



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

"DIFERENCIAS ENTRE JOVENES HOMBRES Y MUJERES EN LA PRESENCIA DE TRASTORNO ALIMENTARIO Y SUS FACTORES ASOCIADOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MATEO GONZALEZ CAROLINA

DIRECTOR: DRA. ROSALIA VAZQUEZ AREVALO
ASESORAS: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYON
LIC. XOCHITL LOPEZ AGUILAR



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO. DE MEXICO, MARZO DEL 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

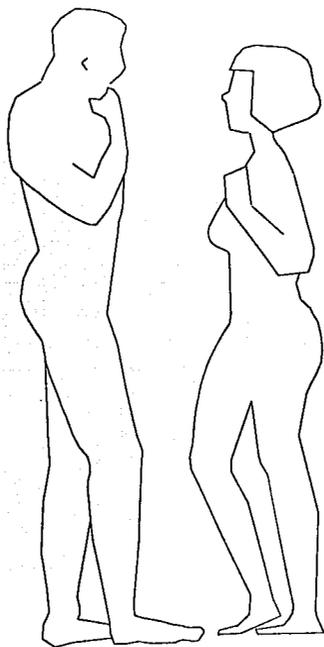
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DIFERENCIAS

¿?



DEDICATORIAS

A mi padre:

Por que aún cuando ya no estás aquí, siempre me guiaste por el camino adecuado para llegar hasta la consecución de una de las metas más importantes de mi vida.

A mi madre:

Por ser un símbolo de fortaleza y lucha. Por haberme enseñado que todo esfuerzo siempre tiene su recompensa y sobre todo por ser mi amiga.

A mis hermanos:

Maria, María Eugenia, Guillermo, Miguel Angel, José Luis, Salvador y Clara, porque con su ejemplo me han enseñado que sólo con tenacidad, constancia y disciplina se puede destacar en la vida.

Gracias por el apoyo y amistad incondicional, pero sobre todo por confiar en mí.

A mis sobrinos y abuela:
Porque al contagiarme con su alegría me han hecho recordar que la esperanza es una virtud que no se debe perder.

A Ismael:

*Por escucharme y darme fuerza en los momentos que empezaba a desistir.
Gracias por demostrarme tu cariño y comprensión.*

A mis amigos :

*Rita, Graciela, Nancy, Salvador,
Pavel, Judith, Annel, Ara, Lety,
Karina, Yolanda, Aidé, por todos
los buenos momentos que hemos
compartido y por hacerme
participe de sus secretos.*

A Rosalía:

*Gracias por compartir tu
experiencia y conocimiento y por
lograr que la semilla que sembré
en el 2000 hoy dé su fruto.*

***A Gina, Xochitl, Trini y
Karina:***

*Por estar siempre en la
mejor disposición de
ayudarme y enriquecer con
sus conocimientos este
trabajo.*

A Jorge y Norma:

*Porque me han dando los elementos
necesarios para ver la vida de un
modo más optimista.*

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES TEÓRICOS	
1. LA ALIMENTACIÓN	4
1.1 Evolución de los patrones alimentarios	4
1.1.1 Alimentación primitiva	5
1.1.2 Alimentación en la edad media	6
1.1.3 Alimentación en las sociedades modernas	7
1.2 Requerimientos alimentarios en el ser humano	8
1.2.1 Edad y sexo	10
1.2.2 Actividad física	12
1.3 Aspectos biológicos, psicológicos y sociales implicados en la alimentación	13
1.3.1 Aspectos biológicos	14
1.3.2 Aspectos psicológicos	15
1.3.3 Aspectos sociales	16
2. ANOREXIA NERVIOSA	18
2.1 Trastornos Alimentarios	18
2.2 Historia de la Anorexia Nerviosa	20
2.3 Etiopatogenia de la Anorexia Nerviosa	24
2.3.1 Modelo Conceptual de Williamson	25
2.3.2 Modelo Conceptual Multideterminado	28
2.4 Comorbilidad y Anorexia Nerviosa	38
2.4.1 Anorexia Nerviosa y trastornos de ansiedad	38
2.4.2 Anorexia Nerviosa y depresión	39
2.5 Consecuencias de la Anorexia Nerviosa	41
3. BULIMIA NERVIOSA	45
3.1 Historia de la Bulimia Nerviosa	45
3.2 Modelos explicativos de la Bulimia Nerviosa	50

3.2.1 Modelo conceptual de Williamson	50
3.3 Etiopatogenia de la Bulimia Nerviosa	52
3.4 Comorbilidad y Bulimia Nerviosa	56
3.4.1 Bulimia Nerviosa y depresión	57
3.5 Consecuencias de la Bulimia Nerviosa	59
4. VARONES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS	60
4.1 Historia de los trastornos alimentarios en varones	60
4.2 Epidemiología	61
4.3 Diagnóstico de trastornos alimentarios en varones	61
4.4 Factores de riesgo en varones	62
4.5 Vigorexia: la forma del culto al cuerpo masculino	66
4.6 ¿Por qué realizar estudios con población varonil mexicana?	68
OBJETIVOS	76
MÉTODO	77
Sujetos	77
Instrumentos	78
Procedimiento	80
MÉTODOS ESTADÍSTICOS	82
RESULTADOS	87
DISCUSIÓN	108
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	124
CONCLUSIONES	126
REFERENCIAS	130
ANEXOS	143

RESÚMEN

Los trastornos alimentarios actualmente aparecen con mayor frecuencia en la población, sin embargo, durante muchos años estos trastornos han sido estudiados exclusivamente en población femenina, lo cual ha llevado a descuidar lo que ocurre en los varones, e incluso, se ha considerado que los factores de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres son los mismos en los varones. Considerando lo anterior, el objetivo del presente estudio fue en primer lugar detectar trastorno alimentario en hombres y mujeres jóvenes, así como determinar los factores de riesgo específicos para cada género. Para ello, se trabajó con una muestra no probabilística de 585 jóvenes, de los cuales 237 eran varones y 288 mujeres, con un promedio de edad de 15.52 años, los cuales tomaban clases en escuelas públicas y privadas de la Zona Metropolitana de la Cd. de México. Cada uno de los participantes, contestó: Una hoja de datos generales, Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de Bulimia (BULIT), Cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ), Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). Además, a todos los participantes les fueron tomadas medidas antropométricas. Cabe mencionar que las personas que superaban el punto de corte de los instrumentos EAT y/o BULIT, también fueron entrevistados por medio de la Entrevista Diagnóstica de Trastorno Alimentario (IDED). Los datos obtenidos fueron analizados por medio de estadística descriptiva e inferencial, aplicando: análisis de correlación r de Pearson, análisis de varianza (ANOVA) y un análisis de regresión múltiple, todos calculados en el programa estadístico SPSS. Se diagnosticaron 29 casos con trastorno alimentario, de los cuales 26 fueron mujeres y 3 varones, siendo el Trastorno Alimentario No Específico (TANE), el más frecuente. Los resultados también mostraron que entre hombres y mujeres existen importantes diferencias a considerarse en el estudio de los trastornos alimentarios, ya que en la mujer el factor de riesgo que predijó tanto sintomatología como trastorno alimentario fue la Insatisfacción Corporal, mientras que en los varones, el que mejor predijó la sintomatología de trastorno alimentario fue la Inefectividad. Estos datos sugieren que en la mujer los trastornos alimentarios parecen asociarse más con la estética corporal; no así en los varones, en quienes la manifestación de síntomas de trastorno alimentario parece asociarse principalmente con problemas de tipo emocional. Este estudio constituye uno de los primeros pasos en México para la detección de trastornos alimentarios en el varón, así como de los factores de riesgo que deben de considerarse para uno y otro sexo.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento alimentario es uno de los más importantes en el individuo, sin embargo, en la actualidad, el acelerado ritmo de vida y las presiones sociales han hecho que esta actividad se vea seriamente modificada.

Hoy en día el comer ha pasado de ser una necesidad básica para convertirse en una actividad no indispensable. Así, alimentarse ya no constituye la forma de mantener el equilibrio biológico, deseable para que todo individuo funcione adecuadamente, sino que ahora es el sinónimo de dietas, restricción de alimentos, etc., todo con el fin de mantener una figura corporal como la promovida en los medios masivos de comunicación, donde no importa si se pone en riesgo el bienestar biológico o psicológico del individuo, si con ello se garantiza la consecución del cuerpo anhelado.

En muchos casos, esta preocupación exagerada por los alimentos y apearse a determinado estereotipo corporal provoca que algunos individuos desarrollen trastornos en su conducta alimentaria, los cuales son cada vez más frecuentes.

Los trastornos como la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastornos Alimentarios No Específico, Sobreingesta, entre otros, son considerados como una alteración psicopatológica en la conducta humana, donde además de la negativa a la ingestión de alimentos, se asocian aspectos como miedo, inseguridad, baja autoestima, depresión, incapacidad para relacionarse con otros, así como problemas familiares, siendo el alimento el que se restringe o ingiere compulsivamente para demostrar que al menos en este aspecto se tiene autonomía.

En México este tipo de padecimiento aumenta su prevalencia. Cabe mencionar que aún cuando se han identificado como trastornos principalmente asociados al sexo femenino, en la actualidad también se diagnostican casos en los varones. De ahí, que sea importante realizar trabajos que consideren a esta población, ya que en nuestro país a pesar de que existen algunos estudios, no se ha llevado a cabo detección de este tipo de padecimientos, razón por la que no se sabe que porcentaje de varones manifiestan un trastorno asociado al comportamiento alimentario. Asimismo, actualmente en algunos países se investiga un nuevo trastorno "*la Vigorexia*", el cual afecta principalmente a

los varones y al igual que en la Anorexia Nerviosa o la Bulimia Nerviosa, presenta características semejantes a estos síndromes, como por ejemplo, la presencia de insatisfacción con la forma corporal, la cual se acompaña de una gran angustia y obsesión por modificarla.

Por tanto y considerando lo expuesto anteriormente, es necesario realizar estudios que traten de identificar entre otras cosas si los varones son afectados por los mismos factores que los establecidos en las mujeres, o bien, si existen factores de riesgo específicos para ellos. Asimismo, es deseable evaluar el tipo de imagen corporal que desean.

A partir de estas consideraciones, el objetivo del presente es llevar a cabo detección de trastorno alimentario en varones, así como establecer los factores de riesgo específicos para cada sexo, dejando para futuros estudios la evaluación de la forma corporal, entre otros aspectos.

Con este propósito, dentro del presente estudio se expone en primer lugar un panorama sobre la importancia que tiene la alimentación en el individuo. Posteriormente, se describen los dos trastornos alimentarios más comunes en la población, es decir, la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, los cuales son definidos, además de contemplar algunos de los modelos conceptuales que los explican y describir las consecuencias que pueden originar en el individuo.

Finalmente, se desarrolla un capítulo donde se expone lo que ocurre con el género masculino. En primer término, se proporciona una breve reseña histórica, posteriormente se da cuenta de la epidemiología, el diagnóstico así como los problemas que existen con éste. Además, se incluyen los factores de riesgo que pueden originar la presencia de trastorno alimentario en el varón. Finalmente se consideran los diversos estudios realizados con población mexicana, señalando la escasa atención concedida al género masculino, por lo que, se pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios con dicha población que ya no se encuentra exenta al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, como durante muchos años se creyó.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. LA ALIMENTACIÓN

1.1. Evolución de los patrones alimentarios

Todo individuo requiere de la ingestión de nutrientes para mantenerse vivo y desarrollarse adecuadamente, tanto física como mentalmente. Gracias a ello, será capaz de explotar todas las potencialidades que como especie posee.

La nutrición es más que la simple ingestión de alimentos, es el proceso involuntario e inconsciente, pero bien coordinado y armonioso que se ejecuta de modo óptimo en el organismo, permitiendo el aprovechamiento de todos los nutrientes contenidos en los alimentos (Esquivel, Martínez y Martínez, 1998). Por tanto, la nutrición se caracteriza principalmente por la intervención del proceso fisiológico.

El hombre además de nutrirse, también se alimenta, es decir, ingiere de modo voluntario y consciente distintos alimentos que considera pueden aportar los requerimientos adecuados para su funcionamiento, por tal motivo, nutrición y alimentación no son sinónimos y la principal diferencia entre una y otra radica en que, la alimentación no sólo implica factores biológicos sino también factores psicológicos, sociales, culturales, económicos, tecnológicos, los cuales tienen un papel determinante en la selección de los alimentos consumidos (Esquivel et. al., 1998).

