



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

Facultad de Psicología

Factores de Riesgo para Desarrollar Trastornos Alimentarios en una  
Muestra de Población Homosexual Masculina

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

Roberto Armando Lazo Ocampo

Director: Gilda Gómez Pérez – Mitré

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO D.F. 2012





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos

*A mis padres, Martha y Gaudencio, por su amor y apoyo incondicional.*

*A mi hermana, Marina, por el cariño que me ha mostrado desde que fuimos pequeños.*

*A mis abuelos, José y Clementina, por sus enseñanzas y sabiduría de vida.*

*A mi demás familia, ya que con cada uno he vivido experiencias de las que he aprendido.*

*A mi asesora, Gilda, por acompañarme en cada paso de mi tesis y por darme de cocos cuando lo merecía.*

*A Rodrigo y Silvia, por la gran ayuda que me dieron en la realización de esta tesis.*

*Al maestro Jose Luís por su ayuda en la última parte de mi carrera.*

*A mis amigos, por todo lo compartido y el cariño que nos tenemos.*

# ÍNDICE

## **Resumen**

## **Introducción**

### **Capítulo 1. Trastornos Alimentarios**

- 1.1 Introducción
- 1.2 Clasificación de los Trastornos Alimentarios
  - 1.2a Anorexia Nervosa
  - 1.2b Bulimia Nervosa

### **Capítulo 2. Factores de Riesgo para Desarrollar Trastornos Alimentarios**

- 2.1 Factores Asociados con la Imagen Corporal
- 2.2 Factores Asociados con Conductas Alimentarias
- 2.3 Factores Asociados con Prácticas Compensatorias
  - 2.3a Ejercicio Excesivo
  - 2.3b Conductas Purgativas
- 2.4 Factores Emocionales e Individuales
  - 2.4a Autoestima
  - 2.4b Depresión
  - 2.4c Estrés

### **Capítulo 3. Homosexualidad y Trastornos Alimentarios**

- 3.1 Orientación Sexual y Homosexualidad
- 3.2 Factores Biológicos y Sociales
- 3.3 Homosexualidad y Salud Mental
- 3.4 Homosexualidad y Trastornos Alimentarios

### **Capítulo 4. Método**

- 4.1 Planteamiento del Problema de Investigación
  - Problema General de la Investigación
  - 1b Problema Específico de la Investigación
- 4.2 Objetivo de la Investigación
- 4.3 Definición de Variables
  - Variable Independiente
  - Variables Dependientes
- 4.4 Instrumentos
- 4.5 Método

- Tipo y Diseño de Investigación

4.6 Muestra

4.7 Procedimiento

4.8 Análisis Estadístico

## **Capítulo 5. Resultados**

5.1 Datos Demográficos

5.2 Análisis Inferencial

## **Capítulo 6. Discusión**

## **Capítulo 7. Conclusiones**

## **Capítulo 8. Limitaciones**

## **Bibliografía**

## Resumen

**Objetivos:** la presente investigación<sup>1</sup> tuvo como propósito determinar si en una muestra de población homosexual masculina existen (y cuales son) factores de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios relacionados con: imagen corporal (insatisfacción, alteración de la imagen corporal) , Conducta Alimentaria Anómala (dieta restringida, comer compulsivo o atracón, y preocupación extrema por el peso y la comida) y factores individuales y emocionales (estrés, depresión y autoestima). **Método:** se trabajó con investigación de tipo descriptivo, de campo y transversal. El diseño fue de una sola muestra que quedó formada por N=52 de hombres homosexuales reclutados principalmente de grupos de encuentro gay, con edades de 18 a 42 años. **Instrumentos:** Se aplicaron pruebas con propiedades psicométricas adecuadas con las que se estimaron entre otras, variables como, depresión, autoestima, dieta crónica y restringida, conducta alimentaria compulsiva, estrés e insatisfacción corporal. **Resultados:** entre los principales resultados se encontró que la mayoría de los participantes tenía una imagen corporal negativa que, a diferencia de los que tenían una imagen corporal positiva, se asoció significativamente con conducta alimentaria anómala, depresión y estrés. Las implicaciones de los resultados de esta investigación son de gran importancia por la insipiente de estos estudios en México.

Esta investigación forma parte de una investigación mayor denominada "Peso sano en cuerpo sano. Un programa de prevención de la obesidad en población escolar. PAPIIT IN304011, bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre.

## Introducción

Al hablar sobre trastornos alimentarios, la primera imagen que se nos viene a la mente es la de una modelo sobre una pasarela ostentando un cuerpo cadavérico o una adolescente que se esconde en su cuarto para prácticamente devorar toda una caja de galletas, para después pasar al angustioso ritual de vomitar en el baño todo lo ingerido. Estos cuadros, que ahora parecen trillados pero aun siguen siendo una realidad, son los que han aparecido ligados a los trastornos alimentarios desde que los medios de comunicación comenzaron a interesarse en sacarlos a la luz. Que los medios, y antiguamente los científicos, centraran la atención en la población femenina al hablar de trastornos alimentarios y, por lo tanto, quedaran íntimamente ligados, no es un mero sesgo que simplifique la magnitud del problema. De hecho, las estadísticas dicen que los trastornos alimentarios ocurren mayormente en mujeres. Sin embargo, poco a poco, los investigadores que se dedican a este tema, han ido ampliando el espectro poblacional de sus estudios y han enfocado en grupos que antes recibían mínima atención; entre ellos los hombres.

A finales de los años 80's en Estados Unidos en Norteamérica y en otros países anglosajones, se despertó el interés por estudiar qué pasaba con los hombres respecto a los trastornos alimentarios; principalmente, en la población homosexual masculina. Desde ese momento se han dedicado varias investigaciones respecto a la incidencia y prevalencia de estos trastornos entre población gay. Las primeras investigaciones, y algunas recientes, partían de presupuestos, por ejemplo, ser homosexual equivale a ser como mujer, lo que de alguna manera, sesgaba los resultados. Hoy en día las investigaciones respecto a hombres homosexuales y trastornos alimentarios tratan de quitarse todo los velos de prejuicios para llevar a cabo investigaciones más precisas.

En México la existencia de este tipo de trabajo es nula, y por lo tanto, es de gran importancia que se comience a tomar en cuenta esta población. De esta forma, se comenzaría a ampliar el número de imágenes que vinieran a nuestra mente cada vez que pensemos en trastornos alimentarios y nos daríamos cuenta que éstos son más complejos de lo que creemos, y que pueden aparecer en diversas poblaciones además de la femenina.

Esta investigación versa, precisamente, en dar cuenta de la presencia, o ausencia, de factores predisponentes para desarrollar trastornos alimentarios en una muestra de hombres homosexuales.

El primer capítulo se centra en dos de los trastornos alimentarios más estudiados: bulimia y anorexia nervosas - en primer lugar se da un panorama en general de éstos. Después se describe a cada uno de estos; sus características y subdivisiones, epidemiología, curso y pronóstico.

En el segundo capítulo se tratan a los factores predisponentes para desarrollar algún trastorno alimentario. Los factores aquí estudiados son los factores relacionados con la imagen corporal, especialmente insatisfacción; factores relacionados con conductas alimentarias desordenadas, conducta alimentaria compulsiva y dieta crónica; factores relacionados con conductas compensatorias; consumo de laxativos, diuréticos, ejercicio excesivo. También se trataron los factores asociados con el bienestar físico y emocional de la persona como el estrés, autoestima y depresión.

El tercer capítulo se enfoca en la población estudiada. En primer lugar se expone lo que hasta ahora se sabe sobre la homosexualidad. Comenzando con una breve historia de la visión que se ha tenido de esta orientación sexual. Después se describen distintas

propuestas sobre el posible origen de esta. Por último se escribe sobre lo que se ha estudiado respecto a trastornos alimentarios en la población homosexual masculina. Finalmente, el cuarto capítulo aborda el plan de investigación y la metodología; en el capítulo cinco, se dan a conocer los resultados y a partir de éstos se presenta en el capítulo seis la discusión, conclusión y limitaciones del estudio.

## Capítulo 1.Trastornos alimentarios.

### 1.1Introducción.

Los Trastornos Alimentarios (TA) se han convertido en un importante problema de salud pública. Aunque su existencia ha sido registrada a lo largo de la historia, el interés en ellos ha aumentado en los últimos años. La asociación americana a través del DSM-IV ( APA, 1994) define a los trastornos de la alimentación como “un severo desorden en el comportamiento alimentario”. De esta manera, cuando se describe un desorden alimentario, se hace referencia a un patrón psicológico o conductual que está fuertemente relacionado con el mal funcionamiento en el área psico-social (Grilo, 2005).

Mancilla ,Gómez – Peresmitré, Rayón, Franco, Vázquez, López et al.(2006) mencionan que los TA son procesos psicopatológicos que conllevan grandes anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto a la ingestión de alimentos,cuya base se encuentra en una alteración psicológica, que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad. En este mismo orden de ideas,Fairburn, Agras, Walsh,, Wilson y Stice ( 2004) puntualizan que los TA son un disturbo persistente del comportamiento alimentario o de alguna conducta orientada a controlar el peso corporal y que pone en riesgo la salud o el funcionamiento psicológico de la persona que lo padece ( Gilbert, 2004). Las personas que sufren de un TA generalmente utilizan a la comida para compensar emociones que de alguna u otra manera serían abrumadores. Las personas con algún TA experimentan conductas compulsivas respecto a su alimentación (ya sea que ésta se vincule a la restricción o a la desinhibición), causando que éste se arraigue más a la psique del individuo, y los problemas psicológicos que sobrevienen, o ya estaban antes de la aparición del trastorno, se agudizan como resultado de este ciclo

(Schulher, 2008). De esta manera, se ha teorizado que los trastornos alimentarios se desarrollan como una manera de sobrellevar los problemas cotidianos o situaciones estresantes del paciente (Patterson, 2008).

Bryant-Waugh y Lask (2004) dan un panorama general de las características psicológicas de personas que han desarrollado, o están en riesgo de desarrollar, un trastorno alimentario: son exigentes consigo mismas, tienen pensamientos de indefensión y de auto-devaluación, lo cual se manifiesta en insatisfacción con su apariencia y con el tamaño y forma del cuerpo. Esto a su vez deriva en conductas alimentarias problemáticas; entre ellas la auto-provocación del vómito; actividad compulsiva, ya sea al comer o al realizar ejercicio excesivo; uso de laxativos; llevar a cabo dietas restrictivas; tomar píldoras, medicinas herbales; exposición deliberada al frío y algunas otras más (Morris, 2008).

Según algunos autores, una de las mayores dificultades con las que se topa el investigador que pretende estudiar el estado actual de los trastornos alimentarios es que los sistemas actuales que clasifican a estos utilizan categorías más que métodos que dimensionen y describan fluidamente la gradación de los desordenes alimentarios (Grilo, 2005).

Un diagnostico ideal para los trastornos alimentarios sería aquel donde las categorías fueran mutuamente excluyentes y con una colección exhaustiva de síntomas; sin embargo, una clasificación así resulta pobre (Palmer, 2005).

Una cuestión importante para esta falta de claridad es que el estudio de estos trastornos apenas comenzó hace un poco más de 30 años (Halmi, 2003) y los investigadores aun tienen la difícil tarea de aclarar cuando un TA es una presentación sintomática diferente del mismo desorden, un trastorno con varios subtipos, diferentes trastornos del mismo grupo o

trastornos que son variaciones de otros grupos diagnósticos (Halmi, 2003). Por ejemplo, la nueva clasificación de la anorexia incluye dos subtipos –restrictiva y purgativa–, puesto que ahora se sabe que aspectos cardinales tanto de la anorexia nervosa como de la bulimia nervosa están estrechamente relacionados (Palmer, 2005). Es más, en la mayoría de los casos las personas caen en lo que los especialistas llaman conductas desordenadas de la alimentación y no en un trastorno alimentario como tal (Schulher 2008) y muchas veces no es claro cuando una persona pasa, después de un lapso, de conductas desordenadas a un trastorno no especificado de la conducta alimentaria a la anorexia o bulimia (Van Hoeken, Seidell & Hoek, 2005). De hecho, Duker y Slade (2008) señalan que la anorexia y la bulimia son etapas distintas en un continuo de *enfermedad*.

En los últimos 25 años, la anorexia nervosa, la bulimia nervosa, el trastorno por atracón (y sus variantes) han dado la cara como enfermedades importantes en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez (Fernández & Turon, 2001). En los últimos 15 años el campo de los TA se ha expandido, generando nuevos conocimientos y se han realizado invaluable descubrimientos sobre las posibles causas de estos trastornos (Herzog, Franco & Cable 2008). Es más, los avances en áreas tan diversas como la cultura o la genética, la reexaminación de nociones sobre los trastornos alimentarios se ha vuelto de suma importancia ( Woodside & Towse, 2005). Lo cierto es que actualmente se acepta que estos son por naturaleza multideterminados - social, y psicológicamente hablando - y que debe haber un consenso entre especialistas para realizar un diagnóstico confiable y programas terapéuticos eficaces.

Lo antes mencionado es de gran importancia ya que los trastornos alimentarios tienen inminentes complicaciones médicas que condicionan una mortalidad nada despreciable. Los costos psicológicos y físicos de los trastornos alimentarios en las personas son extraordinariamente altos, particularmente en los niños (Levine, Smolack, Moodley, Schuman & Hessen, 2006).

La anorexia nervosa es una enfermedad mental con resultados preocupantes en la mayoría de los pacientes (Steinhausen, 2002); ya que, el 10% de los individuos que sufren anorexia nervosa en edad universitaria mueren por este trastorno (Levine, et al., 2006).

Hay que tomar en cuenta que el problema de las clasificaciones se centra en la ausencia de continuos y así se ha observado que más del 50% de los pacientes anoréxicos desarrollan sintomatología bulímica (Aranda & Turon, 1998). O que como se ha dicho con anterioridad, la mayoría de los pacientes no caen en ninguno de estas clasificaciones. De este modo, aunque categorizar a los pacientes es funcional para el diagnóstico médico, no ayudan para la objetivación fenomenológica o nosológica (Aranda & Turon, 1998).

Los investigadores que se avocan al estudio de los TA han puesto parte de su esfuerzo para detectar tendencias de estos desordenes, como patrones alimentarios poco sanos. De esta manera, una evaluación eficaz es importante ya que el descubrir a tiempo algún trastorno alimentario en ciernes, puede provocar un mayor éxito en la recuperación del paciente (Ocker, Lam, Jensen & Zhang 2007).

Entre las formas de evaluación utilizadas para ejercer una exploración completa de la persona que se sospeche este en riesgo de tener un desorden alimentario, o que ya lo padezca, están las pruebas psicométricas y los autoinformes, los cuales han aumentado su uso por especialistas en este rubro (Berland & Thomson, 1986).

## **1.2 Clasificación de los trastornos alimentarios.**

### **1.2. a Anorexia Nervosa.**

La AN es un problema de la conducta alimentaria caracterizado por un deseo irrefrenable de seguir adelgazando sin que la persona reconozca el progreso de su delgadez, al mismo tiempo desarrolla una distorsión en la percepción de la imagen corporal y, con mucha frecuencia, una obsesión con la comida ( Froján, González & Cristóbal, 2006). La palabra anorexia se deriva del griego an (prefijo que significa carencia o privación) y orexis (apetito) significando falta de apetito (León & Castillo 2005), aunque es rara la pérdida total de este (DSM-IV, 1994) y más bien se trata de una decisión voluntaria de no comer para no engordar (De la Serna, 2008).

Históricamente, la AN fue el primer desorden alimentario reconocido como una entidad diagnóstica separada. En 1874, Gull la denominó Anorexia Nervosa con el significado de “perdida nerviosa del apetito” (Ogden, 2003). Se tiene por sabido, gracias a los registros históricos, que lo que ahora entendemos por AN ya se conocía desde el siglo XIII, o por lo menos aparecen textos que narran personas con conductas de auto-inanición (Keel, 2007). En la edad media éstas eran consideradas poseídas por el demonio y generalmente eran sometidas a exorcismos, el cual era el remedio a seguir (Herzog, et al., 2008).

Y aunque desde el siglo XIX fue considerada como un trastorno clínico, se mantuvo en relativa obscuridad en los primeros 100 años de su historia médica (Bruch, 1973).

Las primeras descripciones situaban el rechazo de la comida como el centro del problema, y aunque este síntoma no es suficiente para diagnosticarla, si es importante para describir a los pacientes anoréxicos. Hasta 1969 no había definiciones explícitas de los criterios diagnósticos para AN y no fue sino hasta 1972 que Feighner realizó un listado de criterios diagnósticos para definirla (Aranda & Turon, 2005).

El problema para delimitar la AN ha resultado en cambios en las pautas descriptivas de esta, pero la última edición del DSM-IV reúne los siguientes requisitos:

- 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 esperado, 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 esperable).
- b) Miedo intenso a ganar peso o a 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 la mujeres post puberales, 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 los tratamientos hormonales p. ej., con la administración de estrógenos)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). (DSM-IV 1994, p 81)

Los tipos subclínicos mencionados al último son una novedad diagnóstica y reflejan la creciente investigación y evidencia clínica en pacientes con AN que a su vez se refleja en el impacto, en la respuesta al tratamiento y prognosis (Norris, &Palmer, 2005).

Por su parte la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10, 1992) publicada por la O.M.S en sus criterios de investigación diagnóstica ofrece la siguiente lista de síntomas descriptivos de la AN:

- a) Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por edad y altura.
- b) La pérdida de peso es autoinducida por evitación de “alimentos que engordan”.
- c) Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo un límite debajo del peso.
- d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico- hipófiso gonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombres por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia. (Una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas).
- e) El trastorno no cumple los criterios diagnósticos de A y B de la bulimia nerviosa. (CIE-10 p.141).

Como se observa el CIE-10 proporciona criterios similares a los del DSM-IV, pero también menciona la pérdida de interés sexual en los hombres, y a diferencia del DSM-IV, 1994, no menciona los subtipos clínicos de la anorexia, si no que a los síntomas de estas los enuncia como no esenciales a pesar de que podrían apoyar el diagnóstico.

Aparte de los síntomas ya descritos, el paciente con AN puede presentar las siguientes manifestaciones psicopatológicas:

Depresión, ansiedad, comportamiento obsesivo-compulsivo, desorden de estrés postraumático y abuso de sustancias, entre una variedad que complementa el cuadro complejo y multidimensional de este padecimiento.

Las dimensiones de la anorexia son:

- a) ayuno y dieta restrictiva.
- b) depresión, ansiedad y una auto-imagen negativa.
- c) conductas bulímicas (algunas veces).
- d) miedo a engordar y distorsión de la imagen corporal.
- e) conductas impulsivas o respuestas post-traumáticas (Gleaves, Miller, Williams & Summer 2000, pp. 5- 6).

La persona que presenta un cuadro anoréxico puede presentar una restricción de los afectos; la persona deja de llorar o de reír, puesto que todas sus emociones están reservadas a una solo pensamiento: no ganar más peso y no perder el control de lo que comen (Keel, 2007). Aunado a esto, existe una mínima capacidad de introspección que, por lo general, se deriva de la preocupación por la comida, el peso y la figura que es inducida por la inanición (Yager & Powers, 2007). De hecho, los cambios de personalidad como efectos más que causas del estado han sido mencionado varias veces en diferentes estudios, como la ya famosa investigación, hecha en la segunda mitad de la década de los 40, sobre la inanición inducida en hombres jóvenes donde sus patrones cognoscitivos eran similares a los de una persona anoréxica (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen & Taylor 1950 en Morris, 2008). Por lo mismo, algunos estudiosos llegan a la conclusión de que los cambios de personalidad son más bien efectos y no causas del estado anoréxico, puesto que entre más malnutrida este la persona más se altera su pensamiento y sus afectos (Duker & Slade, 2008). Sin embargo, no hay que olvidar que algunos rasgos de la personalidad, como el perfeccionismo, permanecen aun después de la recuperación (Toro, 2004). Una persona con anorexia nervosa llega a pensar que al perder más peso se sentirá menos ansiosa, pero sucede lo contrario y se comienzan a sentir peor; caen en un círculo emocional vicioso perpetuado por los pensamientos erróneos que poseen sobre su cuerpo y la comida (Keel 2007). En este círculo anoréxico entran conductas como los rituales que las personas que los padecen llevan a cabo bajo el más estricto control, lo cual se ve reflejado en lo que comen; consumen sólo ciertos alimentos y únicamente en cierta cantidad y combinaciones (Shulher, 2008); tienen registros de las calorías consumidas y de su peso (Keel, 2007); conductas extrañas como coleccionar revistas de cocina o cocinar para otros (Patterson, 2008), e incluso el ser hiperactivo.

El costo físico de los pacientes anoréxicos es grave y multivariado. Entre los efectos orgánicos podemos destacar la pérdida de fuerza en los músculos que también afecta al corazón, lo que a su vez deriva en anomalías cardíacas o arritmias; la piel se quiebra y sufre de moretones; el sistema óseo se descalcifica provocando osteoporosis, estos entre otras consecuencias (Gilbert, 2004)

### **Epidemiología.**

Al comienzo de la primera década del siglo pasado, la anorexia nervosa difícilmente era diagnosticada y reconocida, al final de ese siglo la incidencia había alcanzado el 0.1% en los países industrializados (Halmi, 2003). Aunque hay indicios de que este índice ha aumentado en los últimos años (Rastam, Gilberg, Van Hocken & Wijbran, 2005)

Grosso modo se puede decir que la incidencia (nuevo número de pacientes por año por cada 10000 hab.) va desde el .24 hasta 1.12 (Aranda & Turon, 1998). Ésta es de 34 nuevos

casos por cada 100.000 habitantes; sin embargo, este crecimiento a menudo se alude como un mito y que diferentes factores como deficiencias en registros psiquiátricos, diferencias en definición de casos y otros problemas metodológicos causen sesgos en los informes (Ogden, 2003). En general, se acepta que la incidencia es de menos de 1%, pero que puede ser más alto en poblaciones específicas (Ogden, 2003).

La prevalencia de este padecimiento, según varios estudios realizados en países europeos y en Norteamérica oscila entre el 0,5 y el 0.9% en mujeres y Los hombres conformarían el 0.3 de todos los casos, aunque esto depende también del ambiente donde provenga la muestra estudiada (Brannon & Feist, 2009). Un estudio más reciente realizado en países escandinavos nos dice que la prevalencia en mujeres va de un 0.5% a un 1.2% ( Yager & Powers, 2007) y en hombres va de un 0.29% a un 0.3%,( Yager & Powers, 2007) aunque según varias investigaciones el número de hombres con anorexia nerviosa puede estar creciendo. Últimamente, se tiene por sabido que la incidencia de la anorexia nerviosa en grupos donde era bastante excepcional, como la raza negra o en países no occidentales como la India o el este de Europa (De la Serna, 2008). Se ha sugerido que la preponderancia, cada vez más generalizada, de las normas occidentales, que la A.N. se hará más común en áreas que antes se pensaban inmunes como en América Latina donde la figura curvilínea de la mujer había sido el prototipo de belleza femenina (Nasser, Katzman & Gordon, 2001).

En México existen pocas investigaciones encaminadas a estimar la prevalencia de los trastornos alimentarios, Mancilla-Díaz, et al. (2006) Realizaron un estudio en dos muestras comunitarias de mujeres en 1995 y en 2001 respectivamente; en ninguna se encontró casos de anorexia nervosa . Sin embargo, en un estudio realizado por la universidad Autónoma de México en una muestra de 742 estudiantes – hombres y mujeres -, fue de 5.8% en total ( Morán, Cruz & Iñarritu, 2009).

Al analizar la epidemiología surgen problemas metodológicos debido a las diferencias de los criterios diagnósticos a través del tiempo y por la imprecisión de la definición operacional de alteración del esquema corporal y por la frecuencia de cuadros incompletos( De la Serna, 2008).Es más algunos investigadores refieren que el aumento de la AN se deba factores tan diversos como el incrementos de las publicaciones, la generalización de los datos y la mayor familiaridad que se tiene de la enfermedad (León & Castillo 2005).

### **Curso y pronóstico.**

El porcentaje de individuos con AN que se recuperan es completamente modesto y aunque algunos mejoran sintomáticamente a través del tiempo, una importante proporción continúa con alteraciones de la imagen corporal, hábitos alimentarios no sanos y otras dificultades psiquiátricas incluyendo distimia, fobia social, síntomas obsesivo- compulsivos y abusos de sustancias (Behar & Figueroa, 2004). Cerca del 60% de estas personas que continúan manteniendo un bajo peso y tienen problemas con su alimentación viven relativamente vidas normales (Gilbert, 2004). Resultados fatales debido a la AN han sido asociados con una mayor duración de la enfermedad, atracones o purgas, abuso de sustancias y comorbilidad con trastornos afectivos (Herzog, Franco & Cable, 2008). La desnutrición severa también es causa de muerte en personas con AN (Colombo, 2006).

### **1.2.b. Bulimia Nervosa (BN).**

La palabra bulimia procede de las palabras griegas bous (buey) y limos (hambre) y literalmente significa hambre de buey o tener apetito de un buey (León & Castillo, 2005). La BN es un trastorno alimentario que se caracteriza por periodos de atracón, de los cuales ellos no creen tener el control. Éstos consisten en grandes cantidades del mismo alimento o de extrañas combinaciones de comida (Mitchel, 2001), que, en algunos casos, la persona compensa forzando el vomito; utilizando laxantes, diuréticos o enemas, ejercitándose o ayunando (Keel, 2007). La mayoría de las personas con BN, a diferencia de los individuos con AN, pueden mantener un peso corporal normal o tienen sobrepeso, por lo consecuente mantienen su condición en secreto por años (Grilo, 2005). Por lo general son los fuertes sentimientos de culpa que siente la persona bulímica, por involucrarse en las conductas antes descritas, los que dan pie a que el individuo resuelva no hablar de que padece bulimia (Patterson, 2008).

La BN fue reconocida como un síndrome distinto a finales de los setenta cuando, Russell, la utilizó para describir una variante de la AN anorexia nervosa en 30 de sus pacientes (Ogden, 2003). Este investigador enfatizó que la BN constaba de tres factores importantes: un poderoso e inevitable impulso para comer que conduce a episodios constantes de exceso de alimento; evitación de los efectos de engorde de la comida induciendo al vómito, abusando de purgantes o ambas cosas y un temor mórbido a engordar (Ogden, 2003.)

