, L. (2005). Weight management goals and use of exercise for weight control among U. S. high school students 1991-2001. *Journal of Adolescent Health*, 36, 320-326.
- Maida, D. M., & Armstrong, S. L. (2005). The classification of muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4, 73-91.
- Mancilla, JM., Franco, K., Álvarez, G., López, X., Vázquez, A. & Ocampo, T. (2004). Restricción Alimentaria y preocupación por la figura: exploración en una muestra comunitaria. *Psicología y Ciencia Social*. 6(2), 56-65.
- Martínez, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Mateo, C. (2002). *Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastorno alimentario y sus factores asociados*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México
- McCreary, D. & Sasse, D. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297-304.



Minarik, M. L. , & Ahrens, A. H. (1996). Relations of eating behavior, depressive symptoms, and anxiety to the dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 157-171

Muñiz, J. (1992). Teoría Clásica de los tests. Madrid: Pirámide.

Muise, A., Stein D. & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescence Health*. 33, 427.

Namakforoosh, M. (1995). Metodología de la investigación. México: Limusa.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P., Perry, C. & Irving, L. (2002). Weight related concerns and behaviors among overweight and no overweight adolescents. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 171-178.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Falkner, N., Beuhring, T., & Resnick M. (1999). Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors: Who is doing what? *Preventive Medicine*, 28, 40-50.

Neumark-Sztainer, D. & Hannan, P. (2000). Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: Results from a national survey. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 569-577.

Nicholls, D, & Viner, R. (2005). Eating disorders and weight problems. *British Medical Journal*, 330, 3-950.

Nunnaly, J. & Bernstein, I. (1995). Teoría psicométrica. México: McGraw-Hill.

- O’dea, J. (1998). The body size preferences of underweight women from different cultural backgrounds. *Aust J Nutr Diet, 55*, 75-80.
- O’Dea, J. & Abraham, S. (1996). Food habits, body image and weight control practices of Young male and female adolescents. *Aust J Nutr Diet, 35*, 32-38.
- O’Dea, J. & Abraham, S. (2002). Eating and exercise disorders in young college men. *Journal of American College Health, 50*, 273-278.
- Olivardia, R., Pope, H. Jr., Borowiecki, J. III, & Cohane, G. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men & Masculinity, 5*, 112-120.
- Ousley, L., Cordero, E., & White, S. (2008, May). Eating Disorders and Body Image of Undergraduate Men. *Journal of American College Health, 56*(6), 617- 622.
- 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. *Development Psychology, 42*(5), 888-899.
- Pope, H., Olivardia, R., Borowiecki, J., & Cohane, H. (2001). The growing commercial value of the male body: a longitudinal survey of advertising in women’s magazines. *Psychotherapy and Psychosomatics, 70*, 189-192.
- Pope, H. G., Jr., Olivardia, R., Gruber, A., & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders, 26*, 65–72.

- Pope, H., Jr., Gruber, A., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, *38*, 548–557.
- Pope, H., Phillips, K., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press.
- Pope, H., Jr., Katz, D. & Hudson, J. (1993). Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, *34*, 406-409.
- Presnell, K., Bearman, S. & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 4, 389-401.
- Raich, R. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Pirámide.
- Ricciardelli, L & McCabe, M. (2002) Psychometric evaluation of the Body Change Inventory: An assessment instrument for adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, *3*, 45-59.
- Richins, M. (1991). Social comparison and the idealized images of advertising. *Journal of Consumer Research*, *18*, 7-73.
- Shafran, R. y Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, *21*(6), 879 – 906,
- Sánchez, P. & Fernández. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. *Form Contin Nutr Obes*, *5*, 314-324.

- Saucedo, I.A. (2004). Consistencia interna y validez factorial del EAT-40 para varones en población mexicana. *Tesis de Licenciatura*. México: FESIztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Schwitzer, A., Rodriguez, L., Thomas, C., & Salimi, L. (2001). The eating disorders NOS diagnostic profile among college women. *Journal of American College Health, 49*, 157-166.
- Sepúlveda, A., Carrobles, J. & Gandarillas, A. (2006). At risk prevalence of eating disorders in Spanish university students: Differences by school and course. *Submitted for publication*.
- Silva, A. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología*. México: Trillas.
- Smith, M., y Thelen, M. (1979). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 5*, 863-872.
- Smolak, L., Murnen, S., & Thompson, K. (2005). Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. *Psychology of Men & Masculinity, 6*, 227-239.
- Spitzer, R., Devlin, M., Walsh, B., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W., Mitchell, J. & Nonas, C. (1992). Binge eating disorders: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders, 11*, 19-203.
- Spitzer, R., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D. & Horne, R. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 137-153.
- Stanford J. & McCabe, M. (2005). Sociocultural influences on adolescent

boys' body image and body change strategies. *Body image* 2(2):105-13.

- Stice, E., y Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.
- Striegel-Moore, R., Garvin, V., Dohm, F. & Rosenhek, R. (1999). Eating Disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: Detection rates and psychiatric comorbidity. *International Journal Eating Disorders*, 25, 405-414.
- Toner, B., Garfinkel, P., & Garner, D. (1986). Long-term follow-up of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 48, 520–529.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nerviosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- Van den Berg, P., Thompson, J. K., Brandon, K., & Covert, M. (2002). The tripartite model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1007-1020.
- Vázquez, R., Álvarez, G., & Mancilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23, 6, 18-24.
- Vázquez, A., Mancilla, D., Mateo, G., López, A., Alvarez, R., Ruíz, M. & Franco, P. 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.

- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Mancilla, J.M. & Ruiz, A. (2006). Insatisfacción corporal e influencias de los modelos estéticos en niños y jóvenes mexicanos. *Enseñanza e Investigación de Psicología*, 2,1, 185-197.
- Vázquez, R., Velázquez, H.J., Mancilla, J.M., Álvarez, G.L, López, X. &Franco, K. (2008/Octubre). Estructuración y evaluación de un inventario de trastornos del comportamiento alimentario para hombres. Trabajo presentado en el XVI Congreso Mexicano de Psicología. Monterrey México.
- 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 de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Viladrich, M., Doval, E., Prat, R. & Vall-Llovera, M. (1997) Psicometría, metodología para la construcción de instrumentos de evaluación psicológica. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Worsley, A., Worsley, A., McConnen, S. & Silva, P. (1990). The weight control practices of 15 year old New Zealanders. *Paediatr Child Healt*. 26, 41-45.
- Wroblewska, A. (1997). Androgenic-anabolic steroids and body dysmorphia in young men. *J Psychosom Res* 42, 225-234.
- Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial. Un método de investigación en psicología y pedagogía*. Madrid: Biblioteca Nueva.