El comportamiento alimentario es un campo de interés actual, ya que en las sociedades modernas se registran con mayor frecuencia en los individuos conductas anormales que involucran sus estilos y patrones alimentarios, donde influyen numerosos factores y la psicología —empleando algunas de sus herramientas— puede dar cuenta del fenómeno a nivel emocional y mental.

La alimentación; durante la evolución humana, ha tenido múltiples variaciones que se deben básicamente a la influencia de los factores antes mencionados. De este

modo, no siempre se ha llevado el mismo patrón alimentario, éste ha tenido que cambiar según el tiempo, espacio o disponibilidad alimentaria (región geográfica, clima, estación, etc).

1.1.1. Alimentación primitiva

Las primeras organizaciones sociales dependían exclusivamente de la caza, la pesca y la recolección de productos vegetales silvestres, los cuales en innumerables momentos ocasionaron enfermedad y muerte, debido a su toxicidad, sin embargo, con el paso del tiempo, aprendieron a seleccionar los alimentos que satisfacían su necesidad y no ponían en peligro su salud (Lowenberg, Neige, Wilson, Feeney y Savage, 1980).

Con el paso de los años, el hombre empezó a poner en práctica más habilidades que anteriormente le parecían extrañas (empleo del fuego y creación de utensilios para la producción e ingestión de sus alimentos, etc.), logrando de modo gradual domesticar y criar animales, con lo que llegó a entender que era capaz de producir sus propios alimentos.

Posteriormente, se presentó un hecho que revolucionó su estilo de vida y por ende, su patrón alimentario: *el descubrimiento de la agricultura*, convirtiéndose en un hombre sedentario, contando con una mayor variedad de alimentos en su ingestión diaria, lo que favorecía una dieta menos centrada en el consumo de los productos animales. Sin embargo, Morejón (2000) menciona que en las culturas primitivas la agricultura a pesar de tener gran auge no podía desplazar al gusto y culto concedido a la carne animal, llegando a considerarlo un alimento sagrado, al cual antes de ser consumido se le rendía un ritual, creyendo que bendeciría la unión de las familias reunidas en torno a esta acción. Además, en gran parte de las antiguas culturas europeas y occidentales, durante los actos ceremoniales, los guerreros y sacerdotes distribuían grandes cantidades de carne para recompensar su lealtad y como señal de riqueza y poderío.

1.1.2 Alimentación en la edad media

Durante la Edad Media los métodos de producción se perfeccionaron muy poco y la alimentación evolucionó muy lentamente, incluso hubo un retroceso hacia las prácticas primitivas, tales como la cosecha de plantas selváticas, sobre todo en los periodos de escasez, que eran demasiado frecuentes. La caza proporcionó recursos alimentarios limitados y la cría de ganado —poco perfeccionada— en ocasiones resultó insuficiente. Durante estos siglos, las clases pobres se nutrieron principalmente de cereales, legumbres y frutos diversos en cantidades miserables. En contraste, las clases sociales privilegiadas incluyeron una amplia variedad en su dieta, llegando a degustar platillos extravagantes, los cuales en múltiples ocasiones eran consumidos de un modo exagerado (Lalane, 1989).

El lapso comprendido entre la Edad Media y el siglo XIX, al tener poco avance tecnológico, provocó que los patrones alimentarios no se modificaran en demasía. Fue hasta la llegada de la Revolución Industrial en el año de 1750 cuando se propició un impulso en la ciencia y la tecnología, que invariablemente llegó a incidir en el aspecto social, económico y cultural del individuo. La concentración de grandes masas de población en las ciudades generó la necesidad de producir mayor cantidad de alimentos. La distribución de la producción a los centros de consumo requirió el desarrollo de procesos industriales para evitar el deterioro de los alimentos. A través de la industrialización se logró procesar, almacenar y distribuir en toda la población un gran número de alimentos que antes sólo se encontraba en cierta región geográfica. El nuevo estilo de vida que se desarrolló en las grandes ciudades empezó a limitar el tiempo para la adecuada selección y preparación. Por tanto, el ser humano dejó de preocuparse por el suministro y producción de su alimento y empezó a poner más atención en lo que a su paladar agradaba y podía adquirir, sin tener que esperar a cosecharlo o dirigirse al lugar donde existía. Todos esos progresos tecnológicos permitieron que desde entonces en todas las épocas del año se cuente con una alimentación más variada que en tiempos pasados, asimismo, el progreso alimentario también se refleja en mayores tasas de

crecimiento infantil, menor índice de población desnutrida y una mayor longevidad (Vega, 1992).

1.1.3. Alimentación en las sociedades modernas

La confrontación entre el desarrollo tecnológico y la estructura social, con todo lo que implica (costumbres, valores, normas), ha modificado el comportamiento humano, los resultados no siempre han cristalizado en un éxito que repercute en las mejoras a la salud. Poco a poco el individuo ha revolucionado su estilo de vida y el estado alimentario no ha sido la excepción.

Actualmente, la mayoría de los alimentos consumidos a diario han sido sometidos a largos procesos industriales con el fin de preservarlos, retener sus nutrientes y mejorar la calidad, por ende, esta tecnología alimentaria ha transformado de modo significativo el patrón y costumbres de la ingestión alimentaria (Gibney, 1990).

En las grandes ciudades, debido al acelerado ritmo de vida, se adopta con mayor frecuencia la *dieta industrializada*, que incluye productos congelados, enlatados y procesados, haciendo a un lado la selección y preparación de alimentos frescos. De ahí que el fabricante moderno tenga la preocupación de mejorar la calidad comercial de sus productos para aumentar su demanda, por tal motivo emplea los procedimientos más diversos para perfumar, purificar y darles color vistoso, logrando que el aspecto y sabor sean más atractivos para el consumidor, sin embargo, el valor nutritivo del alimento pasa a un segundo plano (Lalane, 1989).

Todos estos cambios en los estilos alimentarios han propiciado un descuido en la calidad dietética del individuo, repercutiendo en el aumento de enfermedades crónicas degenerativas que incluyen enfermedades coronarias, trastornos gastrointestinales, diabetes mellitus, cáncer, etc. Las causas de estas enfermedades son diversas, sin embargo, los factores dietéticos tienen gran responsabilidad, de ahí que sea necesario conocerlas para que las estrategias de prevención e intervención realmente ataquen estas problemáticas (Sánchez, 1991).

1.2. Requerimientos alimentarios en el ser humano

El organismo humano ejecuta numerosas funciones, todas ellas de modo coordinado y exacto. Para mantener estas condiciones requiere del suministro de alimentos, los cuales aportarán los nutrientes que se encargaran de suministrar los sustratos necesarios para dar vitalidad al individuo. Cabe mencionar que la aceptación de un alimento en buena parte depende de sus propiedades organolépticas, tales como: el color, textura o aroma, las cuales determinarán si se consume o se rechaza (Esquivel et. al. 1998).

Conocer y probar distintos alimentos puede ofrecer a nuestra alimentación una gran variedad y deleite. Pérez (1995) considera que la alimentación ideal debe contemplar una ingestión de alimentos equilibrada y no excesiva, de ahí que el patrón alimentario deba ser racional y balanceado, es decir, considerar la inclusión de todos los grupos de alimentos necesarios para alcanzar un óptimo estado nutricional, pese a no ser todos ellos de nuestro total agrado.

Casanueva (1991) menciona que las necesidades energéticas en la dieta humana, de acuerdo a lo establecido por el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, deben provenir de las siguientes fuentes:

- ❖ Hidratos de Carbono, que deben aportar del 60 al 65% del valor energético total.
- ❖ Lípidos, los que sólo deben proporcionar del 20 al 25% .
- ❖ Proteínas, que contribuirán de un 10 a 15%
- ❖ La ingestión de frutas y verduras, las cuales deben suministrar una considerable cantidad de nutrientes, a través de los cuales se puedan extraer los minerales y vitaminas imprescindibles para el adecuado funcionamiento del organismo humano.

Fessler (1999) propone el empleo de una guía piramidal de alimentos (fig. 1), para ilustrar los conceptos de variedad, moderación e inclusión de los diversos alimentos, así como la proporción que de ellos deben consumirse en la dieta humana.

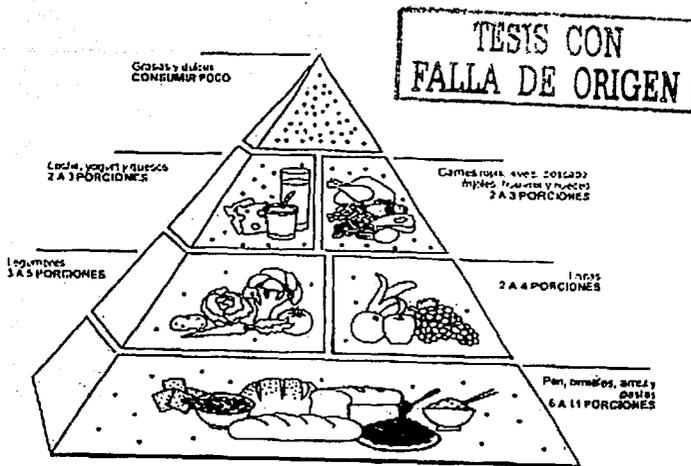


Fig. 1 Guía piramidal de alimentos

La guía piramidal está dividida en seis rubros, cinco de éstos contienen grupos que constituyen la fuente principal de ciertos nutrientes específicos. Los grupos que se encuentran en la base de la pirámide deben consumirse en mayores cantidades y los que se encuentran en la cúspide en cantidades progresivamente menores. Así, vemos que:

- a) El pan, cereales, arroz y pastas forman la base de la pirámide, estos comestibles son fuente importante de carbohidratos complejos, vitamina B, minerales y fibra.
- b) Frutas y verduras, que proporcionan carbohidratos, fibra, vitaminas, minerales y sustancias fitoquímicas.
- c) Leche, yoghurt y queso son fuentes ricas en proteínas y calcio.
- d) Carnes rojas, aves, pescado, frijoles, huevo y nueces, son las principales fuentes de proteína, hierro, vitamina C y zinc.
- e) Grasas, aceites, azúcares y dulces, que se ubican en la cúspide de la pirámide, ya que pese a su variedad y sabor, no son fuentes importantes de nutrientes pero si de calorías, por tanto, es recomendable limitar al máximo su consumo.

Con lo expuesto anteriormente, podemos destacar que el balance en cualquier dieta humana se alcanza cuando existe la contribución proporcional de los distintos nutrimentos, sin embargo, sus proporciones en cada dieta serán variables, ya que existen ciertos factores que lo van determinando, entre estos encontramos la edad, sexo y actividad física.

1.2.1. Edad y sexo

La alimentación del hombre cambia paulatinamente, dependiendo la etapa de desarrollo por la que atraviese y los requerimientos propios de cada sexo. De acuerdo a lo anterior, Martínez, Esquivel y Martínez (1992) proponen que para un mejor entendimiento de los patrones alimentarios según la etapa de crecimiento es deseable considerar al individuo dentro de cuatro grupos que son: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Infancia

Para Vega (1992), el proceso alimentario en esta etapa de la vida es uno de las más importantes, ya que los bebés van aprendiendo gradualmente a comer de la variedad alimentaria, ello obedece a las tasas de crecimiento y maduración fisiológica que el organismo va requiriendo. De este modo, en la primera etapa de desarrollo humano, el alimento más importante es la leche materna, la cual logra que el bebé pueda establecer con su progenitora una comunicación afectiva que le permita desarrollar sentimientos de seguridad y protección.

Por su parte, Plazas (1995) menciona que es a partir de los seis meses cuando los niños son capaces de mostrar su habilidad para regular su ingestión alimentaria por sí solos, aceptando o rechazando los alimentos presentados a sus ojos. Desde este momento y por el resto de su vida, el niño empieza a probar la variedad de alimentos que son consumidos en la cultura donde se desarrolla. Por tanto, ésta es una etapa básica en el desarrollo de los hábitos y costumbres alimentarias que preservarán durante toda la vida.