A través de varios estudios se han encontrado dimensiones que parecen ser las más consistentes en el trastorno bulímico:

- a) Conducta bulímica – atracón y purgas-.
- b) Dieta restrictiva.
- c) Insatisfacción corporal/ miedo a engordar.
- d) Trastornos afectivos o de personalidad. (Gleaves, et al., 2001). Entre los aspectos psicológicos que pueden presentar las personas bulímicas se encuentran:
  - a) Baja autoestima
  - b) Sentimientos de ineficacia.
  - c) Perfeccionismo - pero a diferencia de las personas anoréxicas, la pérdida de control se hace manifiesta solo en mujeres con baja auto-estima. (Vohs, Joiner, Bardone, Abramson & Heatherton, 1999)
  - d) Pensamientos sobre comida, los cuales se parecen a los de una persona privada de alimento : las imágenes de comida asaltan a estas personas como resultado de un sistema de saciedad mal regulado ( Keel, 2003)

Según el (DSM-IV,1994) los requisitos diagnósticos para la bulimia nervosa son:

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo (p. ej. En un periodo de tiempo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas condiciones)
  - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta 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 de 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 autodevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Especificar el tipo:

- tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, 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.( p.84 )

-  
El CIE-10 en sus criterios de investigación diagnóstica señala los siguientes requisitos diagnósticos para la BN bulimia:

- a) Presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un período de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo.
- b) Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o sensación de compulsión por comer (ansia).
- c) El paciente intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida por uno o más de los siguientes:
  - vómitos autoinducidos.
  - Purgas autoinducidas.
  - Períodos de ayuno alternantes.
  - Consumo de sustancias anorexígenas, preparados tiroideos o laxantes; cuando la BN bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina.
- d) autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (que normalmente conduce a un bajo peso). (CIE-10 1993,r p.142)

Este padecimiento, generalmente, se desarrolla en la adolescencia tardía o en la adultez temprana y aunque es más común que se presente en mujeres, también hay reportes de que esta afecta a la población masculina (Patterson, 2008).

El problema para describir la frecuencia de la bulimia nervosa es que no han existido puntos claros de la gravedad de los distintos síntomas, puesto que estos dependen de lo que se considere normal. (Ogden, 2003).

### **Epidemiología.**

La prevalencia de la bulimia nervosa varía del 1 al 20% en mujeres y del 0 al 5% en hombres (Aranda & Turon, 2005). En general, se acepta que la frecuencia de la

bulimia nerviosa está entre el 1 y el 2% de la población femenina, situándose la mayor incidencia de la aparición del trastorno entre los 15 y los 19 años (Ogden, 2003).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, alrededor del 1% al 4% de la población femenina estadounidense ha sido diagnosticada con bulimia nerviosa (Kittlerstone, 2005) con un incremento del 1% en población universitaria (García – Camba, 2001). En adolescentes italianas, se encontró una prevalencia del 2,3% y en jóvenes suizas ésta era del 0.5% (León & Castillo, 2005).

La prevalencia de la BN era del 1.1% en mujeres y del 0.1% en hombres (Palmer, 2005).

Se ha encontrado que las actitudes bulímicas están difundidas entre personas caucásicas y de origen latino pero menos en personas de origen africano ( Streigel – Moore, Dohm, Kraemer, Taylor, Daniels, Crawford & Scheiber, 2003). En México, a nivel nacional las cifras de bulimianervosa son del 0.6% de hombres y 1.8% de mujeres en la población urbana (Medina - Mora, Borges, Muñoz & Benjet, 2003); según (Bustos – Romero, 2011) la incidencia de la bulimia fluctúa entre un 3.5% y un 5%.. La prevalencia de síntomas subclínicos es substancialmente más alta que el de la bulimia completa (Palmer, 2005).

Existen muy pocos estudios sobre la incidencia de la BN debido a que en el pasado se carecía de criterios diagnósticos para ésta. De las contadas investigaciones realizadas al respecto se reporta una incidencia de 12 personas en 100 000 (Halmi, 2003).

### **Curso y pronóstico.**

Se posee escasa información acerca del curso a largo plazo de la BN, pero la experiencia clínica demuestra que es un trastorno de larga evolución y resistente, aunque menos que la anorexia nervosa, a las numerosas formas de tratamiento (Behar & Figueroa 2004). La peor evolución la tienen los pacientes que presentan la presencia de vómitos y rasgos de impulsividad, la mayor duración de la enfermedad y el consumo de sustancias; por el contrario, si los pacientes buscan ayuda antes de los 20 años, tienen buen apoyo familiar, padecen la enfermedad hace menos de 5 años o no presentan problemas con el control de impulsos (De la Serna 2008). A pesar de ser menos fatal que la anorexia nervosa, la bulimia nervosa acarrea un riesgo nada despreciable para la salud, especialmente por el desbalance electrolítico (Silverstone 2005).

## Capítulo 2. Factores de riesgo para desarrollar Trastornos alimentarios.

Un factor de riesgo se define como las condiciones sociales; económicas o biológicas, conductuales o ambientales que están asociados con un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (Rubio, Anzano, Jiménez & Regaña, 2004). Brems (1998) menciona que los factores de riesgo comprenden a las circunstancias, fuerzas, y sucesos en la vida de una persona que contribuyen a los problemas que presentan éstas. Según estos mismos autores los factores de riesgo se pueden clasificar en:

- a) Factores sociales. Los cuales incluyen las actitudes morales, prejuicios, discriminación o valores inducidos por los medios de comunicación.
- b) Factores ambientales. Incluyen un rango amplio de cuestiones que van desde el cambio de vecindario hasta el ser abusado.
- c) Factores demográficos. Los cuales incluyen condiciones socio-económicas, niveles de estrés por situaciones cotidianas e influencias similares.
- d) Factores familiares. Los cuales incluyen aspectos hereditarios, dinámicas familiares adversas hasta una mala relación entre los padres.
- e) Factores biológicos. Los cuales incluyen déficits neurológicos, desbalances bioquímicos, enfermedades crónicas, abuso de sustancias y alergias ( pp 137 – 139).

Por lo general, estos suceden con más frecuencia en un grupo en particular (Safarino, 2002) dependiendo de los factores ya mencionados.

Respecto a los TA trastornos alimentarios, los factores de riesgo cubren una gran gama que van desde componentes genéticos hasta causas ambientales y los más probable es que exista un complejo vínculo entre estos, aunado a una conexión a elementos psicológicos y de temperamento (Grilo, 2005). La opinión más generalizada con respecto a los factores de riesgo que inciden en los TA es la de la causa multifactorial en la que argumentos psicológico se mezclan con los socioculturales y los bio-genéticos. (León & Castillo, 2005). La diferencia entre TA ya establecido y un factor de riesgo es que el primero conforma un síndrome, esto es, un conjunto de síntomas como los señalados en el DSM-IV, mientras que los factores de riesgo pueden verse como manifestaciones, o síntomas, aislados: esto es, presencia de uno o más de ellos sin que cubran dichos criterios desde el punto de vista cuantitativo o cualitativo (Gómez Pères – Mitré, 2002)

Para nuestro estudio se tomarán en cuenta los siguientes factores:

- a) Factores asociados con la imagen corporal.
- b) Factores asociados con conductas alimentarias como el seguimiento de dietas restrictivas, atracones y ayunos.
- c) Factores asociados con prácticas compensatorias como el consumo de sustancias para controlar el peso y el ejercicio compulsivo.
- d) Factores psicológicos como la autoestima, la ansiedad y la depresión.

### 2.1 Factores asociados con la imagen corporal.

El concepto de la imagen corporal es complejo y multifacético. Se refiere a los valores y juicios que un individuo (Morris, 2008). Desde 1920, cuando Paul Schilder comenzó su trabajo sobre la imagen corporal desde un punto psico-social, ésta se ha conceptualizado de diversas maneras que van desde la dada por este autor donde describe a la imagen corporal como *la representación de nuestro cuerpo que formamos en nuestra mente, o sea, la manera en el que el cuerpo se presenta ante nosotros* (Schilder 1920 en Grohgan, 2007 p.

1) hasta un punto de vista más dinámico, y contemporáneo, que incluye a las actitudes y sentimientos que se tienen para con el propio cuerpo (Raich, 2000). Lo antes mencionado es corroborado por el desarrollo a lo largo de la vida de los individuos de la imagen corporal, el cual es producto de varias interacciones, las cuales incluyen:

- a) La percepción: la cual se debe a la experimentación, integración, síntesis y experimentación de los cambios incesantes con la realidad.
- b) El mundo circundante: el cual condiciona desde las características del hábitat y de la cultura de una forma silenciosa, pero que activa el espectro de nuestras posibilidades de acción.

Todas estas variables tejerán, paulatinamente, una red que irá conformando, junto con las sucesivas experiencias de la vida, la imagen corporal. (Recasens, 2007).

En los últimos años, la mayoría de los investigadores que se interesan por estudiar la imagen corporal se apoyan en paradigmas cognitivos-conductuales, ya que estos no reflejan una sola teoría sino que se basan en la tradición de evidencias empíricas que enfatizan los procesos de aprendizaje social (influencias históricas y del desarrollo) y la mediación cognitiva de la conducta y las emociones (sucesos próximos y procesos) (Cash & Pruzinsky, 2002).

En síntesis, la imagen corporal se puede representar como un conjunto de sensaciones, percepciones, sentimiento y actitudes que el individuo elabora con respecto a su propio cuerpo durante su existencia y sus experiencias (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo & Unikel, 2001).

Hilde Bruch (1972) menciona que se debe incluir a la correcta o incorrecta interpretación de los estímulos internos y la sensación de control del cuerpo deben ser incluidas en el concepto de identidad (imagen) corporal. De hecho esto puede devenir en una distorsión perceptual del cuerpo o en la mera insatisfacción corporal. Aquí hay que hacer una distinción entre estos dos conceptos:

- a) Distorsión perceptual del cuerpo: ilusiones visuales o táctiles que derivan en una mala interpretación del verdadero tamaño o forma del cuerpo y sus partes.
- b) Insatisfacción corporal: sentimiento o juicio sobre el cuerpo; sin importar la precisión con que se perciba (Morris, 2008).

El malestar producido por la percepción de la imagen corporal y por su evaluación estética subjetiva constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar, las cuales a su vez suelen determinar el inicio de la mayor parte de los TA. (Toro, 2004).

Ya en la infancia la preocupación por el cuerpo es evidente, aunque con el incremento de la edad tal insatisfacción aumenta (Toro, 2004). Se ha establecido que el riesgo de desarrollar una imagen corporal irreal, y por lo mismo sentirse insatisfecho con el cuerpo, es mayor en niños que son presionados por sus padres para estar más delgados (Humenikova & Gates, 2008). Sin embargo, en una reciente investigación realizada por Kostanski y Gullone (2007) se menciona el acoso de los pares, principalmente de los amigos, como un factor más contundente en aumentar la insatisfacción corporal en niños, sobre todo si estos caen en los extremos tanto de delgadez como de gordura. Esto es más pronunciado en la adolescencia cuando el énfasis puesto en las relaciones, y en la aceptación, de los pares (Kittler, Senese, Almeida, Smith & Louks, 2009). En un estudio realizado en adolescentes se demostró que un 27% presenta un grado significativo de insatisfacción corporal, y aunque estos no entren dentro de un criterio de trastorno alimentario, es causa de un grado alto de estrés (Santos, Richards & Beckley, 2007). En general, se ha demostrado que los

adolescentes tienen una imagen corporal similar a la de los adultos del mismo género: un cuerpo esbelto en las mujeres y un cuerpo esbelto y musculado en los hombres (Gilbert, 2004). La literatura aparentemente indica que la adultez puede contribuir a una perspectiva del cuerpo más saludable, debido a la madurez, experiencias de vida y a una reducción de modelos irreales de belleza (Peat, Peyerl & Muehlenkamp, 2008). Sin embargo, hacen falta estudios sobre la relación que guarda la etapa adulta y la insatisfacción corporal y los que se han realizado indican que tanto en hombres y mujeres en edad adulta, existe un nivel moderado de insatisfacción corporal (Patrick & Stahl, 2009).

En general se reconoce que la insatisfacción corporal puede llegar a funcionar como un precursor de los trastornos alimentarios, o por lo menos de una alimentación desordenada, en poblaciones de riesgo (Morris, 2008). La importancia de este constructo se refleja en su inclusión en el criterio diagnóstico para la anorexia y bulimia nervosas (Cash & Pruzinsky, 2002). Un modelo de cómo la insatisfacción se correlaciona con los trastornos alimentarios es el modelo tripartita descrito por Yamayima, Shroff & Thompson (2008), el cual se basa en la influencia de 3 factores socioculturales (familia, pares y medios de comunicación) cuya presión provoca en el individuo insatisfacción corporal y esta a su vez deriva en los trastornos alimentarios. Adicionalmente, el modelo propone que dos mecanismos (comparación social y el internalización del ideal de delgadez) median, de manera total o parcial, el efecto de las tres influencias primarias en la insatisfacción corporal. La ingerencia de la insatisfacción corporal también puede ser posibilitada por características de personalidad u otros aspectos como los defectos físicos y el sobrepeso o la obesidad (Toro, 2004). Los individuos con riesgo de desarrollar un TA, o ya diagnosticados con alguno, tienen una gran influencia de la insatisfacción corporal percibida que puede ir el uso de ropa para disfrazar sus cuerpos y así desviar la atención que la gente, y ellos mismos, ponen a su peso corporal (Trautmann, Worthy & Lokken, 2007) hasta perturbaciones en las relaciones románticas (Morrison, Doss & Pérez, 2009). Por lo mismo, es de gran relevancia tomar a la insatisfacción corporal como un elemento importante para desarrollar un TA.

## **2.2 Factores asociados con conductas alimentarias.**

Para saber la manera en que incide la forma de alimentarse en el desarrollo de un TA primero hay que definir el aspecto más importante de la alimentación: la dieta, puesto que uno de los principales factores de riesgo para desarrollar algún TA es el efectuar una dieta no saludable. En primer lugar, el concepto de dieta, según Bello (2005), se refiere al conjunto de alimentos que se consumen durante las 24 horas del día a través de las dos comidas principales (comida y cena) – en México el desayuno y la comida-, así como de otras más informales como el aperitivo y la merienda. Este concepto implica una regulación de lo que se come a través de un control, fundamentado en medidas higiénicas y terapéuticas. Este autor nos dice que según la OMS la dieta deberá responder a 2 características:

- a) Proporcione las sustancias convenientes para que nuestro organismo pueda satisfacer sus necesidades fisiológicas.
- b) Lleve a cabo este aporte de un modo equilibrado, con arreglo a las necesidades requeridas para cada situación fisiológica, con el fin de no originar problemas de carencia o exceso de nutrientes.

La dieta desempeña un papel fundamental en la salud de una persona, además de que los alimentos, incluidos en ella, representan aspectos de la identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como las formas que son fundamentales para la interacción social, como la comunicación del amor y del poder (Ogden, 2003). Por lo mismo el acto de alimentarse trasciende la pura necesidad nutricia y aquí cabe preguntarse no solo qué comemos, sino también por qué lo comemos, como lo comemos, cuando y con quién lo comemos (Montero, 2003). Las experiencias sociales e individuales inciden de una manera profunda en la dieta y forman los hábitos alimentarios que harán que tengamos o no una dieta balanceada, que nos ayude a prevenir problemas de salud.

Se ha comprobado que una dieta balanceada y unos hábitos alimentarios correctos inculcados desde la niñez trabajan como factor de protección contra el desarrollo de TA, así como de otros problemas como la anemia o problemas dentales. (Kittlerstone, 2005). Sin embargo, desde 1980 estudios demuestran que, por lo menos en países desarrollados, las personas están consumiendo más carnes rojas, frutas y vegetales, pero a su vez ha aumentado el consumo de azúcares, refrescos y grasas (Safarino, 2002). Los países en desarrollo, entre ellos México, no están a salvo de esta tendencia y naciones de África, Asia, el Caribe y Latinoamérica están consumiendo más alimentos procesados que antes (Newman, 2004). Los hábitos alimentarios extremos, tanto la sobrealimentación como la subalimentación, se pueden convertir en factores de riesgo para desarrollar un TA. se ha comprobado que la sobrealimentación en la juventud tiene relación con una alta prevalencia del uso de métodos no saludables de control de peso y de atracones (Bas, Buzan & Cigerim, 2008). Estos investigadores mencionan que estudios anteriores indican que los niños y adolescentes que se someten a procesos extremos para perder peso sólo perpetúan el ciclo de dietas, purga, atracón y ganancia de peso. El lado opuesto de la moneda, el hacer una dieta restrictiva (ponerse a régimen) también puede formar un círculo vicioso (Morris, 2008).

El ponerse a régimen consiste en excluir un alimento específico de la dieta. (Kittlerstone, 2005) y es la consecuencia natural de la insatisfacción corporal en las mujeres, y también en los hombres que buscan cambiar su tamaño y forma corporal (Ogden, 2003). Es más se ha comprobado que las personas que están a régimen para perder peso se involucran en una variedad mayor de conductas, por lo regular, no tan sanas para lograr su objetivo (Perone, Timko, & Crossfield, 2006). Se ha comprobado que la anorexia, con frecuencia aparece, por regímenes alimentarios aparentemente sanos (como el reducir el pan y otras harinas) que se vuelven demasiado restrictivos (Kotz, 2007). Las personas que hacen dieta restrictiva de manera crónica, a los cuales también se les conoce como dietistas restrictivos, pueden tener consecuencias psicológicas adversas como un sentimiento de ansiedad creciente, debido al estar pensando constantemente en comida; sus comportamientos pueden ser más susceptibles a influencias sociales y emocionales (Silverstone, 2005). Esto se tiene documentado desde finales de los años 40's cuando se realizó el ya famoso estudio de Minnesota donde se indujo a un grupo de jóvenes que no podían servir al ejército como soldados, a una dieta que producía una reducción extrema en su peso. La investigación resultó valiosa en cuanto la información que proveyó respecto a la inanición: durante el proceso de la pérdida de peso los jóvenes tendían a aislarse y a deprimirse, además de presentar obsesión por la comida al

igual que las personas con anorexia o crónicamente restrictivas (Keel, 2007). Sin embargo, una restricción alimentaria debe de ir precedida en la inmensa generalidad de los casos por un sentimiento de insatisfacción corporal, para compensar el malestar subjetivo del hambre. Esto sólo lo pueden hacer ciertas personalidades (Toro, 2004). Lo cierto es que la dieta aparece como factor de riesgo para desarrollar un TA, puesto que para una persona que tiende a desarrollar una futura anorexia como para el comedor compulsivo o futuro bulímico la dieta parece ser un camino para ganar la admiración por su apariencia. Lo cierto es que la dieta termina por ser más estricta y finalmente deriva en la inanición para la persona anoréxica o un ciclo de atracón/purga para la persona bulímica (Schulher, 2008).

### **2.3 Factores relacionados con prácticas compensatorias.**

Las técnicas más usadas para perder peso por las personas con algún TA ,o susceptibles a desarrollarlos, son:

- a) Laxativos y diuréticos.
- b) Provocación del vómito.
- c) Ayuno
- d) Restricción de fluidos.
- e) Pastillas *reductivas*. Y
- f) Ejercicio excesivo. (Dasil, 2008 pp 28 -29).

Para esta investigación analizaremos el ejercicio excesivo, los laxativos, diuréticos y el vomito provocado.

#### **2.3a Ejercicio excesivo.**

El ejercicio se define como una clase especial de actividad física en el cual la persona esfuerza su cuerpo de una manera estructurada y repetitiva para mantener su salud física o desarrollar sus cuerpos (Safarino, 2002). La definición de actividad física es más amplia y se define como cualquier movimiento físico ejercido por los músculos que resulta en el gasto de energía más allá del gasto del metabolismo basal – cuando uno está en reposo- (Thompson, Buchner, Piña , Ballady, Williams, Marcus, et al., 2003). Esta investigación hablará tanto sobre la actividad física como el ejercicio indistintamente, ya que muchos estudios no hacen diferencia entre éstos.

El ejercicio se puede clasificar en 5 tipos:

- a) Ejercicios isométricos: ejecutados al contraer los músculos contra un objeto inamovible.
- b) Ejercicios isotónicos: requieren la contracción de los músculos y las articulaciones. Ej: levantamiento de pesas.
- c) Ejercicios isokinéticos: requieren un esfuerzo al levantar un objeto y otro esfuerzo extra para volver a la posición original.
- d) Ejercicios anaeróbicos: incluyen carreras de distancias cortas, calistenia, softball y otros ejercicios que requieren explosiones breves pero intensas de energía y no incrementan el uso de oxígeno.
- e) Ejercicios aeróbicos: cualquier ejercicio que requiera un incremento en el consumo de energía.

(Brannon & Feist, 2009 pp. 451 - 452)

Cualquiera que fuera el ejercicio este tiene muchos beneficios de la salud, entre ellos se encuentran:

- a) incrementa la fuerza ósea.
- b) mejora la función inmune.
- c) incrementa la fuerza muscular.
- d) mejora la función del corazón y de los pulmones.
- e) mejora la habilidad para hacer las actividades diarias.
- f) disminuye el colesterol de la sangre.
- g) disminuye la presión arterial.
- h) disminuye el riesgo de enfermedad coronaria, de diabetes, de obesidad y de ciertos cánceres (Carrie & Carpenter, 2003 p.156).

Esto en cuestión de beneficios a nivel físico. A nivel psicológico estos beneficios se encuentran:

- a) Brinda a las personas con sentido de control y auto-suficiencia.
- b) Motiva un estado de conciencia más relajado.
- c) Enseña al que lo practica a regular su arousal autónomo.
- d) Otorga una distracción o momentos para olvidar cogniciones, emociones y conductas negativas.
- e) Ya que el ejercicio provoca síntomas asociados con el estrés y la ansiedad sin la experiencia subjetiva del estrés emocional, si se hace consecutivamente, puede resultar en una mejora del funcionamiento psicológico.
- f) El ejercicio (si es grupal) puede promover estados psicológicos positivos debido al reforzamiento social.
- g) El ejercicio compite contra afectos negativos, como la ansiedad y la depresión, en los sistemas somáticos y cognitivos (Mark, Murray, Evans & Willing, 2007 p. 196).

El ejercicio y el deporte pueden contribuir a mejorar la calidad de vida. Sin embargo, algunos

ejercicios habituales no siempre asocian la actividad física con la sensación de algo bien hecho o con la promoción de la salud. Esto se da especialmente cuando el ejercicio físico empieza a tener un aspecto negativo sobre la salud mental y física (Gutiérrez& Ferreira, 2007)

La guía de actividad física para adultos hecha por el gobierno estadounidense recomienda que se deben hacer por lo menos 2 hora y 30 minutos a la semana de actividad física aeróbica, al menos 10 minutos al día y ejercicios de fortalecimiento al menos 2 días a la semana (U.S Government , 2008). Cuando se sobrepasan los límites el antes ejercicio beneficioso se convierte en una actividad compulsiva y dependiente. (Toro, 2004) elaboró unos criterios para el diagnóstico de la dependencia al ejercicio físico:

- a) Ejercicio diario practicado de forma estereotipada que adopta una creciente prioridad sobre otras actividades.
- b) Tolerancia creciente a la cantidad de ejercicio.
- c) Síntomas de abstinencia afines a un trastorno del humor tras interrumpir la actividad física.
- d) Los síntomas de abstinencia se resuelven mediante el ejercicio físico.
- e) Conciencia subjetiva de compulsión al ejercicio.
- f) La pauta de ejercicio se reinstaura rápidamente tras un periodo de abstinencia.

Cada vez hay más evidencia que la actividad física puede jugar un papel central en la patogénesis de algunos trastornos del comportamiento alimentario (León & Castillo, 2005 pp. 237 - 238).

Respecto a personas con riesgo a desarrollar un TA, o aquellas que ya estén diagnosticadas, niveles extremos de actividad física se convierten en una manera de alcanzar la meta de adelgazar (Morris, 2008). Numerosos estudios han enfatizado el uso del ejercicio excesivo para contrarrestar la ganancia de peso debida a los atracones o para prevenir la ganancia de peso por preocupación de la imagen corporal en pacientes con TA (Page, Crowther, Harrington & Engler, 2008).

Niveles altos de ejercicio han sido asociados con niveles altos de psicopatología alimentaria particularmente tendencias bulímicas e insatisfacción corporal (Madison & Ruma 2003). Hechler, Rieger, Touyz y Beaumont (2008) en su estudio sobre la diferencia entre la actividad física entre pacientes anoréxicos e individuos sin algún desorden alimentario encontraron que tanto las dimensiones cualitativas (ej: culpa por no haber realizado ejercicio) como las cuantitativas (ej: duración o intensidad del ejercicio) están asociadas con patologías alimentarias: la dimensión cuantitativa puede estar relacionada con el estado médico actual y la dimensión cualitativa con perturbaciones afectivas o conductuales. Es por eso que la diferenciación que hacen algunos autores entre los individuos que se ejercitan compulsivamente y los que padecen anorexia nervosa no es muy válida, puesto que estas dos se traslapan y se conjugan en un suborden de la anorexia o en un continuo de estos dos (Dasil, 2008).

Respecto a quien presenta mayor riesgo de que la actividad física se convierta en un factor de riesgo, Heller (2003) en una muestra de 853 alumnos de universidad encontró que los estudiantes que acudían a realizar ejercicio de manera *recreativa* a gimnasios o clubes deportivos estaban en mayor riesgo que los que estaban involucrados en deportes organizados, lo que quizá sea, según ellos, representativo de un cambio social en el propósito dado al ejercicio y a la actividad física. Esto es de interés ya que otros estudios como el realizado por Slay, Hayaki, Napolitano y Brownell (1998) también mostraban que los corredores obligatorios – compulsivos -, eran motivados por dimensiones cualitativas perjudiciales, ya mencionadas, además de obtener puntuaciones más altas en el EAT y tener un peso más bajo que los corredores no obligatorios. También se sabe que las personas que realizan ejercicio obligatorio tienden a escoger actividades solitarias, como el correr en pista o rutinas exhaustivas en el gimnasio (Manley, O'Brien & Samuels, 2008). Sin embargo, hay que destacar que es la correlación del ejercicio obligatorio con otros factores de riesgo como quienes practican la dieta restrictiva (Knowles, 2009) o ansiedad social referente al cuerpo – la ansiedad que aparece cuando un individuo percibe que otras personal lo están juzgando- (Ericksson, Baigi, Marklund & Lingren, 2007) lo que determinará la propensión a desarrollar un TA. Lo último es cierto en cuanto que, por lo general, los individuos que se ejercitan compulsivamente están obsesionados en cómo se ven (Kittlerstone, 2005).

### **2.3b Conductas Purgativas.**

Las conductas purgativas pueden clasificarse en compensatorias y no compensatorias:

- a) Purga compensatoria. Esto es cuando la conducta purgativa se utilizan para compensar episodios específicos de atracones subjetivos o reales y sólo sucede en estas ocasiones.
- b) Purga no compensatoria. Es cuando las funciones de la conducta purgativa se perciben más como una rutina para el control de peso, en cualquier caso el vínculo con los episodios de atracón no es tan cercano. (Fairburn, 2008).