A partir del tercer año de vida, los niños tienen un crecimiento más lento, y entran a la fase del desarrollo humano conocida como etapa escolar, la cual se mantiene hasta la adolescencia. Sus requerimientos no difieren enormemente de las necesidades del adulto.

Adolescencia

A partir de la adolescencia y durante el resto del crecimiento, el sexo impondrá diferencias en los requerimientos nutricionales y estilos alimentarios tanto de hombres como mujeres. Dado que en la adolescencia el ritmo de crecimiento se produce a edades diferentes en las mujeres (11 a 14 años) y hombres (12 a 18 años), la alimentación es distinta. Así, la dieta del *hombre* contiene mucha proteína, carbohidratos, grasas, vitamina A y riboflavina, sin embargo, tiene un consumo limitado en hierro y calcio, los cuales son imprescindibles en el sexo femenino. Con su rápido crecimiento, se desarrolla un aumento en el apetito, que los lleva a comer grandes cantidades de alimento que al no ser acompañadas de cierta actividad física, en algunos casos llega a generar problemas de sobrepeso u obesidad, sin embargo, ambos estados corporales no son mal vistos social y estéticamente, ya que en nuestro medio se asocia contantemente a la figura corporal masculina con fuerza, vigor, y para lograrlo nada mejor que tener una alimentación más abundante que la aceptada para las mujeres (Anderson, Dibble, Turkki, Mitchell y Rynbergen, 1985).

El caso de las *mujeres* merece una atención especial, ya que a pesar de necesitar una alimentación adecuada, las estadísticas de los últimos años indican que es el grupo peor alimentado de toda la población (Anderson et. al. 1985). Una de las razones de que las estadísticas consideren este dato se debe a que en la adolescencia el cuerpo de la mujer cambia fisiológicamente, implicando un aumento de grasa corporal necesario para la reproducción; sin embargo, esto no es tomado en cuenta, y en las chicas la preocupación por adelgazar y no poseer un cuerpo con grandes depósitos de grasa las lleva a restringir su alimentación, sin preocuparse que estén eliminando nutrientes esenciales, que ocasionará deficiencias nutricionales importantes, repercutiendo severamente en su vida adulta y capacidad reproductiva, en algunos casos a esta edad

empiezan a generarse los trastornos alimentarios como son la anorexia y bulimia, que si no son identificados tempranamente causan severos daños en el organismo, provocando en algunos casos hasta la muerte (Van Way, 1999).

Adultos

Lalane (1989) menciona que en el adulto disminuye la actividad física y se detiene el crecimiento, comenzando en algunos casos una tendencia hacia el sobrepeso y obesidad, por lo que no debe descuidar su alimentación e ingerir más alimentos de los que su cuerpo requiere, siendo importante no sobrepasar la ingestión calórica en función del tipo de actividad. En el caso de las mujeres, este periodo manifiesta dos situaciones especiales, *el embarazo y la lactancia*, donde es necesario que se aumenten las demandas calóricas y de nutrientes, para cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales del feto y del lactante, respectivamente.

Adultos mayores

Para Cervera, Clappes y Rigolfas (1994) durante esta etapa y tras el paso de los años, el cuerpo envejece, lo que significa que el cuerpo ya no es apto para realizar todas las actividades que en otras etapas del desarrollo se practicaban de modo indiscriminado. Además de lo anterior, el envejecimiento afecta de forma muy importante e incluso severa a los procesos de la digestión, absorción, utilización y excreción de nutrientes, lo que propicia el seguimiento de estrategias dietéticas apegadas a ciertas normas médicas. Pese a estas recomendaciones que podrían mantener en buen estado físico su organismo, las personas que pasan por esta edad, generalmente descuidan su régimen alimentario debido principalmente a la poca motivación que el acto de comer les significa en sus vidas.

1.2.2. Actividad física

Este factor es otro de los que implica mayor variación a las necesidades de energía de las personas. En el Manual de la Enfermera Médico Quirúrgica (1997), se menciona

que la actividad física puede ser valorada a través de dos aspectos, la actividad física laboral y deportiva; así un individuo con un trabajo sedentario requiere menor aporte energético que otro de similares características que desarrolle un trabajo físicamente intenso.

Ahora bien, si el individuo hace algún deporte, tendrá que modificar de forma notable sus necesidades energéticas, por ello la alimentación debe adecuarse al desgaste que, según el deporte practicado, le demande, cubriendo sus requerimientos básicos. No tomar en cuenta lo anterior y gastar más energía de la que se repone, implica exponer al cuerpo a un déficit alimentario que puede llegar a ocasionarle severos trastornos fisiológicos, en algunos casos irreversibles.

A simple percepción la alimentación equilibrada no es compleja, implica sólo un cambio hacia un estilo de vida más saludable y con menos riesgos a la salud, sin embargo, es en este aspecto donde surgen resistencias, debido a los hábitos y costumbres alimentarias de cada grupo étnico.

Merien (1998) menciona que cada grupo étnico tiene bien establecido su sistema alimentario, por tanto, el comer de modo distinto a los demás (a pesar de elegir una dieta más sana) aísla de los miembros, creando severos conflictos internos, por lo que cualquier adopción alimentaria diferente hace extraña a la persona que los practica, evento que puede ser determinante para fracasar en el intento por adoptar una dieta más balanceada.

Es importante destacar que el estudio de la alimentación no puede restringirse al factor biológico, sino que debe contemplar a detalle los factores psicológicos, sociales, económicos, geográficos, culturales o morales (creencias, valores y mitos). Sólo de este modo se puede entender cómo y por qué el individuo se inclina por un cierto régimen y no por el que pudiera serle más beneficioso a su salud.

1.3. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales implicados en la alimentación

El alimento tiene implicados una serie de significados específicos para el individuo. En primer lugar, es una actividad instintiva que satisface un requerimiento

fisiológico. En segundo lugar, es un medio a través del cual se logra establecer contacto con los otros, sin embargo también se requiere considerar como aspectos importantes al lugar geográfico, las costumbres, el nivel socioeconómico, etc. En tercero, el carácter psicológico que adquiera el acto de comer, el cual es condicionado por las situaciones que en torno a la mesa se presenten, llegando a provocar que la persona sienta satisfacción o rechazo hacia este evento, lo cual se preservará durante toda la vida (Alvarado y Moreno, 2000).

De ahí que, los alimentos lleven implícitos por lo menos tres aspectos fundamentales, cada uno bien delimitado e inherente en cualquier organismo humano, ellos son: el biológico, el psicológico y el social.

1.3.1. Aspectos biológicos

Para Lowenberg et. al. (1980) desde que nacemos ya identificamos la sensación de hambre, a través de la cual sabemos que necesitamos alimentarnos, asimismo también podemos saber cuando nos sentimos satisfechos, ello se debe a que nuestra conducta alimentaria es una actividad motriz, la cual es coordinada por el sistema nervioso central que manda las primeras señales de sensación de hambre, conocidas como apetito, así el hombre ingiere alimento, después de cierto tiempo suprime esta actividad, gracias a la inhibición de la primera señal recibida, posteriormente una segunda señal conocida como saciedad le indica al cuerpo que debe detener la ingestión. Lo anterior da muestra que la alimentación es controlada por el cerebro a través de las vías llamadas "centros de apetito y saciedad", estos centros se localizan en el hipotálamo, que forma parte de la compleja región cerebral en los seres humanos.

Icaza y Behar (1992) mencionan que otro aspecto importante a considerar dentro de los factores biológicos lo constituyen los niveles de requerimientos nutricionales, que se establecen en función a la edad, sexo y actividad física (anteriormente descritos); como ejemplo, se sabe que las mujeres embarazadas, las madres que amamantan y los deportistas necesitan comer en mayor cantidad alimentos ricos en proteínas y minerales que aquellas personas de edad madura que llevan un estilo de vida sedentario.

Por su parte, Sánchez (2000) menciona que otro de los factores involucrados en la alimentación y en los requerimientos alimentarios de cada individuo es el *metabolismo*, proceso mediante el cual se libera la energía del alimento ingerido, usando ésta para funcionar, construir y reponer los tejidos. Asimismo, considera como un factor importante al *metabolismo basal*, que es la cantidad de energía requerida por el cuerpo cuando está en reposo y que le permite llevar a cabo las funciones más básicas de cualquier ser humano, es decir, respirar, hacer circular la sangre, mantener la temperatura corporal, etc., sin embargo, el metabolismo basal cambiará según la edad, talla, género, actividad física y tipo corporal.

1.3.2. Aspectos psicológicos

El acto de comer adquiere importancia psicológica al tomar en cuenta que forma parte de una respuesta condicionada por aspectos como el social, económico, cultural, entre otros, que la hacen más compleja. De este modo la comida se asocia con múltiples sentimientos, sensaciones y emociones diferentes a la simple sensación de hambre.

El niño aprende desde etapas tempranas que el alimento puede ser un medio para la consecución de sus deseos, por tanto, al rechazarlo puede conseguir la atención de todos los miembros de la familia, quienes con tal de ver que se alimenta y no deja nada en su plato, se someten a sus peticiones y terminan cumpliendo sus caprichos. De igual modo, el alimento puede ser el medio que empleen los chicos para expresar su independencia y demostrar que son personas autónomas, capaces de rechazar aquello que no les satisface o agrada (Plazas, 1995).

Alvarado y Moreno (2000) consideran que no sólo los niños utilizan la comida como medio de chantaje, éste también es empleado por los padres, quienes lo emplean según sus objetivos, es decir, enseñan al pequeño que cuando se realizan conductas calificadas como "buenas" debe ser premiado regularmente con dulces o alimentos de su agrado; por el contrario, al ejecutar conductas "no deseables o malas", debe ser sancionado no dándole el alimento que más prefiere e incluso privándole de cualquiera.

1.3.3. Aspectos sociales

La cultura es un sistema de categorías, reglas, valores, procesos e ideales que cada país —a través de su gobierno— va estructurando para dar origen a la organización social, es por tanto un factor poderoso y determinante en muchos de los comportamientos del ser humano, siendo el generador indispensable de las relaciones sociales de las que el individuo forma parte (Martínez, Medina y Quiroz, 1997).

Muchos eventos sociales como son bodas, bautizos, graduaciones, salidas con amigos, declaraciones amorosas, aniversarios, etc., involucran la comida, de ahí que el comportamiento alimentario adquiera una forma de intercambio entre el individuo y su entorno, que será capaz de generar sentimientos tan vitales en el humano como son la aceptación, integración, afecto, amor, seguridad, pertenencia y protección (Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998).

El hombre adquiere a través de la cultura y la familia el patrón alimentario característico de la región donde habita, por lo tanto, las costumbres y los hábitos con relación a su alimentación serán diversos, por lo que cada familia transmitirá sus costumbres y estilos alimentarios, siendo éstos tantos como familias existan en la sociedad. A estas costumbres, que adquirimos en el interior del seno familiar, generalmente se les llama hábitos alimentarios. Para Krause y Hunsher (1990), un hábito alimentario es aquella respuesta del individuo o grupo social generada por las diversas costumbres culturales del grupo del que se forma parte, lo que se refleja en la selección, consumo y aprovechamiento de algunos elementos y no de otros.

Es importante mencionar que en los hábitos y costumbres alimentarias también influyen otros factores, Garine (1995) considera los siguientes:

- a) **Disponibilidad alimentaria:** Este aspecto depende directamente de la demanda local, ya que los alimentos no siempre pueden ser comprados y consumidos en todas las regiones del país, lo cual es producto de la influencia de aspectos climáticos, tecnológicos, de transporte y distribución.
- b) **Creencias y prejuicios ante la enfermedad:** El individuo es un ser que asimila rápidamente las distintas asociaciones que se presentan en su medio ambiente y por

las que sufre alguna consecuencia (sea positiva o negativa), así a partir de su propia experiencia descubre que ciertos alimentos causan algún efecto desagradable a su cuerpo o salud, mientras que el consumo de otros le garantiza una fuente importante de placer al ingerirlos. Los mitos y tabúes son en gran parte responsables del comportamiento alimentario restrictivo del ser humano ya que éstos generan ciertas creencias (en su mayoría falsas) con respecto a las propiedades y valor concedido a ciertos alimentos.

- c) **Factores económicos:** Tanto el ingreso personal como el familiar tienen repercusiones sobre la selección y consumo de alimentos, en general, se cree que una persona con un poder adquisitivo elevado tendrá mejores oportunidades para cuidar y equilibrar su dieta, sin embargo esto no siempre ocurre, y el poder adquisitivo no garantiza el seguimiento de la mejor dieta. Contrariamente, las clases bajas aunque deseen adquirir mejores productos alimentarios tienen que conformarse con lo poco que puedan consumir y no siempre logran incluir en su dieta todos los grupos de nutrientes requeridos para su adecuado funcionamiento.
- d) **Medios de comunicación:** Especialmente la publicidad es uno de los medios más efectivos para incidir en las preferencias alimentarias de la gente, ya que generalmente hace uso de todo el despliegue tecnológico y mercantilista para persuadir al público por la compra y preferencia de cierto producto sobre otro, aunque este no siempre sea el más adecuado.

Actualmente existe una problemática cada vez mayor en la ingestión alimentaria, la cual es el consumo elevado de productos con un pobre valor nutricional, que además están altamente procesados e industrializados, los cuales a largo plazo tendrán consecuencias irreversibles en el organismo. Algo de lo grave que caracteriza este problema, radica en que la influencia publicitaria que incita al consumo desmedido de alimentos "chatarra" tiene una mejor asimilación en las poblaciones de niños y adolescentes, que son el sector de la población que más requiere del seguimiento de una dieta adecuada para el desarrollo óptimo de todas sus capacidades.

Indiscutiblemente, alimentarse es un proceso complejo pero sumamente importante para la supervivencia del individuo, sin embargo, la vida activa, agitada y

estresante de las sociedades modernas ha hecho que el hombre descuide esta actividad básica, de ahí que los patrones y estilos alimentarios domésticos han sido seriamente modificados.

De este modo, encontramos que actualmente los individuos son seducidos por los alimentos procesados e industrializados, que le implican ahorro de tiempo, no importando si nutren y cumplen con los requerimientos necesarios para el organismo, puesto que, lo importante es que posean una presentación atractiva, pero sobre todo que puedan ser consumidos rápidamente y sin hacer uso de las tareas culinarias cotidianas.

Aunado a lo anterior, al comer "normal" en nuestra cultura se le asocia en mayor frecuencia con comer lo suficiente e incluso menos de lo sugerido por los especialistas, lo anterior obedece en gran parte al ideal de conseguir una talla corporal aceptable y con ello apearse a los estereotipos de belleza exigidos (Vázquez, 1997). Ello ha implicado que la elección de un régimen alimentario se esté convertido en un problema, donde los individuos se obsesionan cada vez más con lo que comen, provocando que los placeres de la mesa sean vividos con culpa y den lugar al desarrollo de patologías relacionadas con la alimentación, tales como: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, que aparecen ya como epidemias de estos tiempos.

2. ANOREXIA NERVIOSA

2.1. Trastornos alimentarios

La imagen del cuerpo tiene importantes componentes culturales, razón por la que en cada cultura y época existirán ideas diferentes sobre la belleza corporal tanto masculina como femenina.

Del siglo XV al XVIII, el cuerpo femenino era aceptado por su redondez y corpulencia, muestra de ello son los cuadros de pintores como Rubens, quien plasmaba formas regordetas que representaban por un lado poder y opulencia pero también la función reproductora, maternal, erótica y elegante de la mujer; de este modo, no existía atractivo físico sin redondez (Rausch, 1996).

Con el paso de los años, los avances científicos y tecnológicos, acompañados de la masificación de los medios de comunicación, provocaron cambios en las actitudes, valores y estilos de vida, de ahí que, los relacionados con la estética corporal no fueran la excepción.

Para fines del siglo XIX e inicios del XX, la valoración del cuerpo pasó de la redondez a la profanación de un cuerpo rectilíneo, ello motivó que el patrón estético corporal (principalmente el de la mujer), empezará a volcarse hacia la búsqueda constante por alcanzar la delgadez.

En nuestra época esta búsqueda implica una modificación constante de la apariencia corporal si no se ajusta a lo establecido socialmente, existiendo por tanto, la dramática manipulación del cuerpo, que emplea numerosos procedimientos para alcanzar la estética deseada.

Es con base a la obsesión por las formas corporales delgadas como los sacrificios y modificaciones están presentes. Desde entonces y hasta la fecha, ha sido habitual la implantación de *dietas restrictivas*, que en apariencia implican la ingestión de alimentos suficientes, sin embargo, en realidad dicho consumo es inferior a lo requerido, lo cual no importa si se logra conseguir una talla corporal aceptable, que se apegue a los estereotipos de belleza exigidos, en el caso de la mujer más delgada, dinámica y eficaz, en el caso del hombre más corpulento, audaz y vigoroso (Raich y Vázquez, 1998).

El incesante esfuerzo de la mujer y a últimas fechas también del hombre, por conseguir una figura corporal que le proporcione seguridad, está provocando un alto grado de ansiedad y frustración cuando por razones hereditarias o fisiológicas no se alcanza la figura anhelada, originando una constante insatisfacción corporal, que contribuye a la manifestación y desarrollo de los patrones anómalos de conducta alimentaria, los cuales al volverse obsesivos llegan a propiciar *trastornos alimentarios*, tales como la *anorexia nerviosa* y *bulimia nerviosa*.

Los trastornos de la alimentación, de acuerdo con Raich (1994), son aquellos que presentan anomalías en el comportamiento de la ingestión, sin embargo, su base y fundamento se encuentran en *la alteración psicológica*. Debe destacarse el lugar concedido al factor psicológico, ello se explica porque a pesar de conocer la existencia

de la influencia social, familiar y cultural, no en cualquier individuo tendrá un impacto tan drástico como para desarrollarlo. Cabe mencionar que para los especialistas el desarrollo de algún trastorno alimentario no se debe a un solo factor, por el contrario se dice que este tipo de padecimientos tiene un origen multicausal.

La American Psychiatric Association, menciona en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 1994), que dichos trastornos producen desequilibrios físicos, sociales y emocionales, que incluso ponen en peligro la vida de quien los presenta.

La persona que sufre un trastorno de la alimentación llega a obsesionarse tanto por ser delgada, que dispone de poco tiempo para pensar en otra cosa que no sea su figura corporal y alimentación, por tanto, manifiesta inestabilidad emocional que le impide desempeñar adecuadamente sus actividades laborales, sociales o académicas, en consecuencia, empieza a decrementar sus actividades, a perder peso en exceso, a estar constantemente irritable, a tener dificultades de concentración, ansiedad, niega el problema y no escucha ningún consejo o ayuda familiar sobre su alimentación. (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Dentro de los trastornos alimentarios, la anorexia nerviosa fue uno de los primeros en estudiarse, ya que la bulimia nerviosa era considerada como un subtipo de anorexia, razón por la que existe mayor información sobre su evolución clínica.

2.2. Historia de la anorexia nerviosa.

Pocos cuadros clínicos se han complicado tanto en su explicación, comprensión y tratamiento como la anorexia nerviosa, ello ha obedecido a motivos de carácter epistemológicos, médicos y socioculturales.

Durante la Edad Media, las mujeres con convicciones religiosas firmes, se sometían a ayunos prolongados, subsistiendo con escasas cantidades de alimento.

Chinchilla (1995) realiza una descripción detallada del padecimiento anoréxico, retomando a varios autores que se interesaron por el trastorno, entre los que podemos mencionar a:

- ❖ Lacey, quien en 1982 investigó la leyenda de la Srita. Wilgefortis "la Sta. Barbuda", a quien su padre el rey de Portugal había prometido en matrimonio, sin embargo, ella nunca estuvo de acuerdo y decidió entregar su vida a Dios, renunciando a toda feminidad, se abstuvo de consumir alimento, lo que le provocó un fuerte cuadro de desnutrición, apareciendo en todo su cuerpo un vello muy fino. Su 'prometido al contemplarla renunció al compromiso y su padre colérico mandó crucificarla.
- ❖ Otra historia de ayuno con matices religiosos, es la de Sta. Catalina de Siena, siempre sobreprotegida por su madre, por ello encuentra en la abstinencia alimentaria la herramienta perfecta para revelarse contra todos los cuidados extremos y así mediante el autocontrol de su cuerpo expresa la satisfacción de perder toda belleza física, ofrece el ayuno constante a Dios y se convierte en monja, sin embargo al no conseguir llevar a cabo una predicación digna, se decepciona y renuncia a todo alimento, provocándose la muerte.
- ❖ Por su parte, Halmi describe el caso de Margarita hija del monarca húngaro, el cual promete que si su reino sobrevivía a las catástrofes, Margarita se consagraria al servicios de Dios, ella obedientemente acepta el ofrecimiento y empieza una vida de purificación espiritual, que implica la práctica de ayunos, privación del sueño, trabajo doméstico exhaustivo, etc. Más tarde su padre considera que ha cumplido con mucho su promesa y ofrece a Margarita en matrimonio, quien se niega a cumplir tal petición e intensifica los ayunos que la llevan a la muerte.

Los casos descritos muestran la presencia de anorexia nerviosa en las jóvenes de esta época, sin embargo y muy a pesar de que éstas decididamente provocaban su enfermedad, los motivos que las llevaban a tomar tal actitud difieren notablemente de los manifestados actualmente. Es importante mencionar, que para esta época las explicaciones sobre el extraño padecimiento básicamente se centraban en el aspecto religioso y mágico. Hoy en día, la anorexia nerviosa es considerada como un padecimiento que tiene una base psicológica, sin embargo, se aborda desde una perspectiva interdisciplinaria debido a los distintos factores que la originan y mantienen, así como a las consecuencias que provoca en el individuo.

Es en 1689 cuando el Doctor Ricard Morton realiza la primera descripción clínica de la anorexia nerviosa.

A partir de este momento se fomenta un mayor interés en el padecimiento, lo que provoca un mayor número de investigaciones teóricas y clínicas.

Lasegue (1873) en Francia y Gull (1874) en Inglaterra, investigadores de prestigio, empiezan a emplear el método inductivo para dar cuenta del padecimiento, sin embargo y aún cuando parten de la misma técnica, el análisis difiere, ya que para Gull el padecimiento parte de lo orgánico a lo psíquico, mientras que para Lasegue el origen se centra en lo histórico —psique— y a partir de ello sobreviene el padecimiento de carácter orgánico. Es gracias a estas aportaciones como la anorexia deja de ser un asunto divino o sobrenatural para entrar al campo de lo científico (Caparos, 1997).

En el siglo XIX, el auge científico contagia a quienes se interesaban por la anorexia nerviosa, surgiendo varios ámbitos de investigación al respecto, sin embargo todos ellos concuerdan con que la amenorrea y la pérdida considerable de peso son sólo uno de los factores orgánicos que acompañados de causas mentales provocan la presencia del trastorno. Es lógico que las explicaciones retomen el carácter mental para dar cuenta del padecimiento, si consideramos que para esta época la psiquiatría sólo conoce un diagnóstico: la *histeria*, lo cual se corrobora cuando sólo se reportan casos de mujeres con la enfermedad, por lo que desde ese entonces se asocia casi de modo exclusivo con dicho sexo (Caparos, 1997).

Como toda evolución, los avances en medicina y especialmente en fisiología no se detienen, gracias a ello se ofrecen nuevas hipótesis, donde el factor orgánico empieza a tomar fuerza. Es a inicios de 1914, cuando un patólogo de nombre Simmons, revoluciona la concepción de la anorexia, explicando que ésta se debe a una deficiencia endocrina, además describe una serie de lesiones destructivas en la glándula pituitaria en una mujer que se había abstenido de alimentos, lo que había provocado su muerte. Después de esta publicación y los supuestos que implicaba, todos los enfoques volvieron a dar un nuevo giro en sus explicaciones, centrando la investigación nuevamente en el aspecto orgánico (Chinchilla, 1995).

No obstante, la corriente Psicoanalítica empieza a poner mayor atención en el cuadro de síntomas y capta la atención en los trabajos de Freud, Abraham, Binswanger, Deutch, Klein y Gingerg, quienes después de mucho investigar coinciden en que la anorexia nerviosa es el producto de una pérdida libidinal que se convierte en histeria, con lo que nuevamente regresan a una explicación de carácter psíquico (De la Riva, 1997).