Entre las conductas purgativas más comunes que utilizan los pacientes con algún TA se encuentran tomar laxantes, diuréticos y provocarse el vómito, las cuales aparecen en los tipos purgativos de la anorexia y la bulimia.

Los laxantes son alimentos, compuestos o medicamentos que promueven la evacuación intestinal. Al estimular la actividad muscular de intestino y conducir hasta el flujo de líquido, ayudan a limpiar el canal alimentario. Entre los laxantes se encuentran los purgantes que promueven la rápida evacuación y el cambio de consistencia de las heces (Woodworth, Colbert & Smith, 2002). Los laxantes se utilizan para mejorar el estreñimiento (Anti, Pignataro, Armuzzi, Valenti, Iacone, Marmo & Gasbarini, 1998), y se ha encontrado su eficacia para tratar esta condición en adultos (Petticrew, Rodgers & Booth, 2001), se puede inferir que por esta causa un 50% de la población los utiliza (Dasil, 2008). Entre los pacientes con TA hacen uso de éstos para deshacerse de las calorías de una manera pronta (Shulher, 2008).

Pryor, Wiederman y McGilley (1996) realizaron una investigación que sugiere que si bien algunas personas con TA llegan a laxarse, lo harían por diferentes razones y dividieron a estas personas en 3 categorías:

- a) Personas rígidas, perfeccionistas y evasivas que pueden utilizar laxantes de manera ritualista para aliviar los pensamientos obsesivos que tienen acerca de la comida.
- b) Personas, por lo general anoréxicas, que han utilizado los laxativos como una manera histriónica de llamar la atención, con frecuencia dejando que sus padres o conyugues encuentren los laxantes. y
- c) Personas bulímicas que tienen una personalidad psicopatológica, y generalmente una historia de abuso infantil.

Un exceso de laxantes puede producir trastornos funcionales graves en el intestino grueso, que en los casos extremos puede requerir intervención quirúrgica o generar estreñimiento crónico (Aranda & Turon, 1998).

Por su parte los diuréticos, algunas veces llamados píldoras de agua, son sustancias que ayudan al cuerpo a deshacerse de la sal (sodio) y del agua. Trabajan al hacer que los riñones instalen más sodio en la orina. El sodio, se lleva consigo agua que saca de la sangre. De esta manera, disminuye la cantidad de fluido que circula en los vasos sanguíneos, lo que reduce la presión de las arterias. ([www.mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com))

Éstos son con frecuencia utilizados por personas con TA con la creencia de que les ayudaran a bajar de peso; sin embargo, sólo hacen que se pierda agua corporal. (Patterson, 2008). El uso excesivo de éstos puede causar deshidratación, desbalances electrolíticos que pueden parar en la hospitalización ([www.somethingfishy.com](http://www.somethingfishy.com)), ataques al corazón,

estreñimiento, debilidad, dolor abdominal e irregularidades cardíacas (Patterson, 2008). Algunas investigaciones han comprobado que el uso de diuréticos en algunas mujeres es un problema por sí mismo, y que se inspecciona a los individuos que utilizan esta práctica compensatoria, se verá que un número mayor al esperado tienen un TA (Mitchell, 2001).

El vómito inducido se realiza, comúnmente después de un periodo de atracón, al meter los dedos, o algún implemento, a la garganta hasta producir un reflejo de expulsión (Schulher, 2008). Esta conducta puede llevar a extremos peligrosos, pues como dice Giorgio Nardone: la ritualidad de esta compulsión irrefrenable por comer y vomitar se puede volver con el tiempo tan insistente que lleva a las personas a pasar días enteros alternando las fases de atracones con la expulsión en una secuencia patológica aparentemente absurda (Nardone, 2004). El vomito provocado puede traer daños irreparables al organismo, desde causar deterioro a nivel bucal, inflamación de las glándulas parótidas, (lo que hace que las mejillas de las personas parezcan a las de las ardillas que guardan su comida en ellas), al igual que desbalances electrolíticos, daños a nivel renal e intestinal (Keel, 2007).

Según algunos estudios, los índices epidemiológicos para este tipo de conductas es el siguiente: conductas laxativas 6% y vómito 8% (Fairburn y Beglin citado en Robinson, Piran & Cormier, 2007 pg. 392). Aunque en muestras clínicas, en específico de pacientes bulímicas, estas cifras pueden subir en un 69% en el uso de laxantes ( Vas, Peñas, Ramos, López-Ibor & Guisado, 2001). Estos investigadores que estas pacientes preferían usar los laxantes y diuréticos como medio de control a largo plazo y al vómito como medio de control a corto plazo. Lo que nos da una pista de lo importante que es para el individuo que se purga esta conducta, pues le trae una sensación de haberse limpiado después del atracón. Sin embargo, la sensación no dura mucho tiempo, ya que purgarse regularmente, - tanto a largo como a corto plazo-, es una conducta peligrosa (Klitterstone, 2005), como ya se expuso.

## **2.4 Factores emocionales e individuales.**

### **2.4 a Autoestima.**

La autoestima es la experiencia de ser más aptos para la vida y para sus requerimientos. Más concretamente consiste en:

- a) Confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida.
- b) Confianza en nuestro derecho a ser felices, en el sentido de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos (Branden, 1994).

Brody y Ehrlichman (2000) mencionan que la autoestima de la gente parece depender de la percepción de su competencia en muchas actividades diferentes y tienden a tener una percepción diferenciada de sus habilidades, y concluyen que la autoestima puede ser descrita como el resultado de una combinación de las creencias de las personas sobre sus habilidades y talentos.

Lo mencionado en el párrafo anterior deja ver el complejo tejido de la autoestima y probablemente por esta razón no haya un consenso en su definición. Aludiendo a esto, Murk (2000) manifiesta que la autoestima es un fenómeno impuro que es muy difícil de estudiar en sí mismo, porque nos guste o no, la autoestima está relacionada con muchos otros fenómenos y expresiones del *self*. Probablemente es esta relación la que algunos

estudiosos del tema expongan que al menos el término *autoestima* se usa de tres diferentes maneras:

- a) Autoestima global: la manera en que las personas se sienten de manera general consigo mismas.
- b) Autoestima estado (sentimientos de auto valía): las reacciones auto evaluativas a eventos específicos.
- c) Autoestima de dominio específico (auto evaluación): la manera en que las personas evalúan sus varias habilidades y atributos (Kerni, 2006).

Aunque ninguno de ninguno de estos constructos es más importante el uno del otro, los tres términos no son intercambiables y según algunos estudios se relacionan tanto cognitiva como afectivamente (Kerni, 2006).

El vínculo tan complejo de estos constructos también ha sido la causa de que se hayan encontrado relación entre la autoestima y varios problemas sociales y emocionales (Owens, Stryker & Goodman, 2006), incluyendo su relación con problemas de imagen corporal y TA. Una baja autoestima puede predecir insatisfacción en la imagen corporal tanto de hombres como de mujeres adultos (Green & Pichard, 2003). Wiseman, Peltzman, Halmi y Sunday (2004) encontraron que esto es real también para los adolescentes, puesto que en su investigación los jóvenes relacionaban la insatisfacción corporal con sentimientos negativos, lo que los hacía más susceptibles a desarrollar un TA. Un individuo que está insatisfecho con su cuerpo puede extender ésta insatisfacción a otros aspectos de sí mismo, evaluándolos de una manera negativa y experimentando una autoestima general más baja (McFarlane, McCabe, Jarry, Olmsted & Polivy, 2001). Los individuos con un sentido negativo de sí mismos, situados en una cultura obsesionada con alcanzar la perfección física reflejarán estos sentimientos de minusvalía en la percepción de ellos mismos, lo que devengará en una imagen corporal distorsionada. (Furhman, Badmin & Sneade, 2002). En cambio, los sentimientos de seguridad, rasgo de personas con alta autoestima, tienden a relacionarse con menos actitudes alimentarias negativas (Bellew, Gilbert, Mills, McEwan & Corrine, 2006).

En este mismo tono, una investigación señaló que mujeres con una baja autoestima, que se percibían con sobrepeso y mostraban rasgos de perfeccionismo precedían a síntomas bulímicos más severos, en contraste con mujeres con la misma percepción y niveles de perfeccionismo, pero con autoestima más alta (Vohs, Joiner, Bardone, Abramson & Heatherton, 1999). De igual manera, se ha encontrado que mujeres con baja autoestima y que presentan ya no rasgos de perfeccionismo si no de neurotismo, que se traduce como una inestabilidad emocional e hipersensibilidad que hace al individuo más vulnerable al tratar con situaciones estresantes o de la vida en general, presentan una prevalencia mayor de TA (Cervera, Lahortiga, Martínez – González, Irala- Estévez & Alonso, 2002).

Tanto estas investigaciones como la experiencia clínica dan evidencia que la baja autoestima es común entre las personas con algún TA y puede ser un precipitante significativo (Fairburn, 2008). Este autor también expone que la recuperación de pacientes con TA y que también poseen una autoestima baja es arduo, puesto que ponen su auto valía en el control que tienen para con su peso, su figura y su comportamiento alimentario, además de que tienen una visión negativa de ellos y de los resultados del tratamiento que siguen (Fairbun, 2008). Lo cierto es que es un tema poco abordado, aunque como se ha visto, la autoestima es un factor importante y que se conjunta con otro para desarrollar algún TA.

## **2.4b Depresión**

Para este estudio se abordará brevemente los conceptos básicos de estos dos constructos, comenzando con la depresión.

La depresión es un trastorno afectivo manifestado por un sentimiento de tristeza persistente, irracional e incontrolable. Se acompaña de anhedonia, pensamientos pesimistas, sensación de falta de energía, e incluso síntomas somáticos (corporales) que interfieren en el rendimiento vital (Gelabert, 2007). La depresión puede variar en términos del número, grado relativo y severidad de los síntomas, además de la duración y la frecuencia de está (Gilbert, 2008).

Los tipos de depresión más comunes son:

- a) Episodio depresivo mayor. Se distingue por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, durante dos semanas o dos meses:
- b) estado de ánimo depresivo (llanto, vacío, tristeza), disminución acusada del interés o de la capacidad de placer, cambios en el peso o el apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o entumecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte.
- c) Trastorno distímico. Se distingue por un estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del tiempo al menos por dos años y por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.
- d) Trastorno bipolar. Se caracteriza por la alternancia de fases de depresión con periodos de manía y episodios de completa normalidad que pueden durar incluso años.
- e) Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. Se caracteriza por una reacción anormal y excesiva frente a un factor estresante identificable (Gelabert 2007 pp. 9 - 11).

Los episodios depresivos pueden presentarse en cualquier etapa de la vida de un individuo; sin embargo, la adolescencia y la adultez temprana parecen ser los puntos donde se incrementa el riesgo de la primera aparición de esta (Dobson & Dozois, 2008).

La prevalencia de la depresión en la población es del 10.2% en mujeres y del 5.2% en hombres en Estados Unidos (Cochran & Rabinowitz, 2000). En México se estima que dos millones de personas han padecido un episodio de depresión durante la infancia o adolescencia y en total 7.3 millones han padecido alguna forma de depresión (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista & Zambrano- Ruiz, 2004).

## **2.4c Estrés.**

El estrés se define como una situación en la cual las demandas externas (sociales) o las demandas internas (psicológicas) superan nuestra capacidad de respuesta. Se provoca así una alarma orgánica que actúa sobre los sistemas nervioso, cardiovascular, endocrino e inmunológico, produciendo un desequilibrio psicofísico y la consiguiente aparición de la enfermedad (López, 2005).

Aunque la definición antes expuesta hace énfasis en la parte negativa del estrés, éste es un estado perfectamente normal de la condición humana y que el cuerpo se encuentra bajo varios grados de estrés en condiciones relacionadas con la felicidad así como con la tristeza (Humphrey, 1986). El lado positivo del estrés es que, gracias a este, el sujeto puede alcanzar

sus metas planeadas; no se hace conformista, es propositivo e independiente (Méndez&Olivares, 2006). Por otro lado, el estrés se vuelve peligroso cuando interfiere con la habilidad de vivir una vida normal por un periodo prolongado (<http://www.apa.org> ). Es por eso que algunos investigadores prefieren identificar al estrés por la naturaleza de los estímulos, mejor conocidos como estresores. Éstos provienen de tres fuentes básicas:

- a) El medio externo ( clima, contaminación, etc...)
- b) El medio social ( trabajo, pérdida de un ser querido, etc...)
- c) Factores fisiológicos (cambios en la adolescencia, enfermedades, etc...)
- d) Factores cognitivos ( pensamientos negativos, expectativas inalcanzables, etc (Davis,Robbins, McKay & Fanning., 2008 pp.226 - 229).

Dependiendo de la capacidad del individuo para hacer frente a estos factores, será la magnitud de las reacciones físicas, psicológicas y conductuales.

Entre las reacciones psicológicas podemos encontrar las siguientes:

reacciones fisiológicas

- a) Latido rápido de corazón
- b) sudoración
- c) aumento de la presión arterial
- d) “nudo” en el estomago
- e) Dificultad en tragar (en algunos individuos)
- f) Opresión en el pecho.

Reacciones conductuales

- a) Conductas de reacción opuesta: acciones que van dirigidas a ir en contra de la condición estresante.
- b) Conductas manifiestas: involucran reacciones tales como tics, morder las uñas, andar en círculos y otras.

Estas reacciones pueden volverse disfuncionales cuando se muestran exageradas e impiden el funcionamiento normal del individuo ( Humprey, 1986 pp-150 - 151).

El estado de estrés se ilustra por la cantidad de demandas puestas por el medio externo, o interno, y la compensación para mantener el sistema dentro de sus límites de equilibrio (Lovallo, 2005). Si hay un equilibrio que se prolongue por periodos más largos y se vuelve independiente para mantener las adecuadas reservas de energía, aparece una sobrecarga de los niveles de actividad de mediadores físico- químicos (ej. Glucorticoides) que bajo ciertos límites, son adaptativos (McEwen, 2004); se rompe la homeostasis y es difícil regresar al equilibrio. Una respuesta normal al estrés es la pérdida del apetito. La excitación producida por el estrés inhabilita al motilidad gástrica y conlleva a la supresión de movimientos gástrico y la liberación del azúcar del movimiento gástrico y la liberación de azúcar proveniente del hígado hacia la sangre. Sin embargo, para algunos individuos, tanto la excitación y el estrés conlleva a un excesivo consumo de alimentos (Van Strien, 2002), Se ha demostrado, al menos en condiciones de laboratorio, que seguido un factor estresante agudo, se incrementa el consumo de alimentos ( Eppel, Lapidus, McEwen, & Brownell, 2001). Aunque en un meta-análisis realizado por Loewll & Kral (2006) sobre los estudios realizados hasta ese momento sobre estrés y su relación con el consumo de alimentos, no encontraron una fuerte relación entre estas dos variables. Situación que también se observó en ratas de laboratorio ( Cardenas – Villalvazo,, López- Espinosa., Martinez., Franco,

Díaz, Aguilera et al., 2010). sin embargo, Loewll y Krall (2006) aconsejan realizar más estudios sobre la magnitud de esta relación.

Por otro lado sí se ha encontrado que pacientes con T.A. han experimentado por lo menos 12 meses de constante exposición a factores estresantes (Schmith, Tiller & Blanchard., 1997) y (Behar & Valdés, 2009). De hecho, se ha encontrado que pacientes con bulimia nervosa presentan una mayor reactividad al estrés junto con emociones más negativas (Peterson, Thuras, Ackard, Mitchell, Sandanger, Wonderlich et al., 2010). Eventos en extremo estresantes aparecen en las historias clínicas de pacientes con algún T.A. Por ejemplo, un tercio de mujeres que padecen anorexia, bulimia o trastorno por atracón, relatan haber sido víctimas de abuso sexual en su infancia o en su adolescencia (Bryant-Waugh & Lask, 2004). Los síntomas de los T.A pueden funcionar como una forma de adaptación para contrarrestar el vacío social y las intromisiones de los recuerdos del trauma en estas personas (Vrabel., Hoffart., Ro., & Bad, 2010). Por lo mismo es importante evaluar si estos pacientes padecen estrés post-traumático y de esta manera hacer las debidas modificaciones terapéuticas en el tratamiento estándar para estos sujetos (Reyes-Rodríguez, Von Holle, Ulman, Thorton, Klump & Brandt, 2011)

La inmensa mayoría de pacientes anoréxicos y bulímicos presentan sintomatología depresiva cuando no trastornos depresivos propiamente dichos concomitantes (Toro, 2004). Por ejemplo, en un estudio se observó que los individuos con anorexia nervosa, bulimia nervosa, o anorexia y bulimia, tenían tasas similares de todos los trastornos de ansiedad, excepto del trastorno obsesivo-compulsivo, el cual era tres veces mayor en individuos con bulimia nervosa y aquellos con anorexia y bulimia que los individuos con anorexia nervosa (Kaye, Bulick, Thorton, Barbarich & Masters, 2004) y la depresión ha sido correlacionada positivamente con la bulimia nervosa e insatisfacción corporal (Wiederman & Pryor, 2000). De igual forma, se ha encontrado que una alimentación desordenada está asociada con un mayor nivel de depresión, ansiedad social (fobia social), y una falta de expresión emocional (McLean, Miller & Hope, 2007). En el mismo estudio, los autores indican la importancia de la supresión de las emociones, puesto que las personas que no expresan sus emociones negativas las direccionan a *blancos* menos amenazantes como el cuerpo, y esto deviene en niveles altos de imagen corporal característicos por individuos con trastornos alimentarios. Por ejemplo, se ha encontrado que las conductas de atracón en pacientes bulímicos sirven como un intento para regular emociones negativas entre ellas la depresión y la ansiedad (Jeppson, Richards, Hardman, & Mc Granley, 2003).

Otro punto de importancia es la probable rol que tienen las familias con historias de trastornos afectivos y su posible relación como perpetuadoras tanto de la anorexia como de la bulimia nervosa. Se ha encontrado que madres de anoréxicas depresivas presentaban 4 veces más riesgo de depresión que las madres de anoréxicas no deprimidas (Toro, 2004). Sin embargo, en un estudio hecho en la Universidad de Stanford sobre este tema se encontró que los padres de pacientes con anorexia nervosa reportaron niveles clínicos y sub-clínicos de depresión, ansiedad, hostilidad y trastorno obsesivo-compulsivo, los autores advierten que es difícil de establecer la relación de los trastornos afectivos en la familia y el desarrollo o perpetuación de los TA (Ravi, Forseg, Fitzpatric & Lock, 2009). Lo cierto, es que, de acuerdo a Karen Koenig (2007), desde pequeños aprendemos a conectar las emociones con la comida, y no es extraño que la alimentación se convierta en un problema cuando las emociones, generalmente negativa, quieren salir a flote.

Es por eso que al momento de intervenir terapéuticamente a un paciente con algún TA es importante identificar estados depresivos, y de ansiedad, ya que pueden interferir, sobre todo las depresión clínica, significativamente en el tratamiento de estos pacientes (Gilbert, 2008), sobre todo porque se ha demostrado que los desordenes afectivos pueden perdurar aún en periodos de recuperación de pacientes con TA, especialmente si se trata de bulimia nervosa (Daley, Jimerson, Heatherton, Metzger & Wolfe, 2008).

### **Capítulo 3. Homosexualidad y Trastornos alimentarios.**

#### **3.1 Orientación sexual y Homosexualidad.**

La orientación sexual se refiere al género, o los géneros, al que el individuo se siente atraído emocional, sexual y románticamente (Carroll, 2005). Aunque esta clasificación parece simple, el comportamiento sexual no siempre es fácil de que se ajuste en esta categoría, o en ninguna otra según sea el caso (Carroll, 2005). La orientación sexual, de hecho, se basa en un sutil continuo, y la manera en que las personas declaran su propia orientación, no predice de manera exacta sus verdaderas conductas y fantasías sexuales (Epstein, 2007). Para efectos de esta investigación, y no caer en complicaciones que la definición de las orientaciones sexuales trae consigo misma, se utilizará la definición de homosexualidad propuesta por José Ignacio Baile (2008) que dice que ésta es la tendencia interna y estable a desear afectivamente a personas del mismo sexo, con independencia de su manifestación en prácticas sexuales.

La homosexualidad es tan antigua como la especie humana y se encuentra presente también en animales, de hecho el estudio de la homosexualidad en diversas especies no humanas ha propiciado investigaciones que ayuden a dilucidar la evolución de este comportamiento (Driscoll, 2008). En diversas culturas de la antigüedad y pueblos no occidentales, no etiquetaban el erotismo hacia personas del mismo sexo (Mondimore, 1998). fue hasta 1869 que la palabra homosexualidad fue acuñada por Karol Benkert utilizando el término; pero no fue sino hasta finales del siglo XIX que se difundió en el ambiente médico como un modelo de enfermedad mental que prevaleció hasta mediados de los años cincuenta (Byne, 2005). Desde que se acuñó el término homosexual y hasta los años treinta del siglo pasado, las teorías para explicar la homosexualidad se basaban en estudios sobre rasgos fisiológicos (Carroll 2005). Las causas de la homosexualidad no se entienden muy bien, parece que existen determinantes múltiples (Ardila, 1998). Las dos perspectivas básicas para estudiar la homosexualidad tanto para el pensamiento científico como para el popular son esencialmente esencialistas, factores biológicos o psicológicos, y constructivismo, factores sociales o culturales (Stein, 1992, citado en Byne, 2005). Sin embargo, no se ha encontrado evidencia para apoyar alguna explicación que no incluya tanto a los factores biológicos como a los sociales (Francoeur, 1991).

#### **3.2 Factores biológicos y sociales.**

Según la posición esencialista, la homosexualidad es un rasgo biológico que aparece en todas las sociedades y en todas las épocas (Castañeda, 1999). Según estas teorías, la explicación de la homosexualidad puede que se encuentre por estructuras neurobiológicas diferentes (entre homos y heterosexuales), diferentes efectos hormonales o incluso determinaciones genéticas (Baile, 2008). En el orden biológico, en los últimos años se han

buscado diferencias anatómicas, hormonales o más recientemente, genéticas entre personas homos y heterosexuales, sin alcanzar todavía resultados concluyentes (Castañeda, 2002). Respecto a este último punto, en estudios realizados con gemelos se ha concluido que, aproximadamente entre el 30% y el 70% de la homosexualidad en ambos sexos puede explicarse genéticamente (Bailey, Pillard, Neale, & Agyei, 1993). Sin embargo, estudios más recientes que también implican a hermanos gemelos, han dejado ver que junto con las influencias genéticas existen variables ambientales no compartidas en la determinación de la orientación sexual (Zegers, Larrain & Bustamante, 2007).

A nivel molecular, Hammer, Hu, Magnuson, Hu & Pattatuci, en 1993, demostraron que había cinco marcadores pertenecientes a la región Xq28 que coincidían en 33 de los 40 pares de pares de hermanos analizados. Esto ha propiciado que se postule la existencia de un gen de la homosexualidad masculina; sin embargo, aunque estos estudios son fuertemente indicativos, no son absolutos por no haberse encontrado en el 100% de los casos (Careaga & Cruz, 2004). También, a nivel hormonal, varios investigadores han realizado estudios donde se especula que el grado de cantidad hormonal en adultos contribuye a la homosexualidad, pero la mayoría no ha encontrado diferencias significativas y aun no se han dado información que sustente que las hormonas en los adultos contribuyan a la orientación sexual (Carroll, 2005). Es más, los hombres y mujeres homosexuales son tan parecidos a sus homólogos heterosexuales en todo, aparte de su polo de atracción sexual, que sólo investigaciones muy precisas y especializadas (respecto a la influencia hormonal) han podido descubrir pequeñas diferencias en ellos; de hecho, actualmente, está claro que los niveles hormonales sólo pueden explicar una parte del todo (Mondimore, 1998).

El orden de nacimiento y el sexo de los hermanos es otra área en la cual las investigaciones han encontrado una correlación con la homosexualidad masculina pero no con la femenina (Zucker, Blanchard & Siegelman, 2003). De hecho, se ha hipotetizado que el efecto del orden de nacimiento en la homosexualidad es un subproducto de un mecanismo biológico que pudiera cambiar los rasgos masculinos a otros más femeninos en los hermanos menores, reduciendo la probabilidad de competencia fraterna infructuosa (Miller, 2000). Esta hipótesis es conocida como *la hipótesis del efecto inmune materno*: el efecto del orden de nacimiento se dispara cuando células fetales (o fragmentos de ellas) penetran en la circulación sanguínea de la madre, lo que es frecuente durante el nacimiento. El sistema inmune de la madre trata a estas células como cuerpos extraños y comienza a producir anticuerpos para eliminarlas. Siguiendo este proceso, los anti-cuerpos que impiden pueden cruzar de la placenta directo al cerebro del feto masculino. Estos anticuerpos desvían, de alguna manera, la diferenciación sexual del la línea masculina típica. Lo que haría que, a medida de que se desarrolla, el individuo sienta atracción por hombres y no por mujeres (Blanchard, 2008). Sin embargo, en un estudio realizado por Campero-Ciani, Corna y Capiluppi (2004) sobre aspectos biológicos (influencia hormonal, número de hermanos varones) que favorecen la homosexualidad, encontraron que en el 79% de la varianza de su muestra de hombres homosexuales, 90 en total, no se puede explicar solamente por razones biológicas. Es más, explican que la homosexualidad se pueda explicar por razones culturales más que por explicaciones de origen biológicas.

Entre otras teorías que han tratado de explicar las causas de la homosexualidad se encuentra la teoría psicoanalítica freudiana. Freud argumentaba que los niños (varones) se fijarían en una fase homoerótica, que, según Freud, todos pasamos por ella en un momento de nuestro desarrollo, si habían tenido una relación pobre con sus padres y, si por el contrario, la

relación con su madre había sido demasiado cercana ( Golombok & Tasker, 2005). Aunque, la homosexualidad por todo el mapa de las elaboraciones freudianas, desde el complejo de Edipo, hasta el narcisismo, (D'Angelo, 2008) y además de que existe la insistencia en el carácter adquirido de la homosexualidad, queda siempre presente en Freud que, entre la multiplicidad de factores que intervienen en el nacimiento de la homosexualidad, hay que contar con factores constitucionales, aunque no sea posible determinar sus modos de actuación (Gafo, 1997).

Las teorías sociales desarrolladas desde mediados de los años sesenta también han fallado en dar una explicación satisfactoria, y completa, sobre un origen puramente cultural de esta orientación. Quizá sea como sugiere John B. Pinel (2001) el comportamiento actual de una persona tiene los siguientes cinco antecedentes: a) cómo es su organismo, b) en qué situación se está enfrentando, 3) cómo su organismo se ha configurado a partir de la genética y de sus experiencias vitales, y 4) cómo su genética se ha configurado a lo largo de la evolución de su especie. Lo que da paso a un modelo integrador que considera que en la determinación de la homosexualidad influyen factores biológicos (genéticos-innatos, hormonas, orden de nacimiento), factores psicológicos (relaciones y experiencias con los otros en la infancia y adolescencia), factores sociales (por ejemplo la existencia de modelos sociales de homosexuales que reafirman una orientación homosexual incipiente y la confirman) (Baile, 2008).