Años más tarde y después de múltiples explicaciones, en la década de los 60's se diversifican los trabajos y se empieza a poner mayor énfasis en la génesis del trastorno, logrando asociarlo con factores como los biológicos, psicológicos y sociales, constituyendo desde este marco una perspectiva multifactorial. Es así como a principios de 1965, en el Simposio de Gottingan, se publican tres conclusiones básicas, pues se concibe ya como una enfermedad manifestada en la pubertad, la cual es parte de un conflicto corporal asociado a alteraciones psicológicas, además de lograr diferenciarla del padecimiento neurótico (Turón, 1997).

A partir de entonces, se realizan con mayor frecuencia los trabajos en el área de la salud, entre los que destacan los de Garner y Garfinkel (cit. en Turón, 1997) quienes logran aportar una conceptualización más precisa de la anorexia, describiéndola como un trastorno diferenciado de patogénesis compleja, teniendo manifestaciones clínicas, que son el resultado de la presencia de múltiples factores predisponentes y desencadenantes.

Para Slade (1984, cit. en De la Riva, 1997) la anorexia nerviosa es uno de los trastornos de la alimentación que se define etimológicamente como "una pérdida de apetito, asociada a una actitud consciente, voluntaria y rotunda de los individuos a no comer, ya que creen tener un sobrepeso y que sólo mediante esta vía podrán modificar ese cuerpo que ante sus ojos es grueso y pesado, clara señal de una distorsión en su imagen corporal" (p.53).

El DSM-IV (1994), describe el padecimiento anoréxico de modo más clínico, refiriendo que se trata de un *trastorno de la conducta alimentaria*, en el que la persona tiene un peso inferior a su edad, sexo y altura, además establece ciertos criterios para poder diagnosticar plenamente el padecimiento, los cuales se describen a continuación:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad, talla, por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15%.
- b) Un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando muy por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso corporal o la silueta, además de una exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso.
- e) Presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

Dentro de la anorexia nerviosa se han establecido subtipos como son:

- ❖ *El purgativo*: donde se recurre constantemente a periodos de sobreingesta o conductas purgativas (provocación del vómito y abuso de laxantes).
- ❖ *El restrictivo*, donde no se recurre a periodos de sobreingesta, además de que se emplean otros medios para conservar el bajo peso (ejercicio excesivo, ayunos prolongados, entre otros).

Ambos son interesantes y comparten el mismo objetivo, es decir, perder peso, sin embargo, los medios para llevarlo a cabo difieren y según los expertos, hay factores específicos para manifestar uno u otro.

Al diagnosticar un padecimiento anoréxico se requiere del cumplimiento de las características citadas en el DSM-IV (1994), el que con su aparición ha permitido establecer los límites entre una conducta "normal" y otra con posibles "alteraciones".

2.3. Etiopatogenia de la anorexia nerviosa

Para Lemos (1997), en tiempos pasados los modelos conceptuales de la psicopatología se centraban en explicaciones unidireccionales, es decir, tomando en cuenta sólo la naturaleza biológica, intrapsíquica o ambiental. Sin embargo, esta tendencia ha tenido que evolucionar, debido a la necesidad de dar cuenta de un modo mucho más detallado de los comportamientos desadaptativos del ser humano, como es la anorexia nerviosa. Razón por la que han surgido modelos conceptuales que intentan abordar el estudio de la anorexia nerviosa desde tal perspectiva.

2.3.1. Modelo conceptual de Williamson

Williamson (1990) propone un modelo etiológico, para los *trastornos alimentarios*, así plantea que la *obesidad* es una condición antecedente para desarrollarlos, ya que, en las sociedades modernas el énfasis concedido a la delgadez ha provocado que gran parte de la población se preocupe constantemente por el peso y la figura, empezando a desarrollar controles rígidos de peso como por ejemplo, el empleo de dietas restrictivas (fig.2). Este modelo muestra, en primera instancia una lista de factores predisponentes que pueden desencadenar una *obesidad crónica*, sin embargo, si llega a poner en práctica una dieta restrictiva para contrarrestar este padecimiento se puede pasar a un estado *de sobreingesta*, si a ello le sigue el uso de métodos extremos de control de peso (dieta restrictiva o ayunos prolongados) es muy probable la aparición de *anorexia nerviosa*, sin embargo, si se emplean conductas purgativas, es más probable que se desarrolle la *bulimia nerviosa*.

Williamson (1990) propone además del modelo anterior uno específico para cada trastorno. En el propuesto para la *anorexia nerviosa* (fig. 3), se destaca en la parte central la psicopatología primaria de la *anorexia*, donde varios factores son importantes para el desarrollo del síndrome, entre ellos, los trastornos de la imagen corporal, el miedo a engordar y la intensa preocupación por el tamaño corporal, éstos aumentan la ansiedad cuando por alguna razón llega a romperse la dieta estricta que se había implementado para controlar el peso, por tanto, el antecedente inmediato para desarrollar la *anorexia nerviosa*, lo constituye la dieta extrema teniendo como efecto inmediato una pérdida de energía, que en múltiples ocasiones lleva a su ruptura, generándose un incremento de ansiedad por la posible ganancia de peso que tal acción traerá como resultado, de ahí que vuelva a implementarse la restricción alimentaria e incluso en algunos casos se haga más estricta, con ello se buscará a toda costa disminuir dicha ansiedad, todo lo que propicia el mantenimiento del padecimiento.

Los problemas y disfunciones que acompañan el síndrome de la *anorexia nerviosa* son identificados en el modelo como la psicopatología secundaria, éstos son ilustrados también en la figura 3, destacando trastornos como la depresión, ansiedad, problemas familiares, etc.

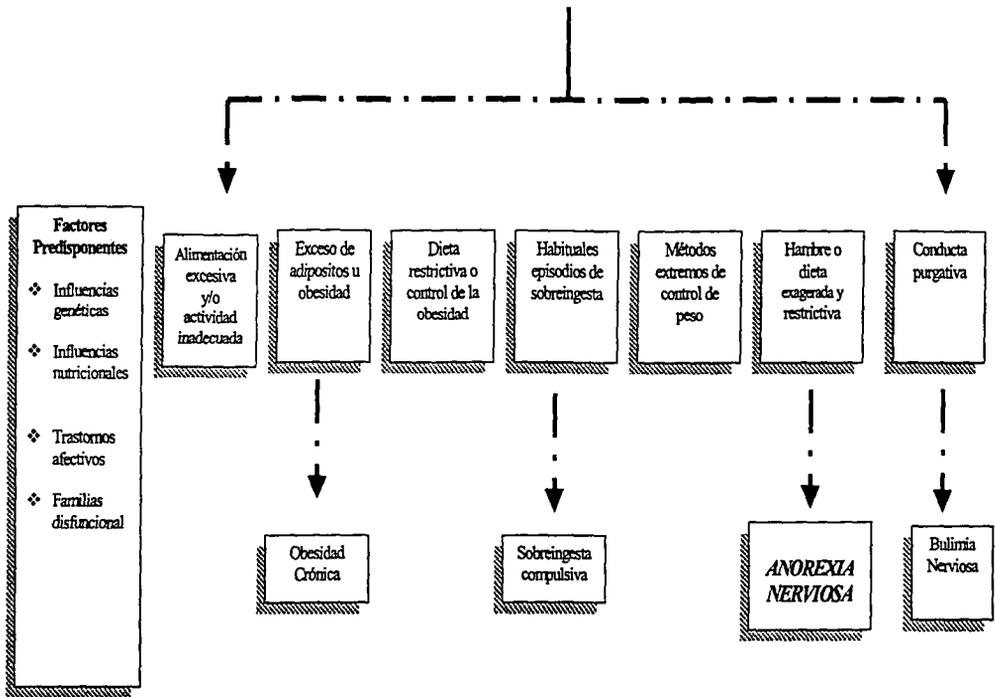


Fig. 2. Modelo conceptual de los trastornos alimentarios (Williamson, 1990)

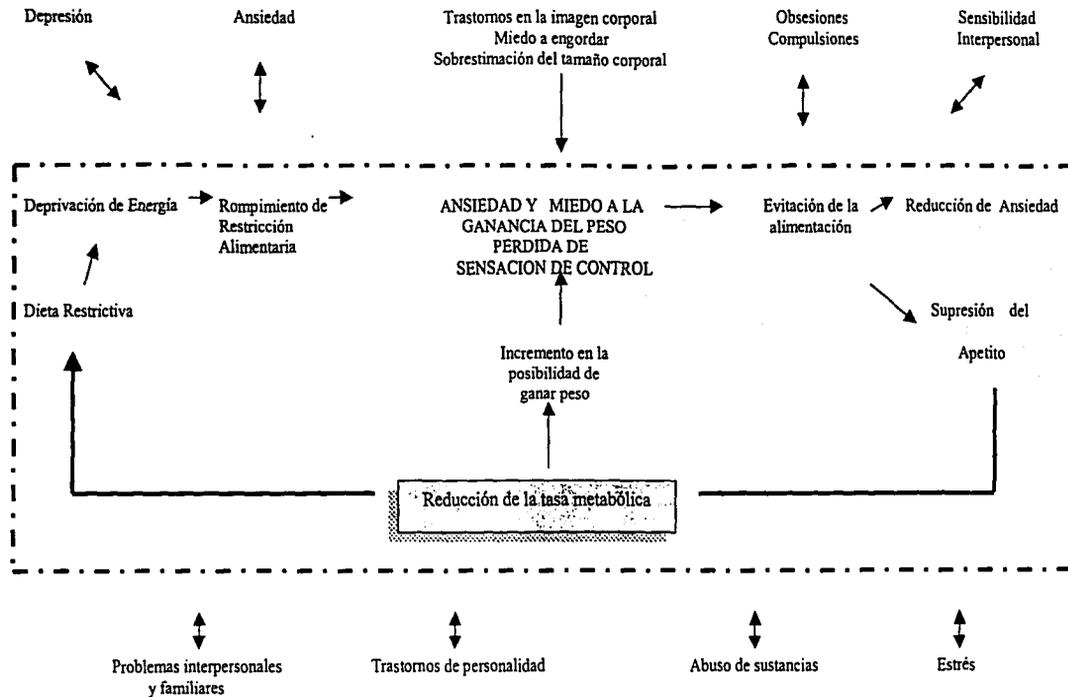


Fig. 3 Modelo Conceptual de la Anorexia Nerviosa (Williamson, 1990)

2.3.2. Modelo conceptual multideterminado

Para Toro y Vilardell (1987), la anorexia nerviosa puede explicarse como un trastorno dinámico, asumido en cada paciente de una forma particular, sin embargo, es posible observar algunas características comunes. A partir de ello, retoman del modelo de psicopatología los tres grupos en los que pueden ser clasificados los diversos factores que intervienen en la anorexia nerviosa, siendo éstos: *los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores* (fig.4).

❖ Factores predisponentes

Son los que anteceden a la aparición formal del trastorno, encontrándose en diferentes categorías, como son:

a) Edad y sexo: el 95% de los casos de anorexia se encuentra en población femenina y sólo un 5% de los casos clínicos de anorexia corresponde a la población masculina. Además es el grupo de adolescentes, con edades que van de los 13 a los 20 años, las más susceptibles a padecerlo (Abraham y Jones, 1994).

b) Trastornos afectivos y emocionales: en éstos la disposición adquirida, genética o experiencialmente, juega un papel muy importante. En cuanto a su orden de importancia son los cuadros depresivos los que ocupan el primer lugar, seguidos de la ansiedad y el síndrome obsesivo compulsivo, respectivamente.

c) Otras características individuales: la obesidad o sobrepeso, se ha identificado como un factor clave que puede facilitar el trastorno, ya que, el deseo constante de perder peso lleva a las jóvenes a desarrollar conductas obsesivas, al grado de negar sus sensaciones fisiológicas y evitar la ingestión de cualquier tipo de alimento, por el intenso temor a una ganancia de peso (Kanareky y Kaufman, 1994).