Existe una controversia entre el porcentaje de hombres homosexuales. Algunos cálculos estiman que éste va del 2 al 4% al 10% de la población (Carrol, 2005), dependiendo de la metodología utilizada en el estudio. Por ejemplo, en una revisión de los estudios sobre la proporción de población homosexual a través del tiempo realizado por Diamond (1993) nos deja ver que los resultados varían del 1.6% al 9%; sin embargo, estas investigaciones son matizadas por diferentes aspectos: desde las preguntas realizadas, hasta cuestiones como la tendencia de los participantes a ocultar información. Sin embargo, la mayoría de los estudiosos del tema observan que el índice de homosexualidad en los hombres es mayor que en las mujeres. Esto es, el porcentaje tentativo de hombres homosexuales es mayor, del 2.1% al 1.2%, que el de mujeres homosexuales, del 2.1% al 0.8%, con una proporción aproximada de hombres respecto a las mujeres de 2:1( Zegers, Larrain & Bustamante, 2007). Al ser una de las minorías que integran nuestra sociedad, es importante incluir estudios sobre cuestiones de salud específicas para esta población, especialmente de salud mental.

### **3.3 Homosexualidad y salud mental.**

La salud, entendida en sentido amplio, como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo (Oblitas, 2006). De la misma forma, la salud mental no sólo se refiere a la ausencia de enfermedad mental perceptible, sino a un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades y puede trabajar de manera productiva y de manera fructífera, y es capaz de contribuir con su trabajo a la comunidad (Desjarlis, Eisenberg, Good & Kleiman, 1995). Según el médico Phillip W. Long, en su portal de internet: Internet Mental Health, los problemas de salud mental se dividen en 8 bloques: trastornos de ansiedad, trastornos de la infancia, trastornos afectivos, trastornos cognitivos, trastornos

de personalidad, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos relacionados con la dependencia a las drogas y los trastornos alimentarios.

King, Semlygen, See Tai, Killaspy y Osborn (2008) mencionan que los grupos homosexuales, bisexuales y lésbicos, están en mayor riesgo que los individuos heterosexuales de padecer trastornos mentales e incluso conductas suicidas. Esto se puede deber a que enfrentan diversos grados de exclusión debido a que en muchas sociedades, incluyendo la mexicana, se valora de forma negativa su orientación sexual, lo que puede conllevar a que entre el sector homosexual sea más frecuente el consumo de cigarrillos, drogas entre otros, además de trastornos afectivos y de comportamientos autodestructivos (Ortiz-Hernández, 2005). En concordancia con lo antes expuesto (Sanford, Boyd, Schellevis & Vanwensebeeck, 2006) encontraron que, no solo la salud mental está relacionada con la orientación sexual, sino que el tener una orientación homosexual es un factor de riesgo para tener una pobre salud física y mental. Spinardi-Pirozzi (2008) indica que la comunidad lésbico-gay presenta mayor cantidad de consecuencias negativas que los individuos heterosexuales, por lo menos entre estudiantes universitarios. También se ha hallado que tanto los trastornos de ansiedad como los trastornos afectivos entre la población masculina, se concentra principalmente en grupos de minorías sexuales (Bostwick, Boyd, Hughes & McCabe, 2010). En este mismo estudio, los autores exponen que probablemente la razón para que la *no heterosexualidad* tenga más relación con un incremento de trastornos mentales entre la población masculina se debe, principalmente, al gran estigma que aun existe para la homosexualidad masculina en Estados Unidos, y que se podría aplicar a otros países (Bostwick, et al, 2010). Se puede definir al estigma relacionado con la salud mental como un proceso social, experimentado o anticipado, caracterizado por exclusión, rechazo o devaluación que resulta de la experiencia, percepción o anticipación razonable de un juicio social adverso hacia una persona o grupo (Weiss & Ramashkishna, 2006). En el caso de los homosexuales esta tiene su mejor expresión en la homofobia. Esta puede ser definida como un prejuicio que atribuye características negativas a las personas por el hecho de ser homosexuales o tener conductas homosexuales, o bien relacionadas con la homosexualidad, hacia personas que sólo parezcan serlo, de acuerdo con ciertos estereotipos cultural y socialmente creados, que por sí mismo denotan una asignación arbitraria y, por cierto, prejuiciosa (Soberón & Feinholz, 2007). Una persona homosexual, o de otra minoría sexual, que percibe este tipo de estigma puede experimentar sufrimiento mental debido a que concibe que los demás lo valoran, o la pueden valorar, en términos negativo (Ortiz-Hernandez, 2005). De hecho, la homofobia internalizada, expectativas de rechazo y discriminación (estigma), y actos discriminatorios y violentos (prejuicio) – considerando independientemente al grupo – predice estrés negativo en hombres homosexuales (Meyer, 1995), y por lo tanto, puede ser ésta causa de que se presenten trastornos mentales en población homosexual (Meyer, 2003) y no la orientación homosexual per se.

### **3.4 Homosexualidad y trastornos de la alimentación.**

Aunque los primeros documentos sobre personas que padecieron lo que ahora podríamos clasificar como TA provienen de casos donde el paciente era hombre (Silverman, 1990), los estudios referentes a trastornos alimentarios han encontrado que éstos usualmente están más presentes en mujeres que en hombres. Por lo consecuente, hasta principios de este siglo, es que se ha empezado a investigar el estado en cuestión de los trastornos

alimentarios, y temas relacionados, como la insatisfacción corporal, en el hombre. Según algunas estadísticas, el 10% de las personas con trastornos alimentarios son homosexuales y una reducida parte de esa población recibe tratamiento (Morgan, 2008) y la edad en que los T.A. pueden empezar a desarrollarse en el hombre es entre los 14 -25 años, casi el mismo rango que entre las mujeres, aunque pueden presentarse a mayor edad ([www.mengetedstoo.co.uk](http://www.mengetedstoo.co.uk)). Las características de los hombres que presentan T.A son muy similares a las de las mujeres con los mismos trastornos; sin embargo, existen algunas diferencias que merecen la pena mencionar:

- a) Los hombres con Anorexia Nerviosa presentan conductas obsesivas más extremas que sus contrapartes femeninas.
- b) Los hombres con Bulimia Nerviosa presentan más conductas impulsivas más extremas que sus contrapartes femeninas. (Harris & Cumella, 2006)
- c) En algunos estudios recientes se ha comprobado que los hombres son igual o propensos a entregarse a conductas compensatorias como, la utilización de laxantes (Reyes – Rodríguez, et al 2011); y también respecto a la autoinducción del vómito se ha encontrado que los hombres son más propensos a esta conducta (Gadalla, 2009) en contra de la idea común de que las mujeres tienen más conductas compensatorias.

A pesar de que se ahora se entiende más sobre T.A en los hombre y de que pueda caer encaje en la descripción de un T.A o presente factores de riesgo para desarrollarlo, es muy probable que un hombre no reciba tratamiento (Harvey & Robinson, 2003) ya que aun no se ha roto el estigma de que los T.A. son desordenes exclusivos de mujeres o que los hombres no desarrollan T.A (Morgan, 2008). Esta situación es muy delicada ya que existen factores por los que un hombre puede desarrollar algún tipo de T.A. Entre las que se encuentran los hombres que tuvieron en alguna etapa de su niñez, o todavía tienen, sobrepeso y hombres adultos o jóvenes que participan en actividades como lucha olímpica, ballet, atletismo, canotaje, carreras de caballos (jockeys) o alguna otra ocupación que requiera restricción en el peso (Andersen, 1999). Según Herzog, Bradburn y Newman (1990) otro factor de riesgo es la relación que mantienen algunos hombres con su sexualidad como ansiedad o disgusto hacia las relaciones sexuales; falta de apetito sexual, antes o durante el padecimiento, o, finalmente, presentar conflicto hacia la identidad de género u orientación sexual pueden precipitar el desarrollo de un T.A. en hombres.

Estudios han demostrado que una gran cantidad de hombres que son homosexuales tienen un riesgo substancial en incrementar el riesgo para desarrollar T.A debido a su orientación (Andersen, 1999). Se ha encontrado que el rango de hombres homosexuales o bisexuales tiende a presentar un índice más alto de T.A. que los hombres heterosexuales (Felhman & Meyer, 2007) .Algunos reportan que el rango de hombres homosexuales o bisexuales con Anorexia Nerviosa es de un 20 – 45% (Russell& Keel, 2003). En un estudio hecho con estudiantes universitarios latinoamericanos, el 58% de los varones que mostraron tener algún T.A eran homosexuales (Toro , Lugo& Borrero, 2010). Debido a la gran prevalencia de hombres homosexuales con algún trastorno alimentario se creó que éstos son más susceptibles a desarrollarlos que los hombres heterosexuales (Do Jackson, 2008). La respuesta a el porqué de la situación antes mencionada ha sido tratada en varios estudios sobre homosexualidad y T.A. Según Toro (2004) esto podría deberse a que la condición homosexual, sea por el rechazo social percibido (homofobia), por las dificultades para aceptarla, o sea por los conflictos objetivos (homofobia internalizada), ésta da pie a un

emociones negativas que facilite la aparición de irregularidades alimentaria La homofobia internalizada, la cual se define como la internalización de actitudes sociales negativas hacia la homosexualidad que la persona homosexual dirige hacia él, o ella, mismo ( Meyer, Dean & Herek,1998) puede ser una causa de desordenes emocionales (e.g. depresión) en la población homosexual ( Herek, Cogan, Gillis,&Glunt, 1997); los T.A. no son la excepción a esta regla. Torres (2008) Encontró que la homofobia internalizada se asociaba con los T.A, insatisfacción corporal, y baja autoestima. Es más, en el mismo estudio se encontró que entre más alta es la homofobia internalizada ésta se asocia con comportamientos como dieta restrictiva y la insatisfacción corporal. Además varios estudios han encontrado que la correlación entre homofobia internalizada y puntuaciones altas en mediciones sobre la bulimia puede ser consistente con el deseo de castigar al cuerpo de los deseos sexuales por personas del mismo sexo (Williamson, 2000), pero estudios más recientes han encontrado que la relación antes mencionada no es significativa (Andorka, 2007). En un estudio de análisis de contenido realizado en población homosexual, se sugiere que un posible reforzador de la homofobia internalizada sea el abuso infantil (Lisak & Luster, 1994) y que éste sea factor para desarrollar Bulimia Nerviosa o cualquiera de sus subtipos (Felhman y Meyer, 2007) o el subtipo purgativo de anorexia (Carter, Bewell, Blackmore & Woodside, 2006). En este mismo tenor, Toro (2004) dice que los homosexuales manifiestan más síntomas depresivos y menos autoestima. Además se ha encontrado que, probablemente los pacientes homosexuales con algún trastorno alimentario hayan sido diagnosticados con trastorno ansiedad general, alguna fobia específica, dependencia de drogas, síndrome de dependencia u otro trastorno psiquiátrico (Felhman & Meyer, 2007).

Según Michael Cohen( 1997) una de las diferencias resaltante es la que se ha encontrado respecto a la búsqueda de la delgadez; en los hombres homosexuales equivaldría a la búsqueda de un cuerpo esbelto, pero tonificado y sin grasa. Esta búsqueda, según Gough & Gareth (1988) comenzó entre los 1970's y el final de los 1980's donde el tener un cuerpo atlético y masculino se volvió importante para desarrollar una apariencia muscular y tonificada. Por lo tanto, la atención no es en la perdida de musculo si no de grasa, lo que da pie a un aumento de comportamientos de compulsión por el ejercicio excesivo y por una dieta restrictiva si es que el ejercicio falla en su misión de “desaparecer” la grasa (Cohen, 1997). Este comportamiento dirigido a alcanzar una figura delgada concuerda con lo encontrado en el estudio realizado por Scott J. Duggan y Donald McCreary (2004) donde los participantes homosexuales reportaron conductas alimentarias negativas orientadas a disminuir su peso corporal. Los T.A. están fuertemente relacionados con la insatisfacción corporal en sujetos homosexuales (Hospers & Jansen, 2005). La importancia que estos ponen en la imagen corporal se debe al énfasis depositado en el atractivo físico; tanto de ellos como el de sus parejas (Siever, 1994). El verse en forma y atractivo pudiera ser importante para los hombres homosexuales para poder conseguir pareja y mantenerla (Harvey y Robinson, 2003). Entonces esta insatisfacción corporal en hombres homosexuales pueda reflejar motivos de competencia intrasexual; la cual dispara comportamientos de alimentación restrictiva, tanto en hombres homosexuales como en mujeres (Li, Smith, Griskevicius,, Canson, & Bryan, 2010). Esto puede ser porque a diferencia de los hombres heterosexuales, los hombres homosexuales asuman que una pareja potencial prefiera cuerpos esbelto, tal como lo encontraron Smith, Hawkeswood, Bodell y Joiner (2011) al comparar una muestra de hombres homosexuales con otra de hombres heterosexuales. Lo antes mencionado se puede palpar en el estudio realizado por

Brown y Graham (2008) donde encontraron que una de las principales motivaciones de los hombres homosexuales para ir al gimnasio era mejorar su apariencia física, ya que pueden ser evaluados como futuras parejas, siendo discriminados por su apariencia física. Esto explicaría porque los hombres homosexuales expresan que su imagen corporal tiene efectos negativos en su calidad de vida, además de que, no importando su peso, se sienten más insatisfechos e inseguros que los hombres heterosexuales (Perplau, Curtis, Maisel, Leveer, & Ghavani, 2009).

## Capítulo 4 Método.

### 4.1 Planteamiento del problema de investigación

#### - Problema General de la Investigación

Determinar si en una muestra de población homosexual de hombres, existen (y cuales son) factores de riesgo para desarrollar Trastornos Alimentarios (TA).

#### - Problemas Específicos de la Investigación

Determinar si en una muestra de población homosexual existen factores de riesgo para desarrollar TA relacionados con:

1. Imagen Corporal (insatisfacción, alteración, autoestima);
2. Conducta Alimentaria Anómala (dieta restringida, comer compulsivo o atracón, preocupación extrema por el peso y la comida); y
3. Afecto negativo (estrés y depresión), para desarrollar Trastorno Alimentarios

### 4.2 Objetivo de la investigación.

Aportar información sobre los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en hombres homosexuales.

### 4.3 Definición de Variables.

#### - Variable Independiente.

- a) Definición conceptual.

Homosexualidad masculina: Atracción sexual, romántica, física y emocional que tienen algunos hombres por miembros de su mismo sexo. (Carroll, 2005).

- b) Definición operacional: Respuesta dada por el participante de aceptación de su homosexualidad.

#### - Variables Dependientes.

Definición conceptual.

Imagen corporal: La representación mental del cuerpo cuya materia prima está constituida por informaciones acumuladas a lo largo del tiempo, influida por experiencias afines, susceptibles de ser evocada con carácter unitario y asociada a respuestas emocionales significativas. (Toro, 2004).

Insatisfacción corporal: malestar producido por la percepción de la imagen corporal y por su evaluación estética subjetiva (Toro, 2004)

Conducta alimentaria anómala: Sobrealimentación o subalimentación por parte del dietante (Polivy & Herman, 1985)

- Atracón: Consumo de cantidades copiosas de comida en un intervalo breve de tiempo (Kittlerstone, 2005)
- Dieta crónica: Régimen alimentarios en el que se excluye o se reduce el consume de algún tipo de comida y se sigue por un largo periodo de tiempo (Kittlerstone 2005)

- Preocupación por el peso y la comida: Sentimientos de culpa que surgen por el peso actual de la persona y las conductas que le siguen para no subir de peso (Gómez Perez-Mitre , 2002)
- Autoestima: Suma de las evaluaciones de atributos salientes del yo o de la personalidad. Es la valoración afectiva en general de la valía y la importancia de uno mismo (Robinson, Shaver &Wrightsmán, 1991).
- Depresión: Trastorno afectivo manifestado por un sentimiento de tristeza persistente, irracional e incontrolable (Gelabert, 2007).
- Estrés: El estrés se define como una situación en la cual las demandas externas (sociales) o las demandas internas (psicológicas) superan nuestra capacidad de respuesta (López, 2005).

#### **4.4 Instrumentos**

- a) Actitudes hacia el cuerpo masculino (Tylka, Bergeron &Schwartz, 2005).

Es una escala para medir la insatisfacción corporal en hombres. Los reactivos fueron elaborados a partir de las investigaciones cualitativas de Ridgeway y Tylka(2004) donde encontraron que los hombres generalmente enfatizan la musculatura, frecuentemente enfatizan la esbeltez y varias veces enfatizan la altura. Esta escala contiene 24 reactivos divididos en 3 subescalas:

1. Subescala de muscularidad: 10 reactivos concernientes a la masa muscular. Esta subescala cuenta con un alfa de .90.
2. Subescala de grasa corporal: 8 reactivos concernientes a la grasa corporal. Esta subescala cuenta con un alfa de .93.
3. Subescala de altura. 2 reactivos concernientes a la altura. Esta subescala cuenta con un alfa de .88.

La escala total cuenta con un alfa de .91.

Los reactivos se califican con una escala de 4 puntos que van desde el 1 (nunca) al 4 (siempre): entre más alta sea la puntuación se indica más insatisfacción corporal.

- b) Escala de Factores de Riesgo para Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gómez Perés-Mitré ). Escala compuesta por 11 factores con un total de 57 reactivos con 5 opciones de respuesta que van de nunca a siempre. De estos 11 factores sólo se utilizaron, para este estudio, los 3 factores descritos abajo. La consistencia interna total del EFRATA es (Alpha = .86).

Factor 1: Conducta Alimentaria Compulsiva con 9 reactivos y Alpha =.86. Con una varianza explicada del 15% y un valor Eigen de 11.23.

Factor 2: Preocupación por el peso y la comida con 8 reactivos y Alpha = .80. Con una varianza explicada del 7% y un valor Eigen de 5.23.

Factor 3: Dieta Crónica y Restrictiva con 5 reactivos y Alpha = .80. Con una varianza explicada de 5.6% y un valor Eigen de 4.20.

- c) Escala Visual de Siluetas. Es una escala visual compuesta de 9 siluetas de hombres (Gómez Peres – Mitré, 1993; 2000) que cubre un continuo de pesocorporal que va

de una silueta muy delgada ( 1) a una obesa (9) pasando por una silueta normopeso. La escala de siluetas se utilizan en dos ocasiones: en una se estima “figura actual” (se pide al participante que escoja la silueta que más se parece a su cuerpo) y en la otra se estima “figura ideal” (que escoja aquella que más le gustaría tener). Las siluetas de cada escala aparecen en orden al azar y alejadas entre sí. La estimación directa de la variable insatisfacción se obtiene con la diferencia entre la figura ideal y actual. A mayor es la diferencia más grande será la insatisfacción. Una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción (Gómez.Peresmitré, 1993;2000).

- d) Inventario de Autoestima de Rosenberg (1965). (Rosenberg Self-Esteem Inventory). El inventario se compone de 10 afirmaciones, con XX opciones de respuesta. En este estudio las afirmaciones se puntúan en una escala de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Un puntaje bajo refleja una alta autoestima, mientras que un puntaje alto refleja una baja autoestima. Los valores alpha de este instrumento fluctúan dentro de un rango de .80 a .90. Por ejemplo, Fleming and Courtney (1984) y Bergeron (2007) reportan alphas de .88 y el primero reporta una  $r = .82$  test-retest/en una semana.
- e) Inventario de Depresión de Beck (1988). Este inventario mide la severidad de los síntomas de la depresión. Se pide al sujeto que elija la respuesta que más lo represente y la encierre en un círculo. Puede encerrar 2 respuestas si así lo quisiera, pero siempre se toma en cuenta la más alta. Se hace una suma total de preguntas y ese total se localiza en una tabla de puntaje crudo (de donde se obtienen los puntos de corte: normal de 0 a 9; leve de 10 a 18; moderada de 19 a 29, y grave de 30 a 63). Este inventario cuenta con una alfa de Cronbach = .87,  $p < 000$ , en población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1988).
- f) El cuestionario sobre estrés corresponde a la sección B del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez – Mitré, 1993, 1993b y 1995 en Gómez Pérez-Mitré, 2000), compuesto por 13 ítems con 5 opciones de respuesta con puntuación de 1 (nunca) a 5 (siempre), entre más alta sea la calificación, más alto será el grado de estrés en que se encuentra el participante. Este cuestionario cuenta con un alfa general = .827.

#### **4.5 Método**

##### **- Tipo y diseño de investigación**

Es un tipo de estudio descriptivo, de campo y transversal, con un diseño de un solo grupo con observaciones independientes.

##### **4.6 Muestra**

La muestra fue no probabilística con un tamaño total de  $N = 52$  participantes. Los participantes fueron hombres homosexuales con un rango de edad de 18 a 41 años. Los participantes que se reclutaron en grupos de encuentros gay.

#### **4.7 Procedimiento**

Se acudió a grupos de encuentro gay y se solicitó a los participantes su colaboración (consentimiento informado) y se les pidió contestar los instrumentos requeridos.

#### **4.8 Análisis estadístico**

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales para conocer las distintas distribuciones e interacciones de las variables de interés.

## Capítulo 5.Resultados

### Análisis Descriptivo

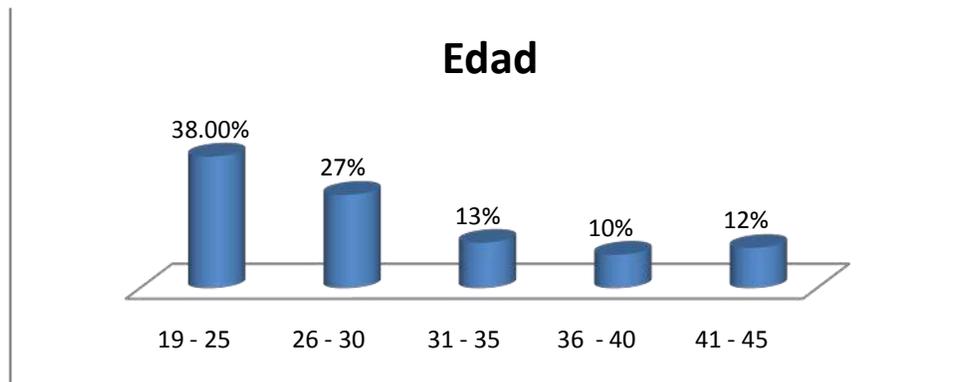
#### 5.1 Datos Demográficos.

#### Edad

En lo que concierne a la variable *Edad*, ésta mostró una  $M=28.92$  y una  $DE =6.81$  Cabe destacar que el mayor porcentaje (38%) se ubicó en el rango de 19 – 25 años de edad, mientras que el menor porcentaje (10%) se sitúa en el rango que va de los 36 -40 años de edad. Se debe señalar que tanto la mayor frecuencia (20) como la menor frecuencia (5) son correspondientes a los rangos de mayor y menor porcentaje anteriormente reportados.

**Tabla 1. Frecuencias, porcentajes, Media y Desviación Estándar de la variableEdad.**

Edad	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
19 – 25	20	38%	28	6.81
26 - 30	14	27%		
31 - 35	7	13%		
36 - 40	5	10%		
41 - 45	6	12%		
total	N = 52	Total = 100%		



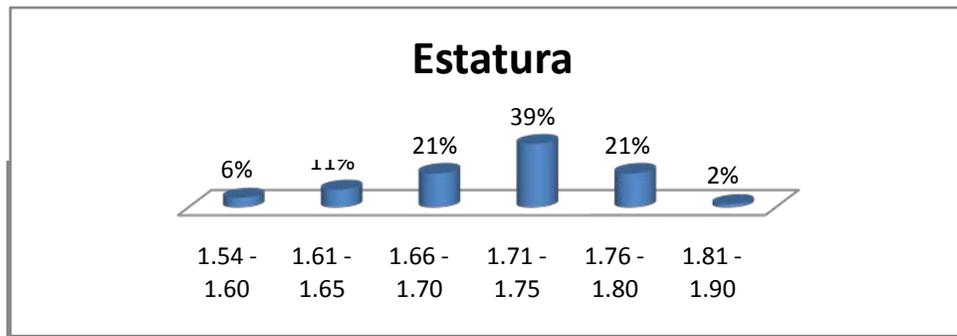
**Figura 1. Distribución Porcentual de la Variable Edad**

## Estatura

Respecto a la variable *Estatura*, esta presentó una  $M= 1.72$  y una  $DE=.062$ . Cabe destacar que el mayor porcentaje (39%) pertenece al rango de 1.71 – 1.75 m. de estatura y el menor porcentaje (2%) se ubicó en el rango de 1.81 – 1.90 m. de estatura

**Tabla 2. Frecuencias, Porcentajes, Media y Desviación Estándar de la variable estatura.**

Estatura	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
1.54-1.60	3	6%	1.72	.062
1.61-1.65	6	11%		
1.66-1.70	11	21%		
1.71-1.75	20	39%		
1.76-1.80	11	21%		
1.81-1.90	1	2%		
Total	N=52	100%		



**Figura 2. Distribución Porcentual de la Variable Estatura**

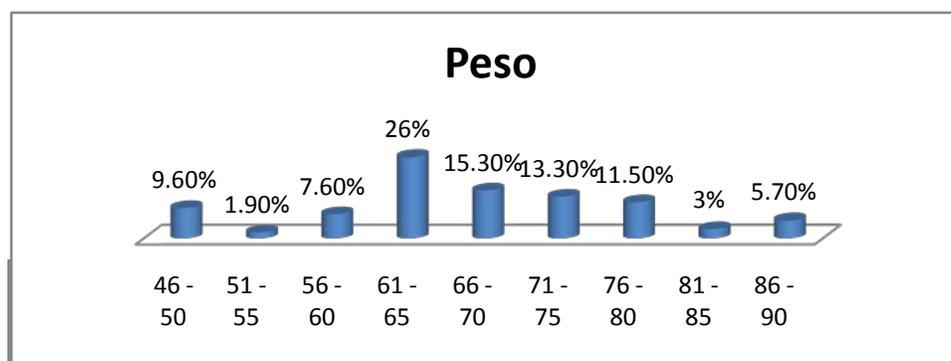
## Peso

En la variable *Peso* se encontró una  $M = 67.96$  y una  $DE =10.75$ . Al observar el peso de los participantes, el mayor porcentaje (26%) se sitúa en el rango de 61 – 65 kilos, en tanto que el menor porcentaje (2%) se ubicó en el rango de 51 - 55 kilos. El mayor número de

participantes (13) reportó tener un peso dentro del rango de los 61 – 65 Kg y sólo 1 participante se ubicó en el rango de los 51 – 55 kilos, reportando 54 kg.

**Tabla 3. Frecuencias, Porcentajes, Media y Desviación Estándar de la variable peso.**

Peso	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
46 - 50	5	9.6%	67.96	10.75
51 - 55	1	1.9%		
56 - 60	4	7.6%		
61 - 65	13	26%		
66 - 70	8	15.3%		
71 - 75	9	13.3%		
76 - 80	6	11.5%		
81 - 85	2	3%		
86 - 90	3	5.7%		
Total	N= 52	Total= 100%		



**Figura 3. Distribución Porcentual de la Variable Peso**

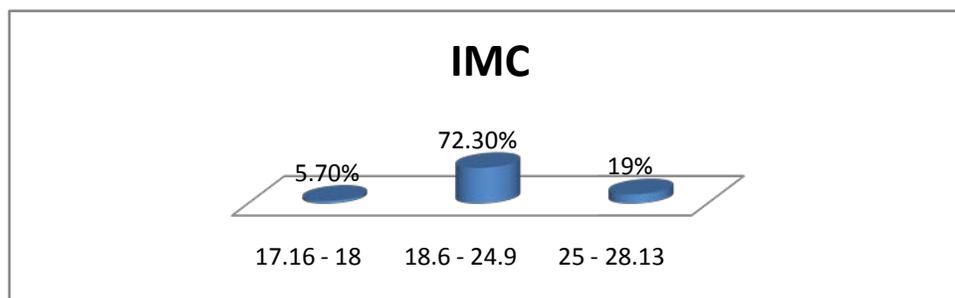
## IMC

Con respecto al IMC, se encontró una  $M = 22.93$  y una  $DE = 2.56$ . El mayor porcentaje (72.3%) se presentó en el rango 18.6 – 24.9 – normopeso 1\*, mientras que el menor porcentaje (5.7%) pertenece al rango de  $<18.5$  – infrapeso 2\*. El 19% correspondió a los participantes con sobrepeso.

**Tabla 4. Frecuencias, Porcentajes, Media y Desviación Estándar de la variable IMC**

IMC3*	Frecuencia	Porcentaje Válido	M	DE
17.16 -18 (infrapeso)	3	5.7%	22.93	2.56
18.6 – 24.9 (Normopeso)	34	72.3%		
25 – 28.13 (sobrepeso)	12	19%		
Total	N = 52	Total= 100%		

1, 2, 3\* Según los criterios de la OMS.



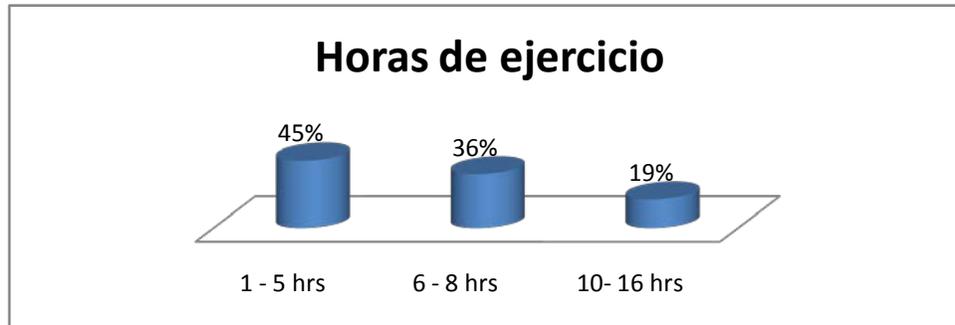
**Figura 4. Distribución Porcentual de la Variable IMC**

## Horas dedicadas al ejercicio

La variable *horas dedicadas al ejercicio*. El mayor porcentaje (45%) corresponde al rango de 2 – 5 horas de ejercicio a la semana. Mientras que el menor porcentaje (36%) lo obtuvo el rango de 10 -16 horas.

**Tabla 5. Frecuencias y Porcentaje de la variable Horas de Ejercicio.**

Hora de Ejercicio	Frecuencia	Porcentaje Válido
1 - 5	18	45%
6 - 8	13	36%
10 - 16	7	19%
Total	N = 38	Total 100%



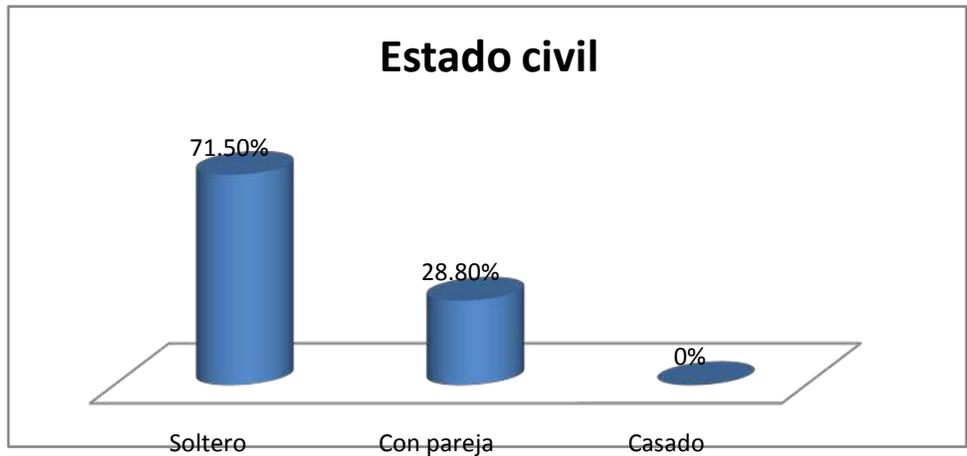
**Figura 5. Distribución Porcentual de la Variable Horas de Ejercicio**

#### **Estado Civil**

Respecto a la variable *estadocivil*, se encontró que el mayor porcentaje fue de (71.%) para la categoría *soltero*, y el menor porcentaje (28.8%) fue para la categoría *con pareja*. En cuanto a los participantes, éstos se distribuyeron de la siguiente manera: 37 para la categoría *soltero* y 15 para la categoría *con pareja*, ningún participante se ubicó en la categoría *casado*.

**Tabla 6. Frecuencia y Porcentaje de la variable Estado Civil**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	37	71.5%
Con pareja	15	28.8%
Casado	0	0%
Total	N = 52	Total = 100%



**Figura 6. Distribución Porcentual de la Variable *Estado Civil***

### ¿Estás estudiando?

Como se observa en la tabla 7, la variable ¿Estás estudiando?, El menor porcentaje (44%) lo obtuvieron quienes respondieron negativamente, mientras que los que respondieron afirmativamente obtuvieron el mayor porcentaje (56%).

**Tabla 7. Frecuencia y Distribución Porcentual de la variable *¿Estás estudiando?***

¿Estás estudiando?	Frecuencia	Porcentaje
No	22	44%
Sí	28	56%
Total	N= 50	Total=100%



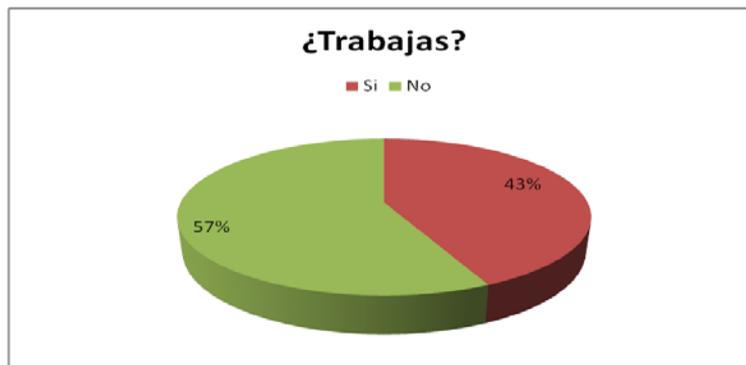
**Figura 7. Distribución porcentual de la variable ¿Estás estudiando?**

### ¿Trabajas?

Respecto a la variable ¿Trabajas?, El menor porcentaje (43%) lo obtuvieron quienes respondieron negativamente, mientras que los que respondieron afirmativamente obtuvieron el mayor porcentaje (57%).

**Tabla 8. Frecuencia y Distribución Porcentual de la variable ¿Trabajas?**

¿Trabajas?	Frecuencia	Porcentaje
No	22	43%
Si	29	57%
No contestó	1	2%
Total	N= 52	Total = 100%



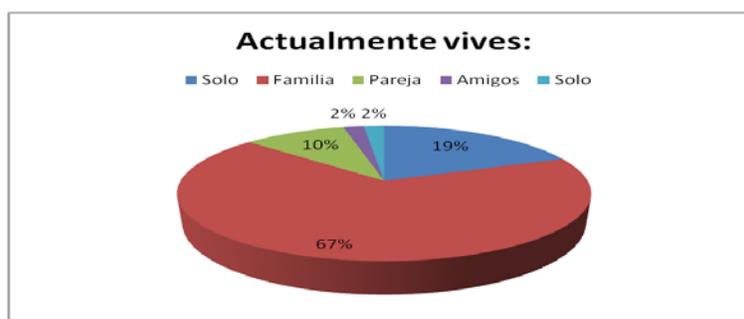
**Figura 8. Distribución porcentual de la variable ¿Trabajas?**

### Actualmente vive

En cuanto a la variable *actualmente vive*,. El mayor porcentaje (67%) se presentó en el ítem **familia**, mientras que el menor porcentaje (2%) se presentó en los ítems **amigos** y **otro**. Para la categoría **Pareja** y **solo** los porcentajes fueron de 10% y 19% respectivamente. los participantes se distribuyeron en mayor medida (35) en la categoría **familia** y sólo uno para la categoría **amigo** y para la categoría **otro**, respectivamente. el participante que contestó otro, no especificó con quien vivía.

**Tabla 9. Frecuencia y Distribución Porcentual de la variable *Actualmente vives*.**

Actualmente vives	Frecuencia	Porcentaje
Solo	10	19.2%
Familia	35	67.3%
Pareja	5	9.6%
Amigos	1	1.9%
Otro	1	1.9%
Total	N=52	Total =100%



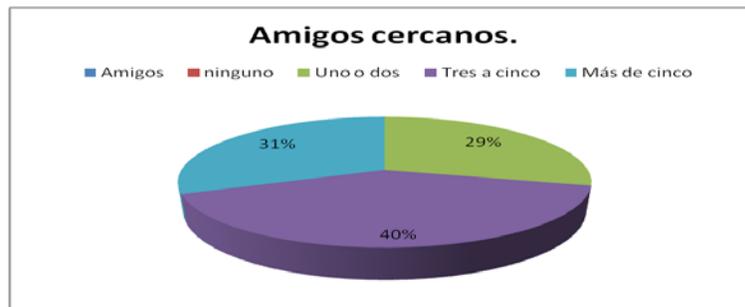
**Figura 9. Distribución porcentual de la variable *Actualmente vives*.**

***¿Cuántos amigos cercanos tienes?***

Respecto a la variable *¿Cuántos amigos cercanos tienes?*, se puede observar que el mayor porcentaje (40%) residió en la categoría de **tres a cinco amigos**, mientras que el menor porcentaje (29%) fue para la categoría de **uno a dos amigos**. Los participantes se distribuyeron de la siguiente manera: 21 para la categoría **tres a cinco amigos**, 16 para la categoría de **más de cinco** y 15 para la categoría de **uno a dos**. Es de notar que ningún participante se colocó en la categoría **ninguno**.

**Tabla 10. Frecuencias y distribución porcentual de la variable *¿Cuántos amigos cercanos tienes?***

¿Cuántos amigos tienes?	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	0	0%
Uno a dos	15	28.8%
Tres a cinco	21	40.4%
Más de cinco	16	30.8%
Total	N=52	Total = 100%



**Figura 10.** Porcentaje de la variable *¿Cuántos amigos cercanos tienes?*

*¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?*

Respecto a la variable *¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?*, el mayor porcentaje (41%) lo obtuvo la categoría **tres a cinco**, mientras que el menor porcentaje (29%) se observó tanto en la categoría **más de cinco** como en la categoría de **una a dos**. Los participantes se distribuyeron de la siguiente manera: 21 para la categoría de **tres a cinco**, 15 tanto para la categoría **una a dos** como para la categoría **más de cinco**. Ningún participante se situó en la categoría **ninguna** y un participante no contestó.

**Tabla 11.** Frecuencia y distribución porcentual de la variable *¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?*

<b>¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguna	0	0%
Una a dos	15	29%
Tres a cinco	21	41%
Más de cinco	15	29%
	N = 51	Total = 100%



**Figura 11.** Distribución porcentual de la variable *¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?*

**¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?**

La variable *¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?* el mayor porcentaje (90%) recayó en la categoría **sí**, mientras que el menor porcentaje (10%) se observó en la categoría **no**. 47 participantes respondieron sí a esta pregunta, mientras que las 5 restantes respondieron no.

**Tabla 12.** Frecuencia y distribución porcentual *¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?*

¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?	Frecuencia	Porcentaje
No	47	90%
Sí	5	10%
Total	N=52	Total = 100%



**Figura 12.** Distribución porcentual de la variable *¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?*

### **¿Cómo son tus relaciones familiares?,**

La variable *¿Cómo son tus relaciones familiares?*, El mayor porcentaje (37%) se observó en la categoría **muy buenas**, mientras que el menor porcentaje (4%) se observó en la categoría **muy malas**. La distribución de los participantes fue de la siguiente manera: 2 para la categoría **muy malas**, 4 para la categoría **malas**, 12 para la categoría **regulares**, 15 para la categoría **buenas** y 19 para la categoría **muy buenas**.

**Tabla 13.** Frecuencia y Distribución Porcentual de la variable *¿Cómo son tus relaciones familiares?*

<b>¿Cómo son tus relaciones familiares?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy malas	2	3.8%
Malas	4	7.7%
Regulares	12	23.1%
Buenas	15	28.8%
Muy buenas	19	36.5%
Total	N=52	Total = 100%

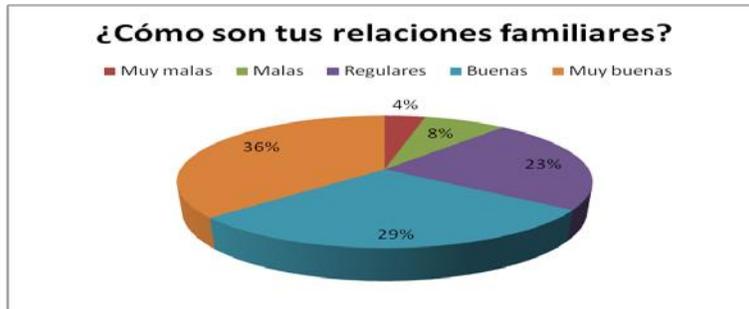


Figura 13. Distribución porcentual de la variable *¿Cómo son tus relaciones familiares?*

### ¿Haces ejercicio?

La variable *¿haces ejercicio?* presentó un mayor porcentaje (69%) para la respuesta afirmativa, y en tanto la respuesta negativa obtuvo el porcentaje menor (31%). Los participantes se distribuyeron de la siguiente manera: 36 contestaron **sí** y 16 contestaron **no**.

Tabla 14. Frecuencia y Distribución Porcentual de la variable *¿haces ejercicio?*

¿Haces ejercicio?	Frecuencia	Porcentaje
No	36	69%
Si	16	31%
Total	N=52	Total = 100%



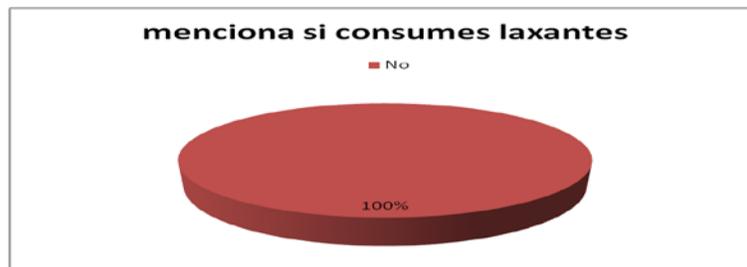
**Figura 14. Distribución porcentual de la variable *¿haces ejercicio?***

**Menciona si consume laxantes**

Con respecto a la variable *menciona si consume laxantes* se puede observar que el porcentaje total (98%) recayó en la respuesta afirmativa, puesto que hubo un participante que no contestó.

**Tabla 15. Frecuencias y Distribución Porcentual de la variable *menciona si consumes laxantes.***

Consumes laxantes	Frecuencias	Porcentaje
No	51	100%
Si	0	0%
No contestó	1	
	N=51	Total = 100%



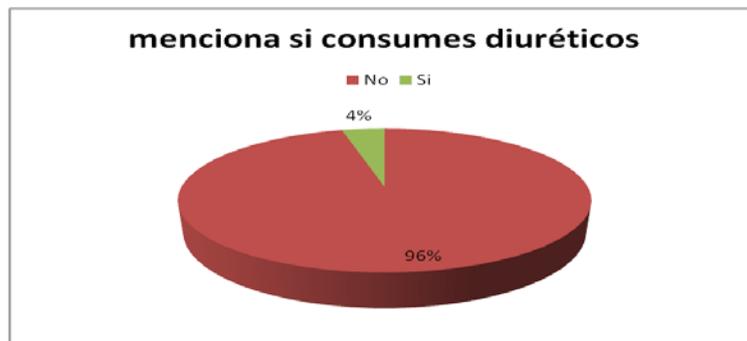
**Figura 15. Distribución porcentual de la variable *menciona si consumes laxantes.***

**Menciona si consumes diuréticos**

En cuanto a la variable *menciona si consumes diuréticos*, el mayor porcentaje de esta variable (96%) fue para la respuesta afirmativa, mientras que el menor porcentaje (4%) fue para la respuesta negativa. Por lo tanto, la distribución de los participantes fue de 49 para la categoría **sí**, 2 para la categoría **no** y uno **no contestó**.

**Tabla 16. Frecuencia y Distribución porcentual de la variable *menciona si consumes diuréticos*.**

Menciona si consumes diuréticos	Frecuencia	Porcentaje
No	49	96.1%
Si	2	4%
No contestó	1	
Total	N= 52	Total= 100%



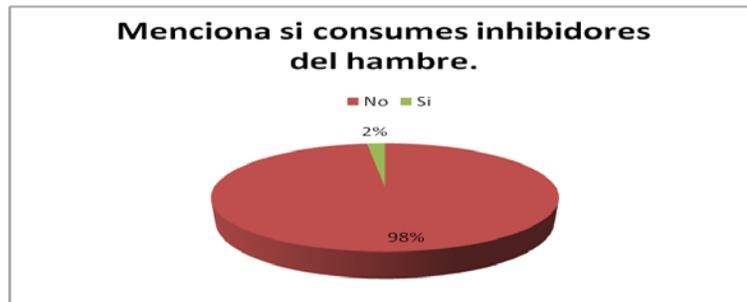
**Figura 16. Distribución porcentual de la variable *menciona si consumes diuréticos*.**

### **Consumes inhibidores del hambre**

En cuanto a la variable *menciona si consumes inhibidores del hambre*, el mayor porcentaje (98%) se presentó en la respuesta negativa y el menor porcentaje (2%) en la respuesta afirmativa. Los participantes se distribuyeron de la siguiente manera: 50 para la categoría no, 1 para la categoría si y 1 no contestó.

**Tabla 17. Frecuencias y Distribución Porcentual de la variable *menciona si consumes inhibidores del hambre*.**

Menciona si consumes inhibidores del hambre	Frecuencia	Porcentaje
No	50	98%
Si	1	2%
No contestó	1	
Total	N=52	Total = 100%



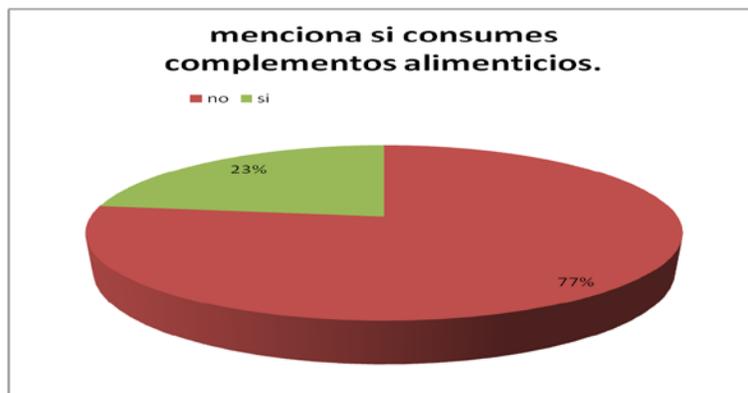
**Figura 17. Distribución porcentual de la variable *menciona si consumes inhibidores del hambre*.**

#### Menciona si consumes complementosalimenticios

Para la variable *menciona si consumes complementosalimenticios*, el mayor porcentaje (77%) se observó para la respuesta negativa y el menor porcentaje (23%) fue para la respuesta afirmativa. En cuanto la distribución de los participantes, ésta quedó de la siguiente manera: 39 para la categoría **no**, 12 para la categoría **sí** y 1 participante no contestó.

**Tabla 18. Frecuencia y Distribución Porcentual de la variable *menciona si consumes complementos alimenticios*.**

Menciona si consumes complementos alimenticios	Frecuencia	Porcentaje
No	39	77%
Si	12	23%
No contestó	1	0%
Total	N =52	Total = 100%



**Figura 18.** Distribución porcentual de la variable *menciona si consumes complementos alimenticios.*

### Menciona si consumes suplementos alimenticios

En la variable *menciona si consumes suplementos alimenticios*, el mayor porcentaje (90%) fue para la respuesta negativa, mientras que el menor porcentaje (10%) se observó en la respuesta negativa. La distribución de los participantes fue la siguiente: 46 para la categoría **no**, 5 para la categoría **sí** y 1 participante no contestó.

**Tabla 19.** Frecuencia y Distribución Porcentual y de la variable *menciona si consumes suplementos alimenticios.*

Menciona si consumes suplementos alimenticios	Frecuencia	Porcentaje
No	46	90%
Si	5	10%
No contestó	1	
Total	N= 52	Total =100%



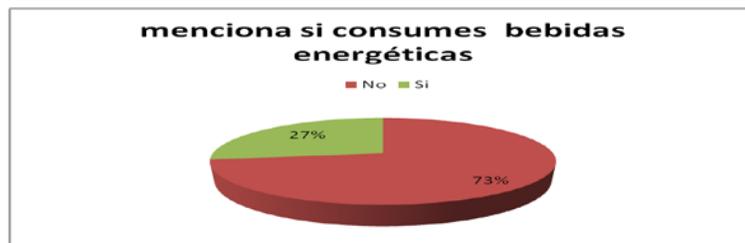
**Figura 19.** Distribución porcentual de la variable *menciona si consumes suplementos alimenticios.*

### Menciona si consumes bebidas energéticas

La variable *menciona si consumes bebidas energéticas* presentó un mayor porcentaje (73%) para la respuesta negativa y su menor porcentaje (27%) fue para la respuesta afirmativa. Los participantes se distribuyeron de la siguiente manera: 37 para la categoría no, 14 para la categoría sí y 1 participante no contestó.

**Tabla 20. Frecuencia y Distribución Porcentual de la variable *menciona si consumes bebidas energéticas*.**

Menciona si consumes bebidas energéticas.	Frecuencia	Porcentaje
No	37	73%
Sí	14	27%
No contestó	1	
Total	N= 52	Total = 100%



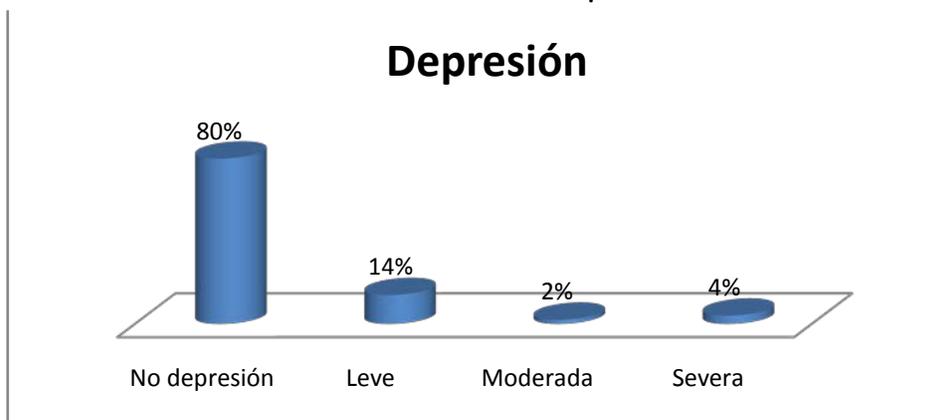
**Figura 20. Distribución porcentual de la variable *menciona si consumes bebidas energéticas*.**

### Variable Depresión.

Respecto a la variable depresión se encontró una  $M=1.2$  ( $DE=.071$ ). Cabe mencionar que el mayor porcentaje (80%) corresponde a los participantes que no presentaron ningún grado de depresión y el menor porcentaje (2%) representa a los participantes con un nivel moderado de depresión. Un 4% corresponde a los participantes con un nivel severo de depresión, mientras que un 14% pertenece a los participantes que presentan una depresión leve.

**Tabla 21. Porcentajes, media y desviación estándar de la variable depresión.**

Niveles de Depresión*	Frecuencia	Porcentaje	Media Total	DE Total
No depresión	41	80%	1.23	.071
Leve	7	14%		
Moderada	1	2%		
Grave	2	4%		
TOTAL	52	100%		
*Puntos de corte de la escala de depresión de Beck estandarizados para la población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, & Loperena, . (1988)				
No depresión	0 a 9			
Leve	10 a 18			
Moderada	19 a 30			
Grave	>30			



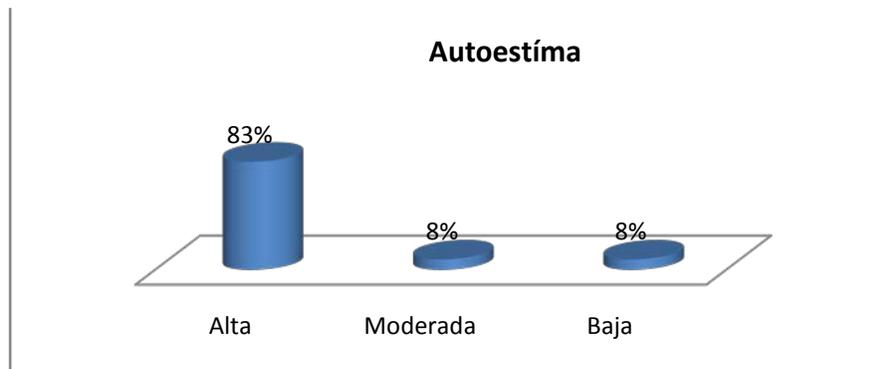
**Figura 21. Porcentaje de la variable depresión**

**Variable Autoestima.**

La variable autoestima se obtuvo una  $M = 1.23$  ( $DE = 0.58$ ). El mayor porcentaje (84%) pertenece a los participantes con una autoestima elevada, mientras que los menores porcentajes (8%) correspondió a los participantes con autoestima moderada y a los participantes con autoestima baja.