Ackard y Peterson (2001) examinaron la asociación entre la adolescencia, los trastornos alimentarios y el sobrepeso u obesidad. Participaron en el estudio 222 mujeres universitarias, quienes fueron agrupadas en tres categorías de acuerdo con la edad de

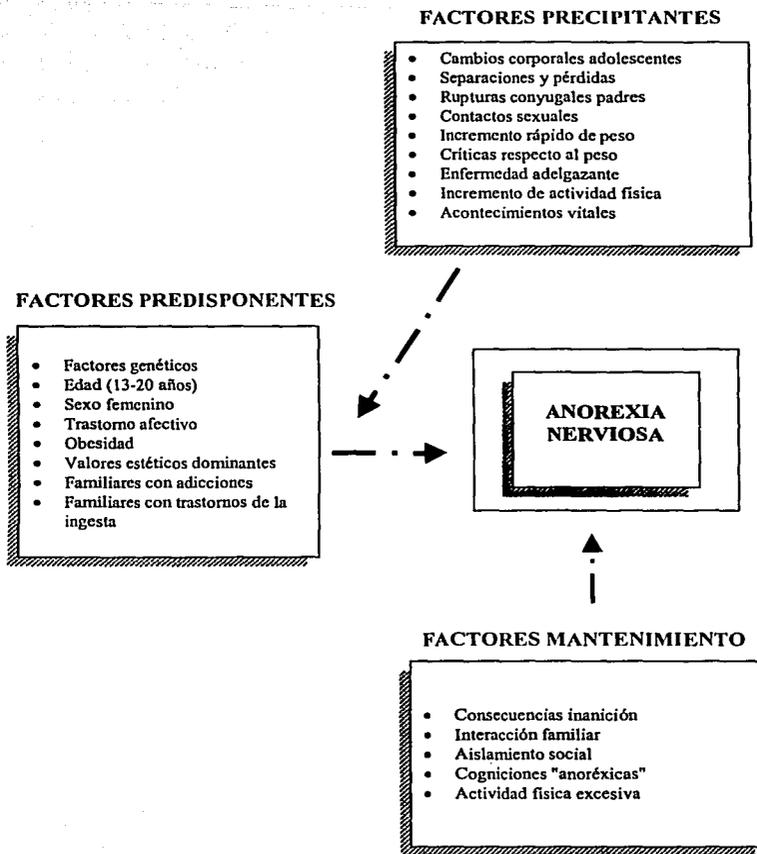


Fig.4 Secuencia de factores precipitantes, predisponentes y de mantenimiento en la anorexia nerviosa (Toro y Villardell, 1987).

inicio a la adolescencia (11, 12, 13 y 14 años) y su percepción corporal antes de entrar a dicha etapa. Cada una respondió el Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (EDI) y el Cuestionario de Bulimia (BULIT). Los resultados indicaron que la edad de inicio de la adolescencia se asociaba de modo significativo con las subescalas del EDI: motivación para adelgazar, control de impulsos e inseguridad social. Asimismo, los autores observaron que la percepción del peso en la etapa preadolescente se asoció de modo importante con las subescalas del EDI: insatisfacción corporal, bulimia, motivación para adelgazar, regulación de impulsos, ineffectividad, identificación interoceptiva y perfeccionismo. Un dato no menos importante fue que las jóvenes que se percibían con sobrepeso antes del inicio formal de la etapa adolescente, manifestaron mayor motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, escaso control de impulsos e identificación interoceptiva. De acuerdo a lo anterior, los autores concluyeron que la percepción de sobrepeso antes del inicio de la adolescencia puede ser un factor importante de riesgo a considerarse, ya que ello puede originar en cierto modo un trastorno alimentario, el cual se acompaña de la constante insatisfacción corporal. Cabe aclarar que para estos autores la edad de inicio de la etapa adolescente por sí sola no es un factor de riesgo para manifestar alguna patología alimentaria.

d) Características de personalidad: no todos los individuos son vulnerables al desarrollo de la anorexia nerviosa, por tanto, existen ciertos rasgos de personalidad que pueden hacer a un individuo más vulnerable a la manifestación de ésta. Cabe destacar además, que los trastornos de personalidad son frecuentes en este tipo de pacientes.

Las estimaciones sobre la frecuencia de trastornos de personalidad en individuos que sufren de anorexia nerviosa ha variado considerablemente, sin embargo, la presencia de ansiedad, depresión y obsesividad, son características propias de estos individuos.

Garner y Garfinkel (1989, cit. en Espinoza, 1998) encontraron en sus investigaciones al respecto, que 71% de las jóvenes anoréxicas tenía al menos un trastorno de personalidad, siendo el más frecuente el límite, el evitativo y el compulsivo, respectivamente.

Para Corsaro (2000), este dato fue corroborado en una investigación italiana, en la cual a una muestra de 40 pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, les fue aplicada una

batería completa que evaluaba personalidad, los datos concordaron con los de Garner y Garfinkel, ya que las anoréxicas de tipo purgativo así como las bulímicas fueron las que obtuvieron una puntuación más elevada en el rasgo de personalidad límite.

En otro estudio, León, Lucas, Collingan, Ferdinand y Kamp (1985) midieron en 32 mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa, los rasgos de personalidad, la imagen corporal y las actitudes hacia la sexualidad, para ello aplicaron el History and Personality Questionnaire (HPQ), que proporciona información sobre los aspectos familiares, alimentarios, imagen corporal y autocontrol; el Inventario Multifásico de la Personalidad Minesota (MMPI), para medir la psicopatología y características de personalidad; la Escala de Autocontrol de Rosenbaum (RSC), que evalúa el grado de autocontrol como rasgo de la personalidad. Los resultados indicaron que en estos pacientes existe una concepción negativa de su cuerpo, de su persona, un mayor número de actitudes negativas sobre los contactos sexuales, así como claros rasgos de obsesividad, autocontrol y retraimiento, tanto social como familiar.

Para Bruch (1973, cit. en Kanereky y Kaufman, 1994), la personalidad del anoréxico incluye rasgos de perfección, obediencia y sumisión. Estas características indican que las personas con anorexia tienen altos estándares de logro, además de registrarse bajo un locus de control externo, razón por la que necesitan constantemente de la aprobación de otros para sentirse satisfechos.

Borel, Maldonado, Mato y Leiderman (2000) realizaron un estudio donde evaluaron la asociación entre autoestima, perfeccionismo e insatisfacción corporal en 63 sujetos: 11 con anorexia nerviosa, 14 con bulimia, 19 con obesidad, 5 con trastorno alimentario no especificado y 14 control. A todos los participantes les fue aplicado el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), los resultados indicaron que un rasgo constante en los pacientes con anorexia era el perfeccionismo, siendo una característica inherente al individuo, que lo hace vulnerable a sufrir algún trastorno alimentario, en este caso anorexia nerviosa. Con respecto a la autoestima y la insatisfacción corporal, se encuentran notoriamente disminuidas, existiendo una fuerte asociación entre ambas. Los autores proponen la realización de más estudios que exploren tales variables para

estructurar una propuesta de tratamiento donde se trabaje principalmente con estas características de personalidad.

e) Características familiares: este factor reviste gran interés en el padecimiento, si consideramos que en la familia se aprenden aspectos básicos para el desenvolvimiento del individuo, como son: la expresión de sentimientos, los hábitos higiénicos y alimentarios, los valores, así como los diferentes roles que se deben cumplir socialmente, por tanto, resulta lógico que si existen disfunciones en ellas se pueden potencializar la aparición de alteraciones, como por ejemplo, la anorexia nerviosa (Barrios, 1993).

Mínuchin, Rosman y Baker (1978, cit. en Espinoza, 1998) describen que en las familias con un miembro anoréxico la aparición y mantenimiento de la enfermedad es atribuible a tres factores: organización-funcionamiento familiar; implicación del niño en el conflicto parental y vulnerabilidad fisiológica. Dentro del tipo de organización y funcionamiento familiar, es característico en este tipo de familias el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez y la falta de resolución de conflictos, siendo el paciente anoréxico en este tipo de familias quien ayuda a regular el sistema, garantizando así la homeostásis familiar. Cabe mencionar que el miembro más vulnerable a la influencia de dichos factores, será quien desarrolle el padecimiento anoréxico.

Desde este enfoque, se considera que todas las familias con un miembro anoréxico son patológicas, sin embargo, Vázquez (1997), ha encontrado que esto no siempre es cierto, ya que aún cuando la familia tiene un papel relevante para el desarrollo del trastorno, existen a su vez otros factores socioculturales y biológicos, que también deben ser considerados en la génesis del mismo.

f) Factores Socioculturales: en la sociedad se han forjado durante miles de años los distintos modelos que determinan la apariencia del cuerpo que se debe poseer para lograr la aceptación de los miembros del grupo, sea éste el de familiares, amigos, compañeros escolares o laborales. Esta constante preocupación por conseguir apegarnos a cierto modelo estético en búsqueda de la aceptación, ha provocado que tanto mujeres como hombres, desarrollen actitudes y conductas encaminadas a cumplir tal fin.

Cabe recordar que el peso corporal de cada individuo tiene que ser saludable, de modo que le permita desarrollarse adecuadamente y con ello lograr la ejecución de todas sus actividades, sin embargo, cuando el peso y el cuerpo se convierten en una obsesión y se pretende estilizarlos o moldearlos pese a nuestra composición física, resulta evidente que se está forzando la propia naturaleza humana, lo cual parece no tomarse en cuenta hoy día, ya que todo a nuestro alrededor exige estar cada vez más delgados.

Por tanto, es fácil percibir que existen más mensajes que premian y exaltan la delgadez, asociándola con la aceptación, logro y valor, siendo el cuerpo delgado el único digno de admiración y felicidad de quien lo posee, por el contrario, los "kilos de más" o la figuras robustas son menospreciadas y carentes de valor, aún cuando en ellas existan la inteligencia, creatividad, simpatía o talento. Es tal el grado en que se ha insistido en el culto y valor concedido a la delgadez, que actualmente a ningún individuo puede pasarle inadvertido el mensaje, siendo los jóvenes y adolescentes en quienes reviste un carácter más significativo y por ende, más drástico (Sánchez, 2000).

En gran parte, son los medios de comunicación (radio, televisión, medios impresos, etc.) los responsables de que este culto a la delgadez alcance tal auge. Así, los distintos mensajes publicitarios, van encaminando a los individuos a buscar métodos para perder peso, no importando el daño que puedan ocasionar a su salud. Toro, Cervera, y Pérez (1988) realizaron un análisis de la publicidad "pro-esbeltez", que incluyó a 10 de las revistas femeninas con mayor demanda publicadas en España, encontrando que uno de cada cuatro anuncios, incitaba directa o indirectamente a perder peso.

Resulta obvio, que todos y cada uno de los diversos productos comercializados en los medios tiene la finalidad de estimular el consumo del mismo, para ello emplea las técnicas o métodos que logran crear en el consumidor una necesidad por su adquisición, de tal modo que logran convencer de su eficacia y por ende elevan su demanda, de ahí que todos los productos encaminados a moldear y estilizar la figura son un negocio redondo, donde existen múltiples intereses y toda una industria bien cimentada (Gual, 1997).

Este bombardeo publicitario tanto verbal como visual del cuerpo que *se debe tener*, va enajenando la mentalidad de algunos individuos, generándoles de modo

progresivo problemas y frustraciones, ya que, debido a factores genéticos, diferencias individuales o hábitos alimentarios deficientes, a algunos les es imposible aspirar a la consecución del estereotipo impuesto, por tanto, se origina la insatisfacción corporal que en múltiples ocasiones los llevará a echar mano de cuanto recurso se presente, como exageradas restricciones alimentarias, consumo de pastillas, brebajes, hacer ejercicio excesivo, comprar aparatos que prometen resultados espectaculares con poco esfuerzo, o bien acudir a las clínicas de control y reducción de peso, las que en muchas ocasiones no cuentan con el personal especializado y emplean métodos deficientes e incluso peligrosos para lograr la pérdida de peso.

Algo de lo grave que constituyen dichas conductas, son los inalcanzables esfuerzos por conseguir una figura delgada, sin considerar que esos cuerpos con medidas perfectas ampliamente comercializados, son producto de la mercadotecnia y claro es que una cultura como la mexicana tiene notables diferencias étnicas con respecto a la mujer americano-europea, muy difundida entre los diseñadores y todo ese mundo de glamour.

Cabe aclarar que las influencias sociales y culturales no se encuentran en una sola dirección, ya que por un lado se incita a la ingestión desmedida de alimentos poco nutritivos (frituras, dulces, postres, aceites, mantequillas, etc.), que en la mayoría de las ocasiones tendrá como resultado un sobrepeso o la temible obesidad, padecimientos duramente rechazados y satanizados. Mientras que en la otra cara de la moneda, se exigen cuerpos atléticos, firmes, por tanto, la elección se vuelve un proceso difícil y en algunos individuos llega a generarse una psicopatología alimentaria llamada anorexia nerviosa.