**Tabla 22. Porcentajes, Media y Desviación Estándar de la variable autoestima.**

Niveles de Autoestima	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
Alta	43	83%	1.23	0.58
Moderada	4	8%		
Baja	4	8%		
Total	52	100%		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Puntos de corte de la escala de autoestima de Rosenberg según la estandarización del Dr.Cervera. En Burns y Davis (2001) Autoestima en 10 pasos.</li> </ul>				
Baja 0 a 25 puntos				
Moderada 26 a 30 puntos				
Alta 31 a 40 puntos				



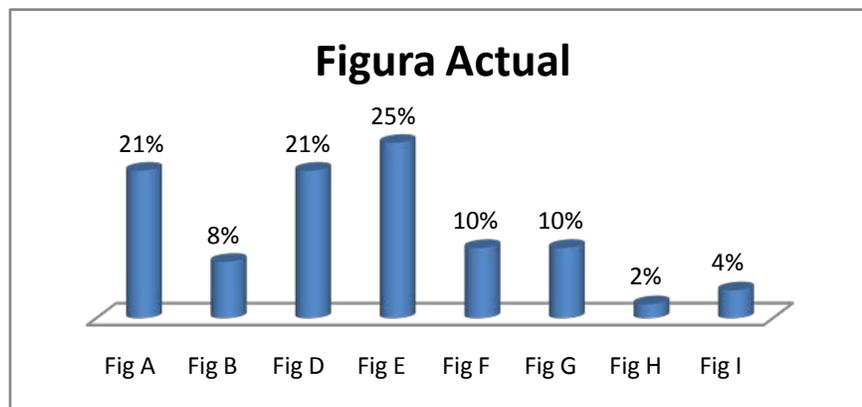
**Figura 22. Porcentaje de la variable autoestima**

### Variable Figura Actual

Con respecto a la variable Figura Actual se encontró una  $M= 4.11$  ( $DE = 2.12$ ). el mayor porcentaje (25%) de los participantes seleccionó la silueta E, (una figura bastante delgada), como su figura actual. El porcentaje del 21% corresponde a los participantes que eligieron las siluetas A y D (Gruesa y Promedio, respectivamente) como su figura actual. En relación con los extremos, cabe destacar que ningún participante eligió la figura C, - extremadamente delgada -, como su Figura Actual y un 10% eligió a la silueta E, - Muy delgada-, como su figura actual. El 49% (la suma de todas las figuras dentro de la categoría delgadas) de los participantes, casi la mitad, se autoperciben delgados. Esto concuerda con el IMC. percibido, puesto que la mayoría de los participantes obtuvieron un IMC promedio (ver Fig. 4).

**Tabla 23. Porcentajes, Media y Desviación Estándar de la variable Figura Actual.**

Figura Actual	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
9 Extremadamente gruesa	0	0%	4.11	2.12
8 Bastante gruesa	4	8%		
7 Muy gruesa	1	2%		
6 Gruesa	11	21%		
5 Promedio	11	21%		
4 Delgada	2	4%		
3 Muy delgada	5	10%		
2 Bastante delgada	13	25%		
1 Extremadamente delgada	5	10%		
Total	52	100%		



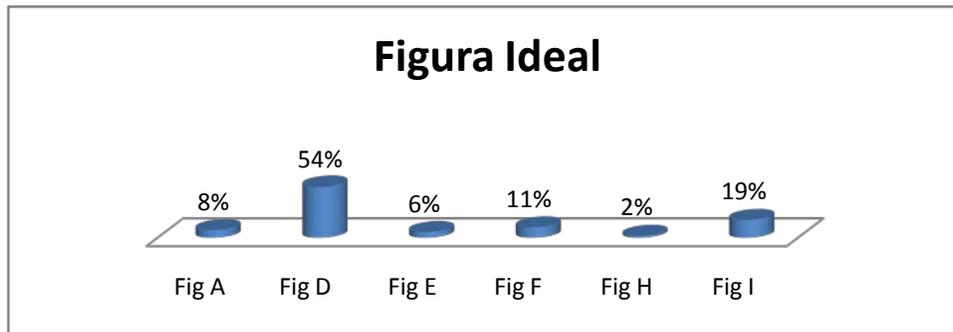
**Figura 23. Porcentaje de la Figura actual.**

### Variable Figura ideal

En la variable Figura Ideal se encontró una  $M = 4.51$  ( $DE = 1.05$ ). El mayor porcentaje (54%) de los participantes escogieron a la silueta D – promedio- como su figura ideal. El menor porcentaje (2%) correspondió a los participantes que seleccionaron a la silueta H – muy gruesa- como su figura ideal

**Tabla 24. Porcentajes, media y distribución estándar de la variable Figura Ideal.**

Figura ideal	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
9 Extremadamente gruesa	0	0%	4.51	1.05
8 bastante gruesa	0	0%		
7 muy gruesa	1	2%		
6 gruesa	4	8%		
5 promedio	28	54%		
4 delgada	10	19%		
3 muy delgada	6	11%		
2 bastante delgada	3	6%		
1 extremadamente delgada	0	0%		
Total	52	100%		



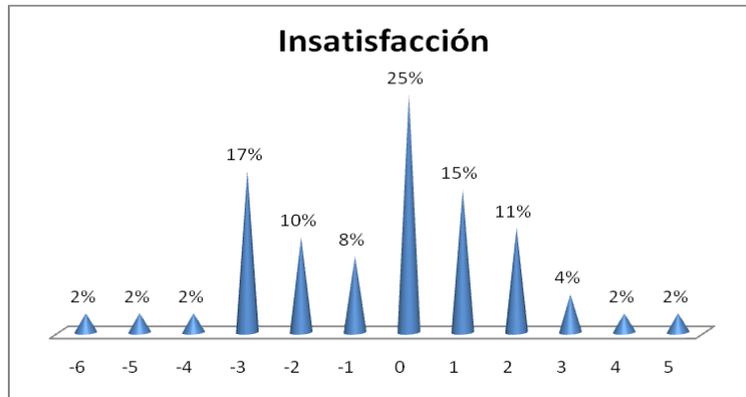
**Figura 24. Porcentaje de la Figura ideal.**

### **Variable Insatisfacción Corporal**

Con respecto a la variable Insatisfacción Corporal, ésta obtuvo una Media de  $-0.403$  y una Desviación Estándar de  $2.27$ . En cuanto a la distribución porcentual, el mayor porcentaje ( $25\%$ ) lo obtuvieron los participantes que están satisfechos con su imagen corporal, mientras que el menor porcentaje ( $2\%$ ) se mantuvo en los extremos: Las puntuaciones positivas  $4$  y  $5$ , y las puntuaciones negativas  $-4$ ,  $-5$  y  $-6$  (Insatisfacción porque se quiere estar más grueso). Cabe destacar que el  $40.3\%$  de los participantes registraron puntuaciones negativas; mientras que el  $34\%$  obtuvo puntuaciones positivas (Insatisfacción porque se quiere estar más delgado).

**Tabla 25. Porcentajes, Media y Distribución Estándar de la variable insatisfacción corporal.**

Insatisfacción Corporal	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
5	1	2%	-403	2.27
4	1	2%		
3	2	4%		
2	6	11%		
1	8	15%		
0	13	25%		
-1	4	7%		
-2	5	9%		
-3	9	17%		
-4	1	2%		
-5	1	2%		
-6	1	2%		
	N=52	%total = 100%		



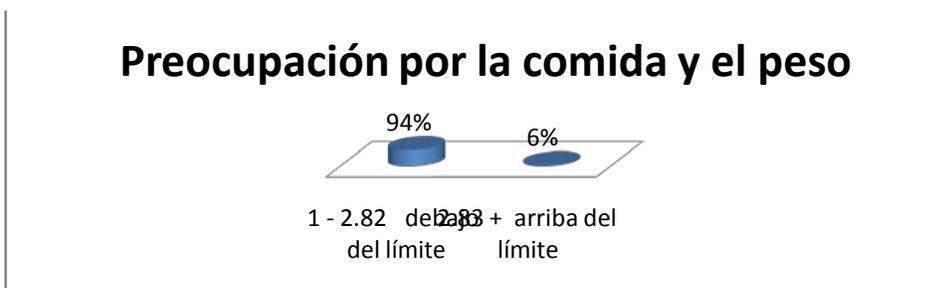
**Figura 25. Porcentaje de la variable Insatisfacción Corporal.**

**EFRATA, Factor 2 (Preocupación por el peso y la comida).**

El Factor 2, preocupación por el peso y la comida, del EFRATA arrojó una  $M = 1.58$  ( $DE = .763$ ). El mayor porcentaje (94%) obtuvieron puntuaciones debajo del límite de 2.83, que según esta escala, si se rebasa éste se corre el riesgo de presentar un trastorno alimentario. Sin embargo, el 6% rebasó este límite

**Tabla 26. Porcentajes, Media y Desviación Estándar de la variable Preocupación por el peso y la comida.**

Preocupación por el Peso y la Comida	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
1 – 2.82 debajo del límite	49	94%		
2.83 + arriba del límite	3	6%		
Total	52	100%	1.58	.763



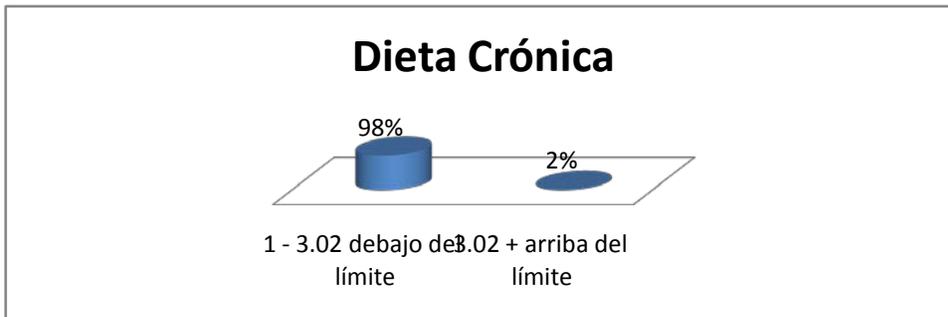
**Figura 26. Porcentaje de la variable Preocupación por el Peso y la Comida**

### EFRATA, Factor 4 (Dieta Crónica)

El Factor 4 observó una Media = 1.39 y una Desviación Estándar = .72. El mayor porcentaje (98%) de los participantes se colocó por debajo del puntaje 3.03 que, según esta escala, si se rebasa este punto el sujeto se ubica en riesgo de padecer un trastorno alimentario. El 2% de los participantes sobrepasó este límite.

**Tabla 27. Porcentajes, Media y Desviación Estándar de la variable Dieta Crónica.**

Dieta Crónica	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
1 – 3.02 Debajo del límite.	51	98%	1.39	.72
3.02 + arriba del límite	1	2%		
Total	52	100%		



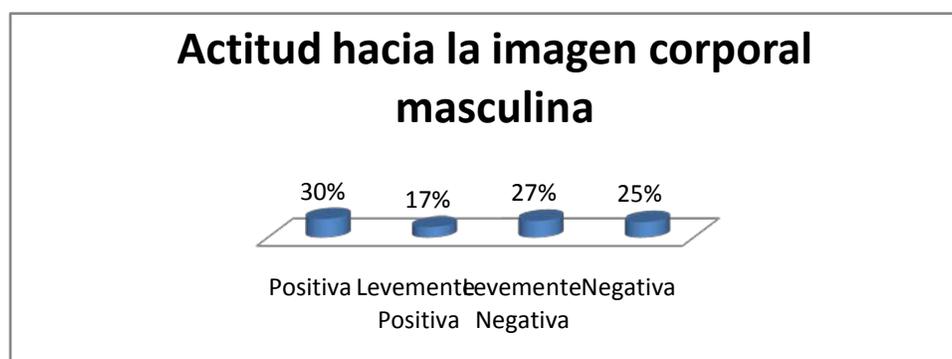
**Figura 27. Porcentaje de la variable Dieta Crónica.**

### Variable Actitud hacia la Imagen Corporal

Con respecto a la variable Imagen Corporal se encontró una  $M = 2.46$  ( $DE = 1.79$ ). El mayor porcentaje (30%) corresponde a los participantes que tienen una imagen corporal positiva. El porcentaje menor (17%) concierne a los participantes con una imagen corporal levemente negativa. El porcentaje de los participantes con una imagen corporal negativa es de 27% y el de los participantes con una imagen muy negativa es de 25%.

**Tabla 28. Porcentajes, Media y Desviación Estándar de la variable actitud hacia la Imagen Corporal.**

Actitud hacia la Imagen Corporal	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
Positiva	16	30%	2.46	1.79
levemente positiva	9	17%		
levemente Negativa	14	27%		
Negativa	13	25%		
Total	52	100 %		



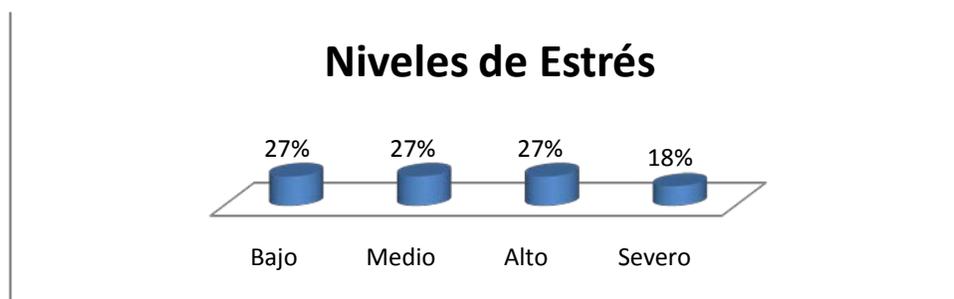
**Figura 28. Porcentaje de la variable Imagen Corporal.**

#### **Variable Niveles de estrés**

En relación con los niveles de estrés se encontró una  $M= 2.53$  ( $DE= 1.07$ ). Los niveles bajo, medio y alto de estrés obtuvieron el mismo porcentaje (27%) cada uno, mientras que el porcentaje menor (18%) corresponde a los participantes con un nivel severo de estrés.

**Tabla 29. Porcentajes, Media y Desviación Estándar de la variable Niveles de Estrés.**

Niveles de Estrés	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
Bajo	14	27%	2.53	1.07
Medio	14	27%		
Alto	14	27%		
Severo	9	18%		
Total	51	100%		



**Figura 29. Porcentaje de la variable Niveles de Estrés.**

## 5.2 Análisis de Asociaciones entre variables *Figura Actual, Figura Ideal e Insatisfacción Corporal*.

El Coeficiente de correlación Producto Momento de Pearson arrojó una correlación positiva significativa entre la variable insatisfacción corporal y la variable Figura actual (.887). De igual modo, se encontró una correlación negativa media entre la variable de insatisfacción corporal y la figura ideal (-.375), indicando que a mayor deseo de tener una figura ideal (en este caso promedio, delgada pero tonificada, - ver tabla 21-), menor será la satisfacción corporal del sujeto.

**Tabla 30. Correlación entre las variables *Figura Actual, Figura Ideal e Insatisfacción Corporal*.**

		figura actual	figura ideal	nsatisfacción corporal
figura actual	Correlación de Pearson	1	.095	.887**
	Sig. (bilateral)		.502	.000
	N	52	52	52
figura ideal	Correlación de Pearson	.095	1	-.375**
	Sig. (bilateral)	.502		.006
	N	52	52	52
insatisfacción corporal	Correlación de Pearson	.887**	-.375**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.006	
	N	52	52	52

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Correlaciones entre las variables estudiadas.

Mediante la obtención del Coeficiente de correlación Producto Momento de Pearson se encontraron 3 correlaciones significativas entre las variables autoestima y las variables: Insatisfacción Corporal, Depresión, Conducta Alimentaria Compulsiva y el Estrés. Se encontró una correlación negativa media entre la autoestima y la imagen corporal; entre más negativa sea la Imagen Corporal, menor será el nivel de autoestima (-.57). Se encontró una correlación negativa débil entre la variable autoestima y la variable depresión, indicando que a mayor nivel de depresión, menor será el nivel de autoestima (-.48). Finalmente, se halló una correlación negativa débil entre la variable autoestima y la variable Conducta Alimentaria Compulsiva, lo cual indica que entre mayor sea la Conducta Alimentaria Compulsiva, menor será el nivel de autoestima (-.48)..Respecto a la variable Imagen Corporal global existe una correlación positiva débil (.49) con la variable depresión y una correlación positiva media con los factores Conducta alimentaria compulsiva (.65), Dieta crónica (.51)y Estrés Total (.51) respectivamente.

Con respecto al factor Conducta alimentaria compulsiva existe una correlación positiva media con las variables depresión total (.54) y Dieta Crónica (.61) respectivamente; mientras que existe una correlación positiva débil entre ésta variable y las variables Preocupación por el peso y la comida (.49) y Estrés total (.42), respectivamente.

La variable Preocupación por el peso y la comida obtuvo una correlación positiva considerable (.82) con la variable Dieta crónica y una correlación positiva débil con las variables Conducta Alimentaria Normal (.53) y estrés global (.41) respectivamente.

La variable Dieta crónica obtuvo una correlación positiva débil variables Conducta alimentaria normal (.31) y la variable Estrés Total (.42). En lo que respecta a la variable Estrés total, existe una correlación positiva media (.55)

**Tabla 31. Resultados de la Correlación de Pearson.**

		auto estima	IC	Depresion	CAC	CAN	PPyC	DC	estrés
autoestglobal	R		-.575**	-.480**	-.483**	.182			-.357*
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.201			.010
	N		50	50	51	51			51
ICglobal	Correlación de Pearson	de	-.575**	.486**	.652**		.340*	.517**	.513**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000		.015	.000	.000
	N		50	51	51		51	51	50
Depretotal	Correlación de Pearson	de	-.480**	.486**	.542**			.297*	.552**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000			.034	.000
	N		50	51	51			51	50
Conducta alimentaria compulsiva	Correlación de Pearson	de	-.483**	.652**	.542**		.489**	.610**	.421**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000		.000	.000	.002
	N		51	51	51		52	52	51
Conducta alimentaria normal	Correlación de Pearson	de	.182				.539**	.312*	
	Sig. (bilateral)		.201				.000	.025	
	N		51				52	52	
Preocupación por el peso y la comida	Correlación de Pearson	de		.340*		.489**	.539**		.818**
	Sig. (bilateral)			.015		.000	.000		.000
	N			51		52	52		51
Dieta crónica	Correlación de Pearson	de		.517**	.297*	.610**	.312*	.818**	
	Sig. (bilateral)			.000	.034	.000	.025	.000	
	N			51	51	52	52	52	
Estrés	Correlación de Pearson	de	-.357*	.513**	.552**	.421**		.412**	.418**
	Sig. (bilateral)		.010	.000	.000	.002		.003	.002
	N		51	50	50	51		51	51

\*la correlación es significativa al nivel .001 (bilateral)\*\* la correlación es significativa al nivel .005 (bilateral)

### 5.3 Análisis de Contraste

#### Comparación estadística entre los grupos de Imagen Corporal positiva e Imagen corporal negativa (*t* de Student para muestras independientes).

Se dividió la muestra de este estudio en dos grupos de la siguiente manera: 1.-Los que tienen una imagen corporal positiva y 2.-Los que tienen una imagen corporal negativa. Después se utilizó la *t* de Student para muestras independientes para compararlos y analizar si la presencia o ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos.

Se detectaron diferencias significativas en el Factor musculatura [ $t(49) = 5.81, p = .000$ ] Con una  $M = 19.87$  para los sujetos con imagen corporal positiva y una  $M = 28.07$  para los sujetos con imagen corporal negativa. Factor grasa corporal [ $t(50) = 6.28, p = .000$ ] con una  $M = 13.80$  para los sujetos con imagen corporal positiva y una  $M = 20.85$  para los sujetos con imagen corporal negativa. Estos dos factores corresponden al cuestionario de imagen corporal. También hubo diferencias significativas en el Factor Conducta alimentaria compulsiva [ $t(50) = 4.28, p = .000$ ] con una  $M = 1.12$  para los sujetos con imagen corporal positiva y una  $M = 1.57$  para los sujetos con imagen corporal negativa. El Factor Dieta crónica y restrictiva [ $t(50) = 3.33, p = .002$ ] con una  $M = 1.08$  para los sujetos con imagen corporal positiva y una  $M = 1.68$  para los sujetos con imagen corporal negativa. El Factor Preocupación por el peso y la comida [ $t(50) = 2.39, p = .023$ ], con una  $M = 1.34$  para los sujetos con una imagen corporal positiva y una  $M = 1.81$  para los sujetos con una imagen corporal negativa (estos factores corresponden al EFRATA). Por último, en la variable estrés también hubo grandes diferencias; [ $t(50) = 2.21, p = .038$ ] con una  $M = 20.25$  y una  $M = 23.77$ . La dirección de las medias indica que en el puntaje de las variables, el grupo con imagen corporal negativa presenta puntajes más altos, en comparación con el grupo con imagen corporal positiva (ver Tabla 29 a y b).

**Tabla 32.a Comparación estadística (*t* de Student para muestras independientes) entre los grupos con Imagen Corporal positiva e Imagen corporal negativa.**

IC grupo	<i>t</i>	gl	P	M y DE grupo Imagen corporal positiva	M y DE grupo Imagen corporal negativa
Fig actual	-.117	50	.909	M=4.08 DE=1.60	M=4.14 DE=2.53
Fig ideal	-1.31	50	.194	M=4.32 DE=.998	M=4.70 DE=1.10
Imagen corporal (factor	-5.813	49	.000	M=19.87	M=28.07

Musculatura)				DE=4.82	DE=5.20
Imagen corporal (factor grasa corporal)	-6.284	50	.000	M=13.80 DE=3.48	M=20.85 DE=4.49
Imagen corporal ( factor altura)	-1.285	50	.205	M=4.16 DE=1.72	M=4.77 DE=1.73
EFRATA1 (Conducta alimentaria compulsiva)	-4.284	50	.000	M=1.12 DE=.23	M=1.57 DE=.47

**Tabla 32.b Comparación estadística (*t* de Student para muestras independientes) entre los grupos con Imagen Corporal positiva e Imagen corporal negativa.**

IC grupo	t	gl	P	M y DE grupo Imagen corporal positiva	M y DE grupo Imagen corporal negativa
EFRATA4 (Dieta Crónica)	-3.329	50	.002	M=1.08 DE=.15	M=1.68 DE=.90
EFRATA2 (Preocupación por el peso y la comida)	-2.338	50	.023	M=1.34 DE=.47	M=1.81 DE=.90
EFRATA3 (Conducta alimentaria normal)	1.365	50	.179	M=3.03 DE=1.04	M=2.69 DE=1.07
Estrés	-2.219	50	.038	M=20.25 DE=5.00	M=23.77 DE=6.60
Depresión	-1.982	49	.061	M= 3.07 DE= 5.58	M=7.62 DE=10.46

## Capítulo 6. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo describir los factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios en una muestra de hombres homosexuales.

La edad de los participantes se situó en un rango de edad que fluctuaba de 19 a 45 años. De esta manera, la muestra estuvo compuesta sólo por varones adultos jóvenes. En lo que corresponde a la edad, algunas investigaciones realizadas en grupos de hombres homosexuales y su proclividad a presentar trastornos alimentarios ha sido que tanto los hombres homosexuales jóvenes (Boisvert & Harrel, 2008), como hombres mayores, (Siconolfi, Halkitis, Allomong & Burton, 2009) tienden a presentar insatisfacción corporal y tendencia a presentar algún trastorno alimentario. Respecto a que si los participantes estudiaban o trabajaban, se encontró que un poco más de la mitad de éstos se encontraban estudiando, curiosamente casi el mismo porcentaje no estaba trabajando (ver Fig. 7 y 8). Lo mismo sucede con los participantes que trabajaban y no estudian, sus porcentajes son equivalentes (ver Fig. 7 y 8). No se han realizado muchos estudios sobre la relación entre estas dos variables y los trastornos alimentarios, aunque hay estudios que tratan de vincular el nivel educativo familiar con riesgo para desarrollar trastornos alimentarios, no se ha podido demostrar nada concluyente (<http://antithinspo.wordpress.com>). En cuanto al estatus laboral y los trastornos alimentarios, se ha encontrado que más que la profesión, es el grado de estrés del lugar del trabajo y cómo los individuos le hacen frente lo que se asocia con conductas alimentarias desordenadas (Inoue, Iwasaki, Yamauchi, Kiriie, 2010).

Hay que resaltar que la mayoría de los participantes viven con sus familias, una minoría vivía solo y únicamente un porcentaje insignificante vivía con sus amigos o con su pareja. En este tenor, la mayoría reportó que sus relaciones familiares fluctuaban de muy buenas a buenas y muy pocos reportaron tener relaciones malas con sus familias. Lo antes descrito tiene gran importancia, puesto que, aunque no se ha encontrado que la familia sea una causa directa para que un individuo desarrolle trastornos alimentarios, está es, sin duda, un factor sumamente importante en la salud emocional del individuo (Le Grange, Lock, Loeb & Nichols, 2009). Por lo mismo, podría ser un factor de protección como un factor indirecto de riesgo.

En relación al área de apoyo social, se pueden destacar los siguientes aspectos; a) todos refirieron tener por lo menos un amigo cercano y b) todos los participantes informaron tener de una a más de cinco personas con las que cuentan en tiempos difíciles. Las variables antes descritas son importantes, ya que se ha descubierto que el tener redes sociales percibidas como comprensivas o que dan apoyo a personas homosexuales pueden interactuar como factor protector contra algún trastorno mental (Berghe, Dewalee, Cox & Vinckle, 2010). De todas maneras, es de notar que, aunque la mayoría de los participantes recurren a un grupo de apoyo, la mayor parte de ellos reporta que no pertenece a ningún círculo de amigos. Lo que quizá nos hable de que solamente se reúnan en estos grupos para “pasar” un buen rato y no para entablar lazos profundos.

En cuanto a la variable ejercicio, la mayoría de los participantes reportaron realizar algún tipo de ejercicio, aunque no especificaron cual. Hay que resaltar que un poco más de la mitad de los participantes que hacen ejercicio, abarcan de 6 a 16 horas a la semana para realizar sus rutinas deportivas. Las horas dedicadas a realizar ejercicio nos dan una idea de

cómo este factor se asocia con la incidencia de trastornos alimentarios (O’Dea & Abraham, 2002) e insatisfacción corporal (Sikolnofi, Haltikis, Allomong & Burton, 2009).

En cuanto a la variable IMC, la mayoría de los participantes se encontraban en el rango de normopeso. También es de notar, que aunque fueron pocos los participantes que se encontraron en los extremos, infrapeso y sobrepeso, son estos casos a los que se les debe poner atención, puesto que pueden ser los más vulnerables a desarrollar trastornos alimentarios, si no es que ya los tienen. Las variables peso e IMC juegan un papel importante en el riesgo para desarrollar trastornos alimentarios, ya que se ha comprobado que ha mayor IMC y una mayor discrepancia entre el peso actual y el ideal, aumenta el peligro para que prospere algún trastorno alimentario (Boisvert & Harrell, 2009), (Brand, Rothblum & Salomon, 1992).

Respecto al consumo de laxantes, todos los participantes no recurren a estos productos. Así mismo, casi la totalidad negó consumir inhibidores del hambre. Lo que indica que, por lo menos esta muestra, no incurre en este tipo de conductas compensatorias, que ponen en riesgo la salud del individuo. Las anteriores variables, correspondientes al hábito de consumir productos con el fin de modificar el peso corporal, tienen una fuerte asociación con trastornos alimentarios e insatisfacción corporal (Segura – García, Ammendolia, Procopio, Papianni, Sinopoli, Bianco, et al., 2010).

La mayoría de los participantes expresaron no consumir ningún suplemento o complemento alimenticio. Sin embargo, aunque una mayoría informó no consumir bebidas energéticas, más de una cuarta parte de la muestra, sí toma alguna bebida de este tipo. Aunque no existen estudios que asocien a las bebidas energéticas con trastornos alimentarios, si se ha reportado el sustancial daño que pueden causar si se consumen en exceso (Seifert, Schaechter, Hershorin & Lipshultz, 2011).

Vale la pena subrayar que sólo un pequeño porcentaje (6 %) de los participantes de este estudio fue clasificado con depresión moderada y grave. Asimismo, puede decirse que la mayoría de los hombres de esta muestra (un poco más del 90 por ciento) tiene una autoestima alta y moderada.

Se encontró que la figura deseada de los hombres era más gruesa que la actual autopercebida en el momento de la investigación confirmando investigaciones previas (i.e. Pope, Gruber, Mangwet, Bureau, deCol, Jouvent & Hudson, 2000) y al contrario de otros estudios (i.e. Siever, 1994) realizados con muestras de hombres homosexuales, y reportando que sus respuestas son iguales de las mujeres esto es, la figura ideal es más delgada. Debe subrayarse que estos resultados relacionados con la figura ideal concuerdan con lo encontrado en la insatisfacción corporal, cuyo puntaje promedio (-40) significa que la insatisfacción corporal de esta muestra de hombres se debe al deseo de tener mayor peso, confirmándose, por otro lado, que los hombres (independientemente de su orientación sexual) desean un cuerpo más grueso a diferencia de las mujeres que, por lo general, siempre quieren un cuerpo más delgado sin importar si su cuerpo real es o no es delgado. Esto es congruente con lo encontrado respecto a la actitud hacia la imagen corporal; de acuerdo a los resultados de esta investigación, se puede concluir que la mayoría de los individuos de la muestra (más de la mitad) presentan una actitud negativa hacia su imagen corporal

Se podría decir también que en esta muestra la gran mayoría de sus componentes no se preocupan por el peso y la comida, lo que es congruente con la ausencia de dieta crónica y restringida. Un poco menos de las tres cuartas partes de los participantes de la muestra

presentaron estrés medio a estrés severo; sólo una cuarta parte de los mismos clasificó en un nivel bajo de estrés.

Respecto a las asociaciones entre variables, se encontró lo siguiente:

La correlación (negativa) altamente significativa entre la insatisfacción corporal y la figura ideal de los participantes, que significa que a más insatisfacción corporal reporte la persona tendrá menos autoestima. Este hallazgo es congruente con el alto porcentaje de participantes, - más de la mitad de los sujetos-, que obtuvieron una imagen corporal negativa o muy negativa en la Escala de Actitudes hacia el Cuerpo Masculino que incluye reactivos como; "me siento avergonzado del tamaño y forma de mi cuerpo" o "creo que tengo mucha grasa en mi cuerpo", entre otros. Tal correlación puede explicarse por varios factores.

En primera instancia, en varios estudios realizados se ha encontrado que los homosexuales tienden a mostrar más insatisfacción corporal que sus pares heterosexuales ( Kaminsky, Chapman, Haynes & Own, 2005., Striegel- Moore, Silberstein, & Rodin, 1986. Yelland & Triggerman, 2003.) Esta insatisfacción se produce no sólo con la figura corporal en general, sí no también con partes corporales como bíceps , cintura brazos y estomago (Striegel – Moore, et al 1986) y con el peso corporal (Brand, Rothblum & Solomon, 1992) Los hombres homosexuales buscan una figura ideal que puede implicar un cuerpo esbelto pero musculado (Siever, 1994.), figura que es valorada positivamente entre la comunidad gay (Wood, 2004).

Se encontró una correlación negativa entre la autoestima y la imagen corporal, lo que significa que a más autoestima elevada, los participantes tendrán menos negativa la imagen corporal. Esto concuerda con lo encontrado por Olivardia, Harrison, Pope Jr., John, & Geoffrey (2004), quienes hallaron que entre los hombres, independientemente de su orientación sexual, la autoestima está correlacionada negativamente con la variable de imagen corporal. Respecto a la autoestima, también se halló una correlación negativa entre ésta y la variable depresión, o lo que es lo mismo: a mayor nivel autoestima, se presentaran menores niveles de depresión, lo que coincide con lo hallado por Polders, Nel, Kruger y Wells (2009) en una muestra de hombres homosexuales y mujeres lesbianas. La variable autoestima estaba correlacionada negativamente con la depresión de manera moderada al igual que en nuestro estudio. Otra correlación a tenerse en cuenta es la que se encontró entre la variable autoestima y conducta alimentaria compulsiva que concuerda con lo encontrado por Russell & Keel (2003) quienes encontraron que las conductas alimentarias desordenadas aumentaban mientras más baja fuera la autoestima.

Se encontró una correlación positiva alta entre la variable actitud hacia la imagen corporal y la variable conducta alimentaria compulsiva. Lo que significa que entre más comportamientos compulsivos respecto a sus alimentos tenga el sujeto, tenderá a tener una imagen corporal más negativa. Esto coincide con lo hallado por Steiger – Moore, Wilson, Wilfey, Elder y Brownell (1998) en desorden por atracón (comer compulsivo) en hombres y mujeres donde encontraron relación entre algunas variables, entre ellas con la imagen corporal negativa, indistintamente si se trataba de hombres o mujeres. Otra correlación positiva, aunque media, de la variable actitud hacia la imagen corporal es la que obtuvo con la variable dieta crónica, indicando que cuando más negativa sea la actitud que se tiene hacia la figura corporal, se tenderá a realizar dietas restrictivas con mayor frecuencia. Esto coincide con el estudio realizado por Markey & Markey (2005) donde también encontraron

que tanto hombres como mujeres con insatisfacción corporal se someten a conductas de dieta restringida.

La variable depresión se correlacionó medianamente con las variables conducta alimentaria compulsiva y dieta crónica en nuestra muestra. Esto confirma lo encontrado por Olivardia, et al. (2004). Ellos hallaron una relación entre depresión y trastornos alimentarios alimentario en hombres y Felhman y Meyer (2007) encontraron en un estudio sobre comorbilidad en hombres y mujeres homosexuales con algún grado de trastorno alimentario: algunos hombres homosexuales que padecían trastornos alimentarios sufrían de depresión.

Respecto a la correlación positiva encontrada entre la variable depresión y la variable estrés, concuerda con lo encontrado por Derlega, Lewis, Griffin y Krowinsky (2003) quienes realizaron un estudio donde el estrés y la depresión en hombres homosexuales resultaron tener una correlación positiva significativa. Esto es relevante debido a que los hombres homosexuales, además de los sucesos estresantes de la vida cotidiana, pueden ser más vulnerables a otro tipo de sucesos particulares de la población homosexual como la homofobia internalizada y conciencia del estigma.

Se encontró, también, una correlación altamente positiva entre la variable preocupación por el peso y la comida y la variable dieta crónica. Este hallazgo concuerda con el estudio realizado por Gingras, FitzPatrick y McCargar (2004), el cual reveló la existencia de una relación entre el preocupación sobre el peso y dieta crónica. Esto viene a ser relevante cuando existen estudios que muestran que los hombres homosexuales muestran más preocupación por su peso y tienden a realizar regímenes dietéticos restrictivos ( Brand, Rothblum y Solomon, 1992. Kaminsky, Chapman, Haynes & Own, 2005).

La variable dieta crónica también se correlacionó positivamente con la variable Conducta Alimentaria Compulsiva, que puede indicar que cuando un sujeto se sujeta a una dieta restrictiva, aumenta su conducta alimentaria compulsiva. Lo cual aunque parece paradójico, concuerda con la teoría de la contención, la cual expone que si existe una continua privación de comida, puede resultar en una pérdida de contacto con los sentimientos tanto de hambre como de saciedad (Van Strien 2002). Pero, como modelo de contención afirma el autor, es la dependencia en el control cognitivo, y no en las señales fisiológicas, deja a las personas que estén en una dieta restrictiva en una falta de control al comer cuando se rompe estos procesos cognitivos (Polivy & Herman, 1985).

En el segundo análisis de este estudio, se dividió a los participantes en dos grupos: quienes tienen una imagen corporal negativa y los que tienen una imagen corporal positiva. Se encontró que el grupo con imagen corporal negativa presentan puntajes más altos en variables como las correspondientes a las actitudes a la imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo, depresión y estrés. Esto concuerda con lo encontrado en otros estudios ( Boisvert& Harret, 2009., Kaminski, Chapman, Haynes & Own, 2004., Russell & Keel 2003) que mencionan la alta incidencia de insatisfacción corporal y trastornos alimentarios en hombres homosexuales. El alto porcentaje de participantes de nuestra muestra con imagen corporal negativa es de suma importancia puesto que se ha demostrado que el estar insatisfecho con el propio cuerpo equivale a tener menores niveles de bienestar percibido, especialmente la auto - aceptación (Gil, 2007) o lo que podría dar como consecuencia niveles altos de estrés y que, de hecho, concordaría con lo encontrado en esta investigación. Los resultados encontrados son de importancia ya que un poco más de la mitad de los participantes de esta muestra presentaron una imagen corporal negativa.

## Capítulo 7. Conclusiones

Se puede apreciar que uno de hallazgos más significativos de esta investigación es el que la mayoría de los sujetos de la muestra muestran insatisfacción corporal; una tercera parte de estos manifestaron una insatisfacción corporal negativa, lo que quiere decir que desean un cuerpo con más musculo. Estos resultados revelan el factor de insatisfacción corporal que la teoría señala como factor precipitante para el posible desarrollo de algún trastorno alimentario.

También se encontró que los homosexuales con una imagen corporal negativa tienden a poseer mayores niveles de actitudes desordenadas respecto a su alimentación tales como una conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica y, además de niveles altos de preocupación por la comida. También mostraron niveles altos de estrés. Todas las variables antes mencionadas pueden trabajar como factores de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

Otro hallazgo de importancia es que una tercera parte de los participantes de esta muestra preferían tener un cuerpo grueso; otra tercera parte, un cuerpo delgado a diferencia de lo que dice la teoría sobre la preferencia de los homosexuales varones por un cuerpo exclusivamente delgado. Este resultado se contrapone a la teoría, expuesta por otras investigaciones, la cual dice que los homosexuales varones prefieren un cuerpo exclusivamente delgado.

A partir de los resultados arrojados por este estudio se demostró que la población homosexual, por lo menos la de esta muestra, es proclive a desarrollar trastornos alimentarios, dada su imagen corporal negativa. una imagen corporal negativa a mostrado ampliamente su asociación no sólo con desordenes alimentarios sino con desórdenes mentales severos pues los efectos de una imagen corporal negativa pueden equipararse a los de la desadaptación social (Gomez Pérez - Mitré, 2002).

Es importante decir que esta es una de las primeras investigaciones en su tipo realizadas en población homosexual masculina mexicana por lo que se espera que sirva de base en la realización de nuevas investigaciones en torno a esta población respecto a esta clase de estudios.

## Capítulo 8. Limitaciones

Una de las limitaciones de este trabajo fue el pequeño tamaño de la muestra. En futuras investigaciones se debe ampliar para evitar sesgos y mejorar la estadística; aunque hay que advertir que una muestra grande de hombres homosexuales es difícil de conseguir. El problema con este tipo de muestra inicia desde la definición de homosexualidad, ya que aún no hay un consenso de la misma entre los estudiosos, hasta el reclutamiento de los participantes (Meyer & Wilson, 2009). En este tenor, hay que señalar, la casi imposibilidad de tener una buena muestra al azar con el propósito de generalizar los resultados a la población homosexual, puesto que la mayoría de los estudios realizados con muestras homosexuales masculinas han conseguido a sus participantes por medio de grupos de encuentro, lugares frecuentados por esta población (bares), y últimamente vía internet: todas estas maneras tienen sus ventajas y desventajas.

Hay que hacer notar que debido a que numerosas investigaciones sobre salud mental y homosexualidad, como los estudios seminales realizados por Evelyn Hooker (1957), han señalado que no existe una relación entre homosexualidad per se y psicopatología (Ardila, 1998). Lo que sugiere que para subsecuentes investigaciones sobre trastornos alimentarios y homosexualidad masculina se integren otras variables que si pueden repercutir en la salud mental del individuo gay como lo son el estigma social (homofobia) o la falta de apoyo social.

Aunque este sólo fue un estudio exploratorio, debe hacerse notar que otra gran limitación fue el no contar con una muestra de comparación (control) para dar mayor fuerza a los resultados.

Otra limitación se relacionó con los instrumentos de medición. Éstos no habían sido utilizados antes, con excepción de la Escala de Actitud hacia el Cuerpo Masculino (Tilka, et al. 2005), en población homosexual, y por lo mismo, no existen parámetros para saber su verdadera utilidad en esta población.

Respecto a los instrumentos, en este estudio pudiera ser que las respuestas dadas a algunos de ellos se vieran sesgados por el efecto de la deseabilidad social.

## Referencias

- American Psychological Association. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- Anti, M., Pignataro, G., Armuzzi, A., Valenti, A., Iacone, E., Marmo, I. & Gasbarini, G. (1998). Water Supplementation Enhances the Effect of High-Fiber Diet on Stool Frequency and Laxative Consumption in Adult Patients with Functional Constipation. *Hepato-gastroenterology*, 47,21, 609-904.
- Andersen, A. (1999). Eating Disorders in Gay Males. *Psychiatric Annals*. 29, 206 – 212.
- Andorka, M. J. (2007). Being Attractive is All That Matters: Objectification Theory and Gay Men. Senior Thesis (n/p). Documento recuperado el 23 de Noviembre del 2010 en <https://kb.osu.edu>.
- Anti- spiration: Do Higher Education Levels Mean Greater Risk for Developing Eating Disorders? (2009). Recuperado el 25 de Marzo de 2012. <http://antithinspo.wordpress.com>
- APA Organization: *Mind body/stress*. (S/F). Recuperado el 04 de Julio de 2010. [www.apa.org/helpcenter/stress.asp](http://www.apa.org/helpcenter/stress.asp)
- Aranda, F. & Turon, V. (1998). *Trastornos Alimentarios: Guía Básica de Tratamiento de la Bulimia y la Anorexia*. España: Masson.
- Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y Psicología*. México: Manual Moderno
- Bas, M., Buzan, N. & Cigerim, N. (2008). Dieting, Dietary Restraint and Binge Eating Disorder among Overweight Adolescents in Turkey. *Adolescence*, 43,171, 635-39.
- Baile, J. I. (2008). *Estudiando la Homosexualidad*. España: Pirámide
- Bailey J.M., Pillard R.C., Neale M.C. & Agyei Y. (1993). Heritable factors influence sexual orientation in women. *Archives of General Psychiatry*, 50,3, 217–223.
- Beck, A., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *General Archives of Psychiatry*, 4,6,561-571
- Behar, R. & Figueroa, G. (2004). *Anorexia Nerviosa y Bulimia: Clínica y Terapéutica*. Chile: Mediterraneo.
- Behar, R. & Valdez, C. (2009). Estrés y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría*, 47, 3, 178- 189.
- Bellew, R., Gilbert, P., Mills, A., McEwan, K. & Corrine, G. (2006). Eating Attitudes and Striving to Avoid Inferiority. *Eating Disorders*, 14, 4, 313-322.

- Bello, J. (2005). *Calidad de Vida, Alimentos y Salud Humana*. España: Díaz de Santos.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C. & Zambrano-Ruiz, J.(2004). La Depresión como Inicio Temprano: Prevalencia, Curso Natural y Latencia para Buscar Tratamiento. *Salud Pública Mexicana*, 46, 5, 417-424.
- Berghe, V.W., Dewaele, A., Cox, N. & Vincke, E. (2010). Minority-Specific Determinants of Mental Well-Being Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of Applied Social Psychology*, 40, 1, 153, 166.
- Berland, N. & Thompson, K. (1986). Correlation Between the EAT-26 and the EAT-40, the Eating Disorders Inventory, and the Restrained Eating Inventory. *International Journal of Eating Disorders*,5,3, 569 – 574.
- Blanchard, R. (2008). Review and Theory of Handeness, Birth Order, and Homosexuality in Men. *Laterality*, 13, 1, 50-70.
- Boisvert, J & Harrel, A. (2009). Homosexuality as a Risk Factor for Eating Disorder Symptomatology in Men. *The Journal of Men´s Studies*,31,3, 125 – 132.
- Bostwick, W., Boyd, C., Hughes, T. & McCabe, S. E.(2010) .Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood Disorders and Anxiety Disorders in the United States. *American Journal of Public Health*, 100,3, 468 – 475.
- Brand, P.A., Rothblum, E., Salomon, L. (1992). A Comparison of Lesbian, Gay Men and Heterosexuals on Weight and Restraining Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 3, 253 – 259.
- Branden, N. (1994). *Six Pillars of Self-Esteem*. U.S.A: Bantam Books.
- Brannon, L.& Feist,J. (2009). *An Introduction to Behavior and Health*. U.S.A.: Wadsworth.
- Brems, C. (1998). *Psychotherapy: Skills and Techniques*. U.S.A.: Allin & Bacon.
- Brody, N.& Ehrlichman, H. (2000). *Personality Psychology*. U.S.A.: Prentice – Hall.
- Brown,J.& Graham, D. (2008).Body Satisfaction in Gym – active Males: An Exploration of Sexuality, Gender and Narcissism. *Sex Roles*, 59, 1-2, 94 – 106.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Bulimia, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. U.S.A.: Basic Books
- Bustos - Romero, O. (2011). Los Medios y la Construcción de Género: Factor de Riesgo para Trastornos Aimentarios como la Anorexia y la Bulimia. *Derecho a Comunicar*, 2, 61 – 79.

Bussolotti, D., Fernández – Arana, F., Solano, R., Jiménez – Murcia, S., Turón, V. & Vallejo, J. (2002). *Marital Status and Eating Disorders: An Analysis of its Relevance. Journal of Psychosomatic Research*, 53, 6, 1139 – 1145.

Bryant-Waugh, R. & Lask, B. (2004). *Eating Disorders: A Parent's Guide*. England: Brunner - Routledge.

Byne, M.W. (2005). Why We Cannot Conclude that Homosexuality is a Biological Phenomenon?. En: Davison, J.K. & Moore, N. *Speaking of Sexuality* ( pp.205 – 210). U.S.A: Roxbury Publishing.

Campero-Ciani, A., Corna, F. & Capiluppi, C (2004). Factors Favoring Male Homosexuality and Promoting Female Fecundity. *Royal Society of London*, 271, 1554, 2217-2221.

Cardenas – Villalvazo, A., López – Espinoza, A., Martínez, A., Franco, K., Díaz, F., Aguilera, V. & Valdez, E. (2010). Consumo de Alimento, Crecimiento y Ansiedad tras Estrés por Hacinamiento o Aislamiento de Ratas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36, 2, 129 – 142.

Careaga, G. & Cruz, S . (2004). *Sexualidades Diversas: Aproximaciones para su Análisis*. México: UNAM.

Carrie, E.F. & Carpernter, R. A. (2003). *Eating Healthy Every day*. U.S.A: Library of Congress.

Carroll, L. (2005). *Sexuality Now*. USA: Wadsworth/Thomsom.

Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The Impact of Childhood Sexual Abuse in Anorexia Nervosa. *Child Abuse and Neglect*, 30, 3 257-269.

Castañeda, M. (1999). *La Experiencia Homosexual*. México: Paidós.

Castañeda, M. (2002). *Lo Que Sabemos Hoy*. Revista Muy Interesante. No.28.

Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice*. U.S.A Guildford Press

Castillo, M. & León, M. (2005). *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. España: Formación Alcalá.

Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, P., Irala- Estévez, J & Alonso, Y. (2002). Neuroticism and Low Self-Esteem as Risk Factors for Incident Eating Disorders in a Prospective Cohort Study. *Eating Disorders*, 33, 3, 271-280.

- Claes, N. & Palmer, R.(2005) *EDNOS, Eating Disorders Not Otherwise Specified: Scientific and Clinical Perspectives on the other Eating Disorders*. Roudlege. USA.
- Cochran, T. & Rabinowitz, F.(2000). *Men and Depression: Clinical and Empirical Perspectives*.U.S.A: Academic Press.
- Cohen, M. (1997). Eating Disorders in Gay Men – Current Issues.*NEDIC*. Documentorecuperado el 02 de Febrero de 2011. [www.nedic.com](http://www.nedic.com).
- Colombo, J.L. (2006). *Comer Todo o Comer Nada: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Otros Trastornos Relacionados*. Argentina: Grupo Editorial Lumen.
- D'Angelo, L. (2008). *La Homosexualidad Masculina: Ensayos Freudianos sobre la Sexualidad*. España: Editorial Síntesis.
- Daley, K., Jimerson, D., Heatherton, T. Metzger, E.D & Wolfe, B. (2008). State Self – Esteem Ratings in Women with Bulimia Nervosa in Remission. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 2, 159 – 163.
- Davis, M., Robbins, E., McKay, M. & Fanning, P. (2008). *The Relaxation and Stress Reduction Workbook*.U.S.A.: New Habinger Publications.
- De la Serna, I. (2008). *La Alimentación y sus Perversiones*.España: Edika – Med.
- Derlega, V.J., Robin, L., Griffin, J.L. & Krowinsky, A. (2003). Stressors for Gay Men and Lesbians: Life Stress, Stigma Conciousness, and Depressive Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 6, 716 – 729.
- Desjarlis, R., Eisenberg, L., Good, B. & Kleiman, A.(1995) *World Mental Health*. U.S.A.: Oxford University Press.
- Diamond, M. (1993). Homosexuality and Bisexuality in Different Populations. *Archives of Sexual Behaviour*, 22, 4, 291-310.
- Do Jackson, C. (2008). Exploration of Factors Associated with Eating Disorders in Gay Men. Doctoral Dissertation (n/p). Documento recuperado el 03 de Noviembre de 2009 en [www.Ir.Iowa.edu](http://www.Ir.Iowa.edu).
- Dobson, K. & Dozois, D. (2008). Assesing Risk and Resilence Factors in Models of Depression. En: Dobson, K. & Dozois, D. (Eds.)*The Prevention of Depression: Theory, Research and Practice*(pp. 1 – 17).U.S.A: Academic Press
- Dosil, J.(2008). *Eating Disorders in Athletes*. England: John Wiley & Sons.
- Driscoll, E. (2008). Bisexual Species. *Scientific Mind*, 19, 3, 69 – 73.

Duggan, S. & McCreary, D. (2004). Body Image, Eating Disorders and the Drive to Muscularity in Gay and Heterosexual Men: The Influence of Media Images. *Journal of Homosexuality*, 47, 3/ 4, 45 – 58.

Duker, M. & Slade R. (2008). *Anorexia Nerviosa y Bulimia: Tratamiento Integrado*. Argentina: Limusa.

Eppel, E., Lapidus, R., McEwen, B. & Brownell, K., S. (2001). Stress May Add Bite to Appetite in Women: A Laboratory Study of Stress – Induced Cortisol and Eating Behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 26, 1, 37 – 49.

Epstein, A. (2007). Smooth Thinking about Sexuality. *Scientific Mind*, 18, 5.

Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B. & Lingren, E. C. (2007). Social Physique Anxiety and Sociocultural Attitudes Toward Appearance Impact on Orthorexia Test in Fitness Participants. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18, 3, 383-394.

Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. England: Oxford Press.

Fairburn, C., Agras, W., Walsh, T., Wilson, T. & Stice, E. (2004). Prediction of Outcome in Bulimia Nervosa by Early Change in Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161, 12, 2322 – 2324.

Felhman, M. & Meyer, I. (2007). Childhood Abuse and Eating Disorders in Gay and Bisexual Men. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 5, 418 – 423.

Felhman, M. & Meyer, I. (2007). Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay and Bisexual Population. *Journal of Eating Disorders*, 40, 3, 218 -226.

Fernandez, A. & Turón, V. (2001). *Trastornos de la Alimentación: Guía Básica de Tratamiento en Anorexia y Bulimia*. España: Masson.

Fleming, J.S. & Courtney, B.E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 2, 404 – 421.

Francoeur, R. (1991). *Becoming a Sexual Person*. U.S.A.: McMillan Publishing Company.

Frojan, M.X., Gónzales, M. & Cristóbal, R. (2006). *¿Qué es la Anorexia?*. España: Biblioteca Nueva.

Furhman, A., Badmin, N. & Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Self-Esteem, and Reasons to Exercise. *The Journal of Psychology*, 136, 6, 581-596.

Gafo, J. (1997). *La Homosexualidad: Un Debate Abierto*. España: Descleé de Brouwer.

- Gadalla, T.(2009) Eating Disorders in Men: A Community Based Study. *International Journal of Men's Health*, 8, 1, 72 -81.
- Garcia-Camba, E. (2001). *Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa, bulimia Nerviosa, Obesidad*. España: Masson.
- Gelabert, R. (2007). *Depresión: Tratamientos Científicos y Naturales*.España: Salvat.
- Gil, S. (2007) Body Image, Well-Being and Sexual Satisfaction: A Comparison Between Heterosexual and Gay Men. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 2, 237 -244
- Gilbert, P. (2008). *Overcoming Depression*.England: Constable & Robinson.
- Gilbert, S. (2004). *Counselling for Eating Disorders*. England: Sage Publishing.
- Gingras, J., FitzPatrick, J. & McCargar L. (2004). Body image of chronic dieters: Lowered appearance evaluation and body satisfaction.*Journal of Eating Disorders*, 10, 10,1589 -92.
- Gleaves,D. Miller, K., Williams, L & Summer, S.(2000). Eating Disorders: An Overview. En: Miller,KJ., Mizes, JA & Freeman(Eds.). *AComparative Treatment of Eating Disorders*. (pp.1 – 50). U.S.A.: Springer.
- Golombok, S.& Tasker, F. (2005). Do Parents Affects the Sexual Orientation of Children? En: Moore, N.B & Davison, K.J. *Speaking of Sexuality: Interdisciplinary Readings* (pp. 225 – 232).U.S.A.: Roxbury Publishing.
- Gómez Pérez-Mitré, G .(2000). *Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo en trastornos alimentarios*. IN-305599(PAPIT) UNAM. 34507-H CONACyT. México.
- Gómez Pérez-Mitré, G . (2002). *Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria* Ponencia: 450 años de la UNAM. México.
- Gómez Pérez -Mitré, G., Saucedo-Molina, T.J. & Unikel, C. (2001 ). Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: La Psicología Social en El Campo de la Salud. En: Calleja, N. y Gómez-Peresmitré, G. *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México*( pp. 267 - 306). México: Fondo de Cultura Económica
- Gough, B. & Gareth E. (1988). The Beer Talking: Four Lads, a Carry Out and the Reproduction of Masculinities. *The Sociological Review*, 4,3, 409 – 455.
- Green, S. & Pritchard, M. (2003). Predictors of Body Image Dissatisfaction in Adult Men and Women. *Social Behavior and Personality*, 31,3, 215-222.
- Grilo, M.C. (2005). *Eating Disorders*.England.: Psychology Press.