Mateos y Solano (2000) menciona que en trastornos como la anorexia nerviosa, una de las causas que mayor influencia tienen para su desarrollo son los factores socioculturales, ya que el deseo de ser aceptado dentro de la sociedad se vuelve realidad cuando se consigue determinada figura corporal, sin embargo, si ello no ocurre la persona empieza a generar insatisfacción corporal.

Por su parte Mintz y Betz (1988) manifiestan que las mujeres en mayor medida que el hombre tienen una imagen corporal negativa e insatisfacción corporal, además de ser mucho más susceptibles a las influencias y presiones sociales, siendo éstas muy

importantes para la aparición de un padecimiento alimentario como lo es la anorexia nerviosa.

Gómez-Peresmitré y Unikel (1999) realizaron un estudio con preadolescentes mexicanos, donde evaluó la preocupación corporal, encontrando que en las niñas de 9 a 13 años existen posibles indicadores de riesgo para el desarrollo de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, ya que más de la mitad de estas adolescentes se encuentran insatisfechas con su imagen corporal, además, la figura ideal de prácticamente toda la muestra (94%) fue la delgada, lo que hace suponer que a esta edad, ya se encuentra presente la interiorización del estereotipo social de "delgadez".

g) Enfermedad Física: Buendía (1997) considera que la presencia de una enfermedad física es un factor que llega a predisponer al síndrome de la anorexia nerviosa, ya que al poseer una enfermedad crónica, tiende a existir una atención rígida en la dieta o en el peso, además hay una sobreprotección de los padres por considerar al individuo enfermo como frágil, todo ello tiende a repercutir severamente en el desarrollo normal del individuo.

La experiencia de luchar contra la enfermedad física y la sobreprotección de los padres lleva a la persona a una percepción de ser traicionada por su cuerpo, además de un sentimiento de ineficacia y débil control de su vida, de ahí que en un individuo vulnerable tanto el control de la ingestión alimentaria como el peso corporal son un claro intento de manejar los sentimientos de autocontrol y autonomía de los que se siente despojado.

Finalmente, es necesario mencionar que en la anorexia nerviosa, al igual que en los demás trastornos de alimentación, están implicadas una diversidad de complicaciones orgánicas que afectan el sistema biológico y psicológico del individuo.

❖ Factores precipitantes

Se refieren a aquellas situaciones que de alguna manera pueden desencadenar el desarrollo de algún trastorno alimentario, ya sea a través del medio social en que se encuentra inmersa la persona o bien, por cuestiones individuales o familiares. Se sabe

que son los que marcan propiamente el inicio del trastorno. Toro y Vilardell (1987) consideran los siguientes:

a) Separaciones y pérdidas: el fallecimiento de una persona afectiva significativamente, las separaciones de los padres o el alejamiento de su hogar por parte de la paciente son situaciones que llegan a generar estrés y en múltiples casos se desencadena un síndrome de anorexia.

b) Contactos sexuales: en algunos casos la experimentación de contactos sexuales íntimos, es el precedente inmediato de la anorexia nerviosa, debido a que dichas experiencias tienen implícitas exigencias sociales, que los adolescentes no están preparados para afrontar.

c) Acontecimientos vitales: este fenómeno se encuentra asociado al modo de enfocar y evaluar la intensidad del estrés experimentado por una persona en una época determinada de su vida, así el cambio de escuela, la pérdida de algún ser querido, algún rompimiento amoroso, etc., son situaciones que elevan el consumo de alimentos, trayendo consigo un aumento de peso, que genera malestar y ansiedad, lo cual puede precipitar la aparición de la anorexia nerviosa.

d) Otras situaciones aversivas: el incremento rápido de peso, principalmente en la adolescencia, puede llevar a precipitar la aparición de la anorexia nerviosa, ya que los comentarios críticos por parte de los familiares, amigos o personas significativas, suelen ser aversivos, propiciando restricciones en la alimentación que con el paso del tiempo constituyen ya todo un síndrome anoréxico.

e) Exceso de actividad física: un incremento en la actividad física puede funcionar como factor precipitante, porque el entregarse a dichas actividades, implica competir y en muchas ocasiones pone en cuestión la imagen y dimensiones del propio cuerpo, por lo que la actividad física tendrá un efecto en las personas predisuestas al trastorno.

Rodríguez, Martínez, Novalbos, Ruiz y Jiménez (1998) llevaron a cabo un estudio en 532 adolescentes con edades de 14 a 18 años, que cursaban el nivel básico y medio, que además realizaban deporte (fútbol, tenis, baloncesto, gimnasia o natación), encontrando que en los estudiantes que practicaban deportes a nivel individual predominaba el sexo femenino, además en éstas era 3.12 veces más frecuente el

seguimiento de ayuno como método para reducir peso; así los autores concluyen que la práctica de actividad física individual es un predictor que puede determinar excesos de ésta, como medio efectivo para perder peso en pacientes con síndromes alimentarios clínicos ya establecidos, sobre todo en la anorexia nerviosa.

❖ Factores mantenedores

Al establecerse la anorexia nerviosa, los factores de mantenimiento contribuyen a que dicho trastorno permanezca y progrese; Toro y Vilardell (1987) mencionan que entre ellos se pueden considerar:

a) Consecuencias psicológicas de la inanición: una parte importante de la sintomatología psicológica de la anorexia nerviosa está determinada por el estado de desnutrición, en consecuencia, son muchas las anomalías, como por ejemplo: la obsesividad y compulsividad especialmente relacionadas con la alimentación, el déficit en la concentración, la pérdida de interés sexual y los trastornos del sueño.

b) Interacción social: en muchos casos se reduce o anula la convivencia con los otros, toda distracción es nulificada y la persona no dispone ni conoce otro tiempo que no sea el invertido en la alimentación y el cuerpo. Todo ello repercute en la disminución de las fuentes de contacto afectivo y la gratificación social, empeorando la estabilidad emocional y el aumento del humor depresivo.

c) Cogniciones y valores: La persona con anorexia nerviosa genera de modo permanente pensamientos sobre la evaluación estética de su propio cuerpo y del temor que experimenta por el incremento de peso, de ahí que mientras estos pensamientos persistan el cuadro de anorexia lejos de mejorar, empeorará notablemente.

d) Interacción familiar: Los padres, en general, tienen atribuido y asumido el papel de la alimentación, para ellos alimentación es igual a salud, no alimentación es señal de enfermedad, por tanto, al establecerse la anorexia nerviosa con todo lo que implica, especialmente la disminución de la ingestión alimentaria, se tiende indiscutiblemente a generar una ansiedad a nivel familiar. Esto implica que las relaciones al interior del

grupo se modifican, se hacen conflictivas y tienen serias repercusiones en la paciente, tendiendo a mantener e incluso agravar los síntomas.

2.4. Comorbilidad y anorexia nerviosa

En la anorexia nerviosa el aspecto psicológico tiene implicado un papel fundamental, por lo que, varios de los factores de riesgo considerados en el apartado anterior con frecuencia comparten características comunes con otros trastornos de carácter psicológico. De este modo, es posible encontrar algunas otras enfermedades psicológicas asociadas que producen cambios emocionales y conductuales negativos, afectando progresivamente la estabilidad psíquica del individuo que manifiesta anorexia nerviosa.

Generalmente los trastornos de ansiedad y depresión, coexisten con el síndrome de la anorexia nerviosa, siendo estudiados ampliamente por la comunidad científica.

2.4.1. Anorexia nerviosa y trastornos de ansiedad

El factor emocional es una constante que se manifiesta desde que la anorexia nerviosa se origina, sin embargo la relación entre ambos ha sido poco delimitada. Lo cierto es que invariablemente durante el curso del síndrome anoréxico estarán presentes, manifestándose en los trastornos de ansiedad —fobias y obsesiones-compulsiones— (Toro y Vilardell, 1987).

Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio de la anorexia nerviosa. Las fobias a nivel individual se experimentan con un miedo intenso por la ingestión de alimentos, que se acompaña de una gran aversión al contemplar que el cuerpo aumenta de peso e incluso la simple pronunciación de palabras como engordar, peso, kilos son capaces de generar severos estados de ansiedad. En lo que respecta a las fobias sociales éstas se hacen presentes poco tiempo después de manifestarse la anorexia nerviosa, por tanto, la persona tiene miedo de ser públicamente humillada, reflejándose en una escasa expresión verbal de sus ideas,

además de evitar a toda costa situaciones sociales que impliquen comer o beber en público, o relacionarse con el sexo opuesto (Cabasés, 2000).

Es importante mencionar que aún cuando en las pacientes con anorexia nerviosa existe gran propensión a las fobias es más común encontrar un trastorno de tipo obsesivo-compulsivo. Las obsesiones son reflejadas en imágenes, pensamientos o ideas mentales persistentes que llegan a resultar en comportamientos compulsivos, es decir, rutinas repetitivas, rígidas y autoimpuestas, por lo que las mujeres con anorexia pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida. A menudo desarrollan rituales compulsivos, por ejemplo, pesan cada pedazo de comida, cortándola en pedazos diminutos o poniéndola en envases pequeños (Cabasés, 2000).

Torner (1986, cit. en Buendía, 1997) realizó un estudio longitudinal que llevó a cabo en la ciudad de Toronto, encontrando que de las 28 pacientes con anorexia que evaluó más del 50% manifestaban trastornos de ansiedad.

Finalmente es necesario mencionar que la mejoría del padecimiento anoréxico a menudo será paralela a la mejoría de la ansiedad.

2.4.2. Anorexia nerviosa y depresión.

La persona con anorexia nerviosa se encuentra sometida a un alto grado de estrés, lo cual la lleva a estados depresivos constantes y graves.

Entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con anorexia nerviosa experimentan depresión. Herzog (1984, cit. en Turón, 1997), en una muestra de 27 anoréxicas, observó que el 74% cumplían con los criterios citados en el DSM-III para considerarlas como depresivas.

Por su parte, Calderón, Moreno, Gili y Roca (1998) llevaron a cabo un estudio para evaluar la psicopatología en los trastornos de la conducta alimentaria. Su muestra estuvo compuesta por 226 mujeres entre 12 y 35 años, con un promedio de edad de 18 años, dicha población fue clasificada en dos grupos, el control (población comunitaria) y el experimental (población con sintomatología de trastorno alimentario). A todas ellas les fueron aplicados tres instrumentos: Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), y

Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40), que exploran sintomatología de trastorno alimentario; así como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), que mide la sintomatología de depresión. Los datos indicaron que se presentaron diferencias entre ambos grupos con relación a las actitudes alimentarias evaluadas a través de la puntuación total del EAT-40 y EDI, siendo mayores en las jóvenes con trastornos de alimentación.

En este estudio también se pudo comprobar la existencia de comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión, ya que la anorexia nerviosa mostró una fuerte asociación con la depresión, seguido de la sensibilidad interpersonal, que indica los sentimientos personales de inadecuación e inferioridad, en particular cuando el sujeto se compara con otros sujetos, ello explica porque en múltiples ocasiones existen sentimientos de poca valía, así como baja autoestima en este tipo de pacientes. Los autores del estudio concluyen que los trastornos de la conducta alimentaria tienen un gran impacto social, tanto por su gravedad como por su prevalencia, razón por la que las investigaciones de carácter multidisciplinario, son necesarias y fundamentales para clarificar su posible etiopatogenia, sus formas clínicas y su eventual tratamiento. De ahí, que la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos como es el caso de la depresión, implican un conocimiento más exhaustivo de la sintomatología psicopatológica asociada, lo que facilitará una mejor comprensión y la realización de diagnósticos más específicos.