Grohgan, S. (2007). *Body Image*. U.S.A.: Routledge.

Gutiérrez, C. & Ferreira, R. (2007). Vigorexia: Estudio sobre la Adicción al Ejercicio: un Enfoque de la Problemática Actual. Monografía (n/p). Documento recuperado el 18 de Septiembre de 2010 en [www.Viref.udea.edu.com](http://www.Viref.udea.edu.com).

Halmi, K. (2003). Classification, Diagnosis, and Comorbidity of Eating Disorders. En: Maj, M., Halmi, K., López-Ibor, J.J. & Sartorius, N. (Eds.). *Eating Disorders* (pp. 1 - 34). U.S.A.: John Wiley & Sons.

Hammer, D.H., Hu, S., Magnuson, V.L., Hu, N. & Pattatuci, A.M. (1993) A Linkage Between DNA Markers on the X Chromosome and Male Sexual Orientation. *Science*, 261, 5119, 321-327 .

Harris, M. & Cumella, E.J. (2006). Eating Disorders across the Lifespan. *Journal of Psychological Nurse Mental Service*, 44, 4, 20-6.

Harvey, J. & Robinson, J. (2003). Eating Disorders in Men. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 10, 4, 297 – 306,

Hechler, T., Rieger, E., Touyz, S. & Beumont, P. (2008). Physical Activity and Body Composition in Outpatients Recovering from Anorexia Nervosa and Healthy Controls. *Physical Activity Quarterly*, 25, 2, 159-173.

Heller, D. (2003) Participation in Athletic Activities and Eating Disordered Behavior . *Eating Disorders*, 16, 5, 393-404.

Herek, M., Cogan, J., Gillis, R. & Glunt, E. (1997) Correlates of Internalized Homophobia in a Community Sample of Lesbians and Gay Men. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 2, 17 – 25.

Herzog, D., Bradburn, I. & Newman, K. (1990). Sexuality in Males with Disordered Eating. En Andersen, A. *Eating Disorders in Men*. (pp. 40 – 54). U.S.A.: Brunner/Mazel.

Herzog, D., Franco, D. & Cable, P. (2008). *Unlocking the Mysteries of Eating Disorders*. U.S.A.: Mc Graw Hill.

Hooker, E. (1957). The Adjustment of the Male Overt Homosexual. *Journal of Projective techniques*, 23, 278 – 28.

Hospers, J. & Jansen, A. (2005). Why Homosexuality is a Risk Factor for Eating Disorders in Males? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24,8, 1188 – 1201.

Humenikova, L. & Gates, G. (2008). Social and Physical Factors and Child Overweight in a Sample of American and Czech School-aged Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40, 4, 251-257.

- Humprey, H.J. (1986). *Profiles in Stress*. Stress in Modern Society#2. U.S.A.: Sage
- Inoue, K., Iwasaki, S., Yamauchi, T. & Kiriike, N. (2010). Eating Disorders in the Workplace. *Sishei Shikeidaku Zasshi*, 112, 8, 758 – 763.
- Internet Mental Disorders. *Mental Health*. Recuperado el 5 de Junio de 2010 de [www.mentalhealth.com/p20-grp.html](http://www.mentalhealth.com/p20-grp.html).
- Jeppson, J., Richards, P.S., Hardman, R.& McGranley, H.M.(2003). Binge and Purge Processes in Bulimia Nervosa: A Qualitative Investigation. *Eating Disorders*,11, 2, 115-128.
- Jurado, S. Villegas, M.E., Méndez,L., Rodríguez,F. Loperena, V. & Varela, R. (1998). La Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*,21, 3, 26 – 31.
- Kaminsky, P.L., Chapman, B.P., Haynes, S.D. & Own, L. (2005). Body Image, Eating behaviors and Attitudes Toward Exercise among Gay and Straight Men. *Eating Behavior*,6, 3, 179 – 87.
- Kaye,W., Bulick, C., Thorton, L., Barbarich, N &Masters, K.(2004) Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*,121, 2215-2221.
- Keel, P. (2003). Validity of Categorical Distinctions for Eating Disorders: From Disorders to Symptoms. En: Maj, M., Halmi, K., López – Ivor, J.J & Sartorius, N. (Eds.). *Eating Disorders*(pp. 52 – 55). U.S.A.: John Wiley & Sons.
- Keel, P.(2007). *Eating Disorders*. U.S.A.:Chelsea House Publishers.
- Kerni, M. (2006). *Self- Esteem: Issues and Answers*.U.S.A.: Psychology Press.
- Kimmel, S. & Mahalik, J.R. (2005). Body Image Concerns of Gay Men: The Roles of Minority Stress and Conformity to Masculine Forms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 6, 1185 – 1190.
- King, M., Semlygen, J., See Tai, S., Killaspy, H. & Osborn D. (2008). A systematic review of mental disorders, suicide and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 4, 8-15.
- Kittler, A., Senese, L., Almeida, N., Simth, B. & Louks, E. (2009) Association Between Childhood Socioeconomic Position and Adulthood Obesity. *Epidemiologic Review*, 31,1, 21 – 51.
- Kittlerstone, M. (2005). *The Truth about Eating Disorders*. U.S.A.: Book Builders

Knowles, A.M. (2009). Exercising to Compensate: The effects on Psychological Well-being. *Sport & Exercise Review*, 5, 2, 104 – 110.

Koening, K. (2007). *The Book of Food and Emotions: A Full Course of Meal on Emotional Health*. U.S.A.: Gurze Books.

Kostanski, M. & Gullone, E. (2007). The Impact of Teasing on Children's Body Image. *Journal of Child & Family Studies*, 14, 3, 307-319.

Kotz, D. (2007). How to Win the Weight Battle. *U.S News & World Report*, 15, 4, 60 -69.

*Laxantes*. (S/F). Recuperado el 4 de Mayo de 2010 de [www.wikipedia.org/wiki/laxatives](http://www.wikipedia.org/wiki/laxatives).

Le Grange, D., Lock, James., Loeb, K. & Nichols, D. (2009). Academy for Eating Disorders Position Paper: The Role of the Family in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 1, 1 – 5.

León, M. & Castillo, M. (2005). *Trastornos del Comportamiento Alimentario*. España: Formación Alcalá.

Levine, M., Smolak, L., Moodley, A., Schuman, M. & Hessen, L. (2006). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 2, 11-20.

Levinson, D. J., with Darrow, C. N, Klein, E. B. & Levinson, M. (1978). *Seasons of a Man's Life*. New York: Random House

Li. N., Smith, A., Griskevicius, V., Canson, M. & Bryan A. (2010). Intrasexual Competition and Eating Restriction in Heterosexual and Homosexual Individuals. *Evolution and Human Behavior*, 31, 365 – 372.

Lisak, D. & Luster, L. (1994). Educational, Occupational and Relationship Histories of Men Who Were Sexually and/or Physically Abused as Children. *Behavioral Science Journal of Traumatic Stress*, 7, 4, 507 – 523.

Lopez, R. D. (2005). *Estrés Epidemia del Siglo XXI: como entenderlo, entenderse y vencerlo*. Argentina.: Lumen.

Lovallo, R. W. (2005). *Stress and Health: Biological and Psychological interactions*. U.S.A.: Sage Publications

Loewl., M. & Kral T. (2006). Stress – induced Eating in Restrained Eaters May not Be Caused by Stress or Restrain. *Appetite*, 46, 16 – 21.

McEwen, S.B.(2004). Protection and Damage from Acute and Chronic Stress: Allostasis and Allostatic Overload and Relevance of Psychiatric Disorders. *N.Y. Academy of Science* 103, 2, 1- 7.

McFarlane, T., McAbe, R., Jarry, J., Olmsted, M. & Polivy, J. (2001). Weight-Related and Shape-Related Self-Evaluation in Eating-Disordered and Non-Eating-Disordered Women. *Eating Disorders*, 29, 328-335.

MacLean, C., Miller, N.A. & Hope, D.A. (2007). Meditating Social Anxiety and Disordered Eating: The Role of Expressive Suppression. *Eating Disorders*, 15, 1, 41-54.

Madison, J. & Ruma, S. (2003). Exercise and Athletic Involvement as Moderators of Severity in Adolescents with Eating Disorders. *Journal of Applied Psychology*, 15, 3, 212-222.

Mancilla D.J.M., Gómez –Peresmitré, G., Rayon A.G., Franco P.K., Vázquez A.R., López A.X., & Acosta, G.M.U. (2006). Mancilla Díaz J.M, & Gómez Pérez-Mitré G. (Eds.). *Trastornos del comportamiento alimentario en Hispanoamérica* (pp. 123 – 167). México: Manual Moderno.

Manley, R. O'Brien, K. & Samuels, S. (2008). Fitness Instructors' Recognition of Eating Disorders and Attendant Ethical/Liability Issues. *Eating Disorders*, 16, 2, 103-116.

Mark., D.F., Murray, M., Evans, B. & Willing, C. (2007). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. England: Sage Publications.

Markey, C.N. & Markey, P.M. (2005). Relations between Body Image and Dieting Behaviors: An examination of Gender Differences. *Sex Roles*, 53, 7/8, 519 -530.

*Mayo Clinic: Diuretics*. (S/F). Recuperado el 4 de mayo de 2010 [www.mayoclinic.com/health/diuretics/hi00030](http://www.mayoclinic.com/health/diuretics/hi00030).

Medina – Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 4, 1 – 16.

*Men get eating disorders too: The Facts on Eating Disorders*. Recuperado el 20 de Marzo de 2011. [www.Mengetedstoo.org](http://www.Mengetedstoo.org)

Mendez, F.X. & Olivares J. (2006) *Técnicas de Modificación de Conducta*. Biblioteca Nueva. España.

*Mental Disorders. Internet Mental Health*. Recuperado el 5 de Junio de 2010 de [www.mentalhealth.com/p20-grp.html](http://www.mentalhealth.com/p20-grp.html).

Meyer, I.H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Sexual Behavior*, 36, 1, 38 – 56.

- Meyer, I.H. ( 2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 5, 674 – 697.
- Meyer, I. H., Dean, L. & Herek G. (1998). Internalized Homophobia, Intimacy and Sexual Behavior among Gay and Bisexual Men. En: Herek, GM., (Ed.). *Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbian, Gay and Bisexuals* (pp. 160 – 186). U.S.A.: Sage Publications.
- Meyer, I. H. & Matthew B. (2007). Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Population. *Eating Disorders*, 40, 3, 218 – 226.
- Meyer, I.H. & Wilson, P. A. (2009). Sampling Lesbian, Gay and Bisexual Populations. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 1, 23 – 31.
- Miller, M. E. (2000). Homosexuality, Birth Order and Evolution. *Archives of Sexual Behavior*, 29,1, 1- 34.
- Mitchell, J. (2001). *The Outpatient Treatment of Eating Disorders*. University of Minnesota. U.S.A.: University of Minnesota Press.
- Mondimore, F.C. (1998). *Una Historia Natural de la Homosexualidad*. España. Paídos.
- Montero, C.(2003). *Alimentación y Vida Saludable: ¿ Somos lo que comemos?*. España: Comillas.
- Moran, I., Cruz, V. & Iñarritu, M.C. (2009). Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación en Universitarios. *Revista Médica del Hospital General*, 72, 2, 68 -72.
- Morgan F. J. (2008). *The Invisible Man: A Self – help Guide for Men with Eating Disorders, Compulsive Exercising and Bigorexia*. England: Routledge.
- Morris, J. (2008). *ABC of Eating Disorders*. England: John Wiley & Sons.
- Morrison, K., Doss, B. & Perez, M. (2009). Body Image and Disordered Eating in Romantic Relationships. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28,3,281-306.
- Murk, C.(2000). *Self-Esteem Research, Theory and Practice*. U.S.A.: Springer Publishing Company
- Nardone, G.(2004). *Más Allá de la Anorexia y Bulimia*. España: Paidós.
- Nasser, M., Katzman, M. & Gordon, R. (2001). *Eating Disorders and Cultures in Transition*. U.S.A.: Routledge.

- Newman, C. (2004). Why Are We So Fat?. *National Geographic Magazine*, 9, 2. 46-61.
- Norris, C. & Palmer, B. (2005). *EDNOS: Eating Disorders Not Otherwise Specified. Scientific and Clinical Perspectives on the Other Eating Disorders*. U.S.A: Psychology Press.
- O'dea, J.A., & Abraham, S. (2002). Eating and Exercise in Young College Men. *Journal of American College Health*, 50, 6, 373 – 279.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. México: Plaza y Valdez.
- Ocker, L., Lam, E., Jensen, B.E. & Zhang, J.J.(2007). Psychometric Properties of the Eating Attitudes Test. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 11, 1, 25 – 48.
- Ogden, J.(2003). *Psicología de la Alimentación*. España: Morata.
- Olivardia, R., Harrison, G., Pope H.g. Jr., John, J. & Geoffrey. H.(2004). Biceps and Body Image: The Relationship between Muscularity and Self – Esteem, Depression and Eating Disorders Symptoms. *Psychology of Men and Masculinity*, 5, 2, 112 -120.
- Organización Mundial de la Salud.(1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE -10*. España: Masson.
- Ortíz- Henández , L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales en la ciudad de México. *Salud mental*, 28, 48-65.
- Owens, T. ,Stryker, S. & Goodman, N. (2006). *Extending Self-Esteem Theory and Research: Sociological and Psychological Currents*. U.S.A.: Cambridge University Press.
- Page, M., Crowther, J., Harrington, E. & Engler, P.(2008). Psychological Correlates of Fasting and Vigorous Exercise as Compensatory Strategies in Undergraduate Women. *Eating Behaviors*, 8, 4, 145 – 150.
- Palmer, B.(2005). Concepts of Eating Disorders. En: Treasure, J., Schmidt, U. & Van Fruth, E.(Eds.). *The Essential Handbook of Eating Disorders* (pp. 1 – 11). U.S.A.: JohnWiley & Sons.
- Patterson, A.(2008). *Beating Eating Disorders*. England.Jessica Kingsley Publishers.
- Patrick, J. & Stahl, S.(2009). Understanding Disordered Eating at Midlife and Late Life. *The Journal of General Psychology*, 136, 1, 5-20.
- Peat, C., Perley, N. & Muehlenkamp, J. (2008). Body Image and Eating Disorders in Older Adults. *Journal of General Psychology*, 135, 4, 343-358.

- Perone, J., Timko, A. & Crossfield, A. (2006). Are You Currently on a Diet? What Respondents Mean when They Say Yes. *Eating Disorders*, 14, 143-166.
- Perplau, L., Curtis, L., Maisel, N., Leever, J. & Ghavani, N. (2009) Body Image in Heterosexual, Gay and Lesbian Adults. *Archive of Sexual Behavior*, 38, 713 – 725.
- Peterson, C., Thuras, P., Ackard, D., Mitchell, J., Berg, K., Sandanger, N., Wonderlich, S. & Pederson, M. (2010). Personality Dimensions in Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorders and Obesity. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 1, 31 – 36.
- Petticrew, M., Rogers, M. & Booth, A. (2001). Effectiveness of Laxatives in Adults. Quality and Safety in Health Care, 10, 268-273.
- Pinel, B.J. (2001). *Biopsicología*. España: Prentice Hall.
- Polders, L., Nel, J., Kruger, P., & Wells, H. (2009). Factors affecting vulnerability to depression among gay men and lesbian women in Gauteng, South Africa. *South Africa Journal of Psychology*, 38, 4, 673 – 678.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1985). Dieting and Binging. *American Psychologist*, 40, 2, 193 -201.
- Pope, H.G., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R. & Hudson, J.I. (2000). Body Image Perception among Men in Three Countries. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297 – 1301.
- Pryor, T., Wiederman, M. & McGilley, B. (1996). Laxative Abuse among Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 2, 13-18.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen Corporal*. España: Piramide.
- Rastam, M., Gilberg, C., Van Hocken, D. & Wijbrand, H. (2005) Epidemiology of Eating Disorders and Disordered Eating. En: Brewerton, T (Ed.). *Clinical Handbook of Eating Disorders* (pp. 71- 97). U.S.A.: Taylor & Johnson.
- Ravi, S., Forseg, S., FitzPatrick, K. & Lock, J. (2009). Is There a Relationship Between Parental Self-Reported Psychopathology and Symptom Severity in Adolescents with Anorexia Nervosa? *Eating Disorders*, 17, 1, 63-71.
- Recasens, M. C. (2007). *Cómo Resolver los Conflictos que Expresa Nuestro Cuerpo*. México: Pax México.
- Reyes – Rodríguez, M., Von Holle, A., Ulman, T., Thornton, L., Klump, K. & Brandt, R. (2011). Post- traumatic Stress Disorder in Anorexia Nervosa. *Psychometric Medicine*, 73, 6, 491 – 7.

- Ridgeway, R.T. & Tilka, T.L. (2004). College men's perceptions of ideal body composition and shape. *Psychology of Men and Masculinity*, 6, 3, 209-220.
- Robinson, J., Shaver, P. & Wrightsman, L. (1991). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. U.S.A.: American Press.
- Robinson, S.h., Piran, N. & Cormier, H. (2007). Disordered Eating Behaviors and Substance Use in Women: A Comparison of Perceived Adverse Consequences. *Eating Disorders*, 15, 391-402.
- Rosemberg, M. (1965). *Society and The Adolescent Self – Image*. U.S.A.: Princeton University Press.
- Rubio, J., Anzano, S., Jiménez, S. & Regaña, A. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. España: UOC.
- Russell, C. & Keel, P. (2003). Homosexuality as a Specific Risk Factor of Eating Disorders in Men. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 3, 300 – 306.
- Safarino, E. (2002). *Health Psychology: Biological Interactions*. U.S.A.: McGraw Hill.
- Sanford, T., Boyd, , Schevellis, F. & Vanwensebeeck, I. (2006). Sexual Orientations and Physical Health Status: Findings from a Dutch Population Survey. *American Journal of Public Health*, 196, 6, 11195- 11125
- Santos, M., Richards, S. & Bleckey, K. (2007). Comorbidity between Depression and Disordered Eating. *Eating Behaviors*, 8, 4, 440-449.
- Schulher, S. (2008). *Eating Disorders for Dummies*. U.S.A.: Wiley Publishing.
- Schmidt U., Tiller, J. & Blanchard M, (1997). Is there an Specific Trauma Precipitating Onset of Eating Disorders? *Psychological Med*, 27, 3, 523 – 30.
- Segura – García, C., Ammendolia, A., Procopio, L., Papaianni, M.C., Sinopoli, F., Bianco, C., De Fazio, P. & Capranica, L. (2010). Body Uneasiness, Eating Disorders, and Muscle Dysmorphia in Individuals Who Overexercise. *Journal of Strength & Conditioning Research*, 24, 11, 3098 – 3104.
- Seifiert, S., Schaechter, J., Hershorin, E. & Lipshultz, S. (2011). Energy Drinks Pose Serious Health Risks for Young People. *Pediatrics*, 127, 511 – 518
- Siconolfi, D., Haltikis, P.N., Allomong, W.T. & Burton C.L. (2009). Body Dissatisfaction and Eating Disorders in a Sample of Gay and Bisexual Men. *International Journal of Men's Health*, 8, 3, 254 – 264.

Siever, M. (1994). Sexual Orientation and Gender as Factors in Socioculturally Acquired Vulnerability to Body Dissatisfaction and Eating Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 2, 252 – 260.

Silverman, J.A. (1990). Anorexia in Men: Early Historic cases. En: Andersen, A. *Eating Disorders in Men* (pp.3 – 9). U.S.A. :Brunnel/Mazel Publishers.

Silverstone, T. (2005). *Eating Disorders and Obesity: How Drugs can Help*. U.S.A.: IOS Press.

Slay, H., Hayaki, J., Napolitano, M. & Brownell, K. (1998). Motivations for Running and Eating Attitudes in Obligatory Versus Nonobligatory Runners. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 3, 267-275.

Smith, A., Hawkeswood, S., Bodell, L. & Joiner, T. (2011). Muscularity versus leanness: An examination of body ideals and predictors of disordered eating in heterosexual and gay college students. *Body Image*, 8,3 232 -36.

Soberón, G. & Feinholz, D. (2007). México: Comisión Nacional de Bioética.

*Something Fishy: Diuretics Side Effects*.(S/F). Documento recuperado el 4 de Mayo de 2010 de [www.something-fishy.org/](http://www.something-fishy.org/)

Spinardi-Pirozzi J. (2008). A Comparison between Heterosexual and Gay, and Bisexual College students: An examination of prevalence and contributing factors. *ProQuest information and Learning*, 69, 10- B.

Steinhausen, H.C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20<sup>th</sup> Century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1, 1284 -1293.

Striegel – Moore, R.H., Dohm, F., Kraemer, H., Taylor, B., Daniels, S., Crawford, P & Scheiber, G. (2003). Eating Disorders in White and Black Women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1326 – 1331.

Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.& Rodin, J. (1986). Toward an Understanding of Risk Factors of Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 3, 246 – 263.

Striegel – Moore, R.H., Wilson, G.T., Wilfey, D.E., Elder, K.A. & Brownell K. I. (1998). Binge eating in an Obese Community Sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23,1, 27 – 37.

Thompson, P.D., Buchner, D., Piña, I. Ballady, G., Williams, MA., Marcus, BH., Berra, K., Blair, S., Costa, F., Franklin, B. Fletcher, GF., Gordon, NF., Pate, R., Rodriguez, B., Yancey, A. & Werner, N. (2003). Exercise and Physical Activity in the Prevention of Artherosclerotic Cardiovascular Disease. *American Heart Associatio*, 107, 24, 3109-16.

Toro, J.(1996). *El Cuerpo Como Delito*. España.: Ariel.

- Toro, J.(2004). *Riesgos y Causas de la Anorexia*. España.: Ariel.
- Toro, J., Lugo, K. & Borrero, N. (2010). Cuerpo y Masculinidad. Los Desordenes Alimentarios en Hombres. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44, 2, 225-234
- Torres, A. (2008). *Internalized Homophobia, Self- Esteem, Gender Roles, Body Image and Disordered Eating in Gay and Bisexual Men*. Tesis Doctoral (n/p). Recuperado el 1 de Febrero de 2010. <http://proquest.umi.com/>.
- Trautmann, J. Worthy, L. S. & Lokken, K.(2007). Body Dissatisfaction, Bulimia Symptoms and Clothing Practices among College Women. *Journal of Psychology*,141, 5, 485-498.
- Treasure, J., Schmidt, U. & Van Furth, E.(2005). *The Essential Handbook of Eating Disorders*.England: John Wiley & Sons.
- Tylka, T.L., Bergeron, D., & Schwartz, J.P. (2005). Development and psychometric evaluation of the Male Body Attitudes Scale (MBAS). *Body Image*, 2, 2, 161-175.
- U.S.A. Government.(2008). *Be Active Yourself: Physical Activity Guidelines for Americans*.
- Van Hoeken,D., Seidell, H. & Hoek, H.W. (2005). Epidemiology. En: Treasure, J, Schmidt, U. & Van Fruth, E. (Eds.). *The Essential Handbook of Eating Disorders* (pp. 11 -35). U.S.A.: John Wiley & Sons.
- Van – Strien, T. (2002).*Dutch Eating Behaviour Questionnaire*. . England: Thames Valley Test Company.
- Vas, F., Peñas, E., Ramos, I., López-Ibor, J. & Guisado, J.(2001). Subtype Criteria for Bulimia: Short- versus Long- Term Compensatory Behaviors. *Eating Disorders*, 9, 4,301-311.
- Vohs, K., Joiner, T., Bardone, A., Abramson, L. & Heartherton, T. (1999). Perfectionism, Perceived Weight Status, and Self-Esteem Interact to Predict Bulimic Symptoms: A Model of Bulimic Symptoms Development. *Journal of Abnormal Psychology*,108,4, 695-700.
- Vrabel, K.A., Hoffman, A., Ro, O. & Bad, M. (2010). Co-occurrence of Avoidant Personality Disorder and Child Sexual Abuse Predicts Poor Outcome in Longstanding Eating Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 3, 623 -629.
- Weiss M.G. & Ramakrishna J. (2006). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychological Health Medicine*, 11, 3, 277-287

- Williamson, I. (2000). Internalized Homophobia and Health Issues Affecting Lesbians and Gay Men. *Health Education Research*, 15,1, 97 – 107.
- Wiseman, C., Peltzman, B., Halmi, K. & Sunday, S.(2004). Risk Factors for Eating Disorders: Surprising Similarities between Middle School Boys and Girls. *Eating Disorders*,12,4 ,315-320.
- Wood,M. (2004). Body Image Disturbance and Gender Oppression among Gay Men. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 17, 2 43 – 62.
- Woodside, B. & Towse, R. (2005). Diagnostic Issues in Eating Disorders: Historical Perspectives and Thoughts for the Future. En: Brewenton, T.D (Ed.). *Clinical Handbook of Eating Disorders* (pp.1 – 19). U.S.A.: Routledge.
- Woodrow, R., Colbert, B. & Smith D. (2002). *Essential of Pharmacology for Health Occupations*. U.S.A.: Delmar.
- Yager, J. & Powers, P.(2007). *Clinical Manual of Eating Disorders*. U.S.A. American Psychiatric Publications.
- Yamayima, Y., Shorrf, H. & Thompson, K.(2008). The Tripartite Influence Model of Body Image and Eating Disturbance: A Replication with Japanese Sample. *International Eating Disorders*, 48, 88-91.
- Yelland, C & Triggerman, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors*, 4, 2, 107 – 116.
- Zegers, B., Larraín, M.E. & Bustamante, F. (2007). *Sobre la Homosexualidad*. Chile: Mediterraneo.
- Zucker, K., Blanchard, R. & Siegelman, M. (2003). Birth Order among Homosexual men. *Psychological Report*,92,117-118.