García, Vázquez, Martínez y Chavarro (2000) llevaron a cabo un estudio para determinar la frecuencia de trastornos alimentarios (AN, BN, y TANE) y establecer su relación con los estados de ansiedad y depresión en jóvenes que practican tae-kwan-do. Formaron parte del estudio 58 personas: 21 mujeres y 37 hombres que entrenaban tae-kwan-do de forma regular, la edad promedio fue de 22.7 años. A todos les fueron aplicados dos instrumentos: una Escala sobre Comportamiento Alimentario (ECA) elaborado por uno de los investigadores de este trabajo, en él se incluyen aspectos como actitudes hacia la alimentación, peso corporal, hábitos alimentarios, pensamientos y conceptos sobre su imagen corporal, aspectos sociales de la alimentación, así como

práctica de dietas y consumo de medicamentos. El otro instrumento empleado fue la Escala de Zung (EZ) utilizada para medir ansiedad y depresión. Además a todos los participantes se les realizó una entrevista semiestructurada para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, en la cual se registraron la presencia o ausencia de los criterios diagnósticos, así como los factores relacionados con su génesis y características clínicas. Los resultados obtenidos mediante la entrevista personal mostraron que en 15 de las 58 personas (26%) presentaban un trastorno alimentario (11 con TANE, 3 con BN y 1 con AN). La proporción mujer a hombre fue de 4 a 1. En relación con la ansiedad y depresión, éstos se asociaron a los trastornos alimentarios, ya que los individuos identificados con un trastorno alimentario tuvieron mayores puntuaciones en la Escala de Zung, en comparación con aquellos que no los padecen.

Los autores concluyen que la frecuencia de trastornos alimentarios es alta entre los practicantes de disciplinas como el taekwondo, especialmente entre las mujeres, ya que es una disciplina de gran exigencia y competitividad. Finalmente, mencionan que de acuerdo a los datos obtenidos parece existir una asociación importante entre los trastornos de alimentación y los trastornos de depresión y ansiedad, siendo ambos estados una posible consecuencia de dichos trastornos, lo cual apoya lo propuesto en la literatura.

Toro y Vilardell (1987) consideran que los trastornos de ansiedad y la depresión se encuentran estrechamente ligados a la anorexia nerviosa; así, la evolución de las crisis de ansiedad en múltiples ocasiones desencadena serios cuadros depresivos, razón por la que ambos deben estudiarse, no perdiendo de vista la progresión de cada uno de ellos.

2.5. Consecuencias de la anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa incide fuertemente en la calidad de vida de la persona que la padece, ya que deteriora aspectos vitales de su funcionamiento, como lo son el biológico, psicológico y social.

❖ Nivel biológico

El Centro de información en trastornos alimentarios de Estados Unidos (2000) publicó recientemente un artículo donde describe todas las complicaciones orgánicas que provoca el padecimiento de anorexia nerviosa, entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

- a) *Desnutrición*, la cual se genera por la restricción alimentaria severa; se sabe que las complicaciones fisiológicas varían de acuerdo al grado de desnutrición en que la persona se encuentre, sin embargo, en cualquier grado la desnutrición provoca serias alteraciones generando consecuencias fisiológicas que llegan a ser irreversibles, además hace más vulnerable al individuo a sufrir todo tipo de infecciones, también se provoca un mal funcionamiento endocrino, lesiones en el corazón, e incluso la muerte.
- b) *Atrofia muscular*, como resultado de un sistema notablemente debilitado, existiendo además una pérdida considerable de masa muscular y por ende un peso demasiado bajo respecto al que se espera de acuerdo a la talla y edad de la persona, también hay una pérdida de masa ósea que implica un adelgazamiento de los huesos que da como resultado la aparición de la osteoporosis, siendo más vulnerable a las fracturas.
- c) *Amenorrea*, definida como la ausencia de los ciclos menstruales, producto del bajo peso corporal, lo anterior ocasiona en algunos casos la infertilidad que llega a ser permanente, aún cuando éstas recuperen el peso adecuado para su edad.
- d) *Presión arterial alterada*, pudiendo ser baja o alta, las cuales al llegar a conjuntarse con un grado severo de desnutrición provocarán lesiones en el corazón, tales como: arritmias, bradicardias e incluso ataques, generando en algunos casos la muerte.
- e) *Niveles de azúcar en la sangre*. Si son bajos ocasionan problemas en el hígado, riñones, además de un deterioro neurológico. Si son altas las concentraciones de azúcar se posibilita la aparición de diabetes por la producción baja de insulina, existiendo también posibilidades de presentar disfunción hormonal, pancreatitis crónica, etc.
- f) *Dermatológicamente*, existe pelo quebradizo que repercute en su caída excesiva, piel seca debido a la falta de vitaminas y a la deshidratación. En casos severos aparición de

lanugo (vello fino sobre la cara, dorso y brazos), que es una reacción protectora del organismo para mantener la temperatura corporal de la persona.

g) *Problemas digestivos*, donde hay periodos de estreñimiento/diarrea, calambres en el estómago, inflamación abdominal, y en casos extremos incontinencia producto del abuso de laxantes en las personas con anorexia purgativa. Se sabe que en algunos casos se han formado llagas pépticas o úlceras, ocasionadas por la secreción de ácidos en el estómago y la falta de alimento.

Es importante aclarar que no todas las complicaciones descritas se presentan, además surgen de modo paulatino y en tiempos variables, no obstante cualquiera que sea su periodo y frecuencia, es claro que van deteriorando y reduciendo considerablemente la calidad de vida de las personas que padecen el trastorno (Matey, 1996).

❖ Nivel psicológico

La persona con anorexia presenta alteraciones psicológicas que han sido clasificadas como cognitivas y conductuales.

❖ *Alteraciones cognitivas*: Turón (1997) menciona que se caracterizan por incesantes pensamientos, que mantienen una estrecha relación con el peso, la comida y la figura; de este modo asocian erróneamente figura delgada y éxito mientras, que a la obesidad le atribuyen imperfección, frustración y fracaso, ello trae como consecuencia que sobrevaloren su figura, evaluando exageradamente las dimensiones de su cuerpo, no percibiendo ni concientizando su extrema delgadez.

❖ *Alteraciones conductuales*: En lo referente a las alteraciones conductuales, el mismo autor considera que los pacientes afectados con anorexia también sufren de alteraciones en sus patrones de conducta, principalmente en las que se encuentran los cambios en el patrón normal de ingestión. Con frecuencia comienzan con una restricción de los glúcidos o carbohidratos que suelen ser considerados como alimentos altamente calóricos y por tanto prohibidos; posteriormente, la restricción se generaliza a los lípidos o grasas y finalmente a las proteínas, algunos pacientes

llegan al extremo de restringir incluso su consumo de agua, provocando una deshidratación severa.

Mateos y Solano (2000) consideran que entre otras alteraciones conductuales importantes se encuentran las acciones ejecutadas en las horas de comida, por ejemplo, emplean engaños para evitar comer con otros miembros de la familia asimismo, evitan cualquier situación social que implique sentarse alrededor de la mesa y dado que la mayor parte de las relaciones sociales implican el típico acto de ingerir algún alimento, se presenta un deterioro en las relaciones sociales que a lo largo del tiempo puede llegar a ser un aspecto muy deficitario en la vida de estas personas.

Estos mismos autores mencionan que en los anoréxicos aparecen frecuentemente conductas alimentarias de ocultación y manipulación de la comida (tiran, esconden, seleccionan, trocean los alimentos, etc.). Se preocupan por aprender el contenido calórico exacto de cada alimento, que normalmente llegan a saberse de memoria. Pesan cada ración de comida que van a ingerir, se pesan prácticamente a diario o ante la más mínima sospecha de aumento de peso, por el contrario, evitan la báscula. En cuanto a la apariencia personal de una joven que sufre anorexia, éstas suelen ir vestidas con ropas amplias y superpuestas, cuya función es en un principio disimular los supuestos defectos físicos (caderas anchas, abdomen, glúteos, etc.), sin embargo, su función es doble, ya que por un lado desean no pasar frío (padecen de hipotermia) y por el otro intentan disimular su delgadez extrema. Para Davis, Kennedy, Ravelski y Dione (1994, cit. en: Mateos y Solano, 2000) la actividad física es una variable fundamental en la génesis y mantenimiento del problema, por lo que es más propio del paciente anoréxico la búsqueda de la reducción de peso, a través del incremento en el gasto energético, así como la realización del ejercicio en forma compulsiva (comen de pie, duermen poco, etc.).

En general, todas estas manifestaciones psicológicas propician un serio daño a la adaptabilidad del sujeto, haciéndolo muy propenso a caer en estados depresivos severos, que incluyen un aislamiento social y en casos extremos el suicidio.

❖ Perspectivas a largo plazo de la anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno que a pesar de manifestarse desde tiempos pasados, es en la actualidad cuando cobra mayor relevancia en las sociedades desarrolladas y también en las que no lo son. Hoy en día al menos alguna persona sabe de otra que la padece por tanto, es muy importante conocer y comprender el origen, los síntomas y las consecuencias de dicho padecimiento.

En México actualmente existen instituciones dedicadas a evaluar la presencia de trastorno alimentario, en ellas se investiga las causas que pueden originarlos, así como también se diagnostica a las personas con alguno de estos padecimientos. Gracias a dichos estudios se ha aportado información importante sobre la frecuencia y factores asociados a éstos. No obstante aún falta mucho por explicar, ya que en la medida que se obtenga un mayor conocimiento se podrán desarrollar programas preventivos y de educación, que lleguen a las poblaciones de riesgo —los jóvenes— evitando que entren a un abismo donde lejos de conseguir la felicidad mediante el anhelado cuerpo delgado o con musculatura se encontrarán más angustiados y atormentados al no conseguir tal fin.

BULIMIA NERVIOSA

3.1. Historia de la bulimia nerviosa

La palabra bulimia significa hambre de buey, que procede del griego *boulimos* (*bous: buey; limos: hambre*). Este trastorno alimentario se considera de origen reciente, debido a que durante muchos años fue considerado como un síntoma de la anorexia nerviosa (Chinchilla, 1985).

Caparos (1997) menciona que en sociedades como la egipcia, se pensaba que los grandes banquetes producían enfermedades, razón por la que de modo deliberado se realizaban mensualmente actos de purificación que consistían básicamente en la

ingestión de purgas. En la Roma antigua, estas conductas también eran practicadas, ya que las personas gustaban de banquetes excéntricos y abundantes, sin embargo después de terminarlos se inducían el vómito, por lo que tanto los episodios de vómito como los de sobreingesta eran socialmente aceptados e integrados a su estilo de vida, sin embargo la diferencia entre dichas conductas y las de hoy en día radica en que las primeras no se realizaba con fines estéticos, sino para poder comer de todos los platillos o bien, aliviar la terrible sensación de malestar que semejantes banquetes producían.

Durante la Edad Media, fue poco el interés concedido a la bulimia nerviosa, no obstante, Turón (1997) encontró que en el siglo XVIII en la literatura francesa, se describía una conducta extraña caracterizada principalmente por episodios de sobrealimentación. Después de dicha descripción, no existen revisiones o investigaciones que mencionen a la bulimia nerviosa.

Guillemot y Laxenaire (1994) realizan una descripción detallada de la historia de la bulimia nerviosa y exponen algunas de las investigaciones realizadas, algunas de ellas se retoman a continuación:

- ❖ Las primeras referencias médicas de la bulimia nerviosa se encuentran en el Physical Dictionary de Blanckaert en 1708 y en el Diccionario Médico de Quincy en 1726, donde se describe la existencia de un padecimiento caracterizado por episodios de alimentación excesiva, a los cuales se les relacionó con alteraciones digestivas. Para 1743, el Diccionario Médico de Londres, utiliza algunas páginas para describir un cuadro algo extraño, al que se le denominó *true boulims*, siendo su característica principal la excesiva preocupación por la comida, además de recurrentes ingestas voraces y prolongados periodos de ayuno.
- ❖ En 1785, Motherby distingue tres tipos de bulimia: a) bulimia del tipo hambre pura; b) bulimia asociada a desvanecimientos y c) bulimia asociada a vómitos. De este modo, el trastorno era conocido, pero siempre como una variante del síndrome anoréxico.
- ❖ Luego de muchos años, en 1869 Blanchet incluye en el Diccionario de Ciencias Médicas una de las primeras concepciones clínicas sobre el padecimiento bulímico, describiéndolo como una enfermedad en la cual el alimento era la mayor

preocupación de la persona; el hambre persistía aún cuando se hubieran consumido grandes cantidades de alimento y la manifestación del vómito, el cual era inducido. Esta concepción precisaba ya un padecimiento con características que se distinguían de la anorexia nerviosa.

- ❖ A partir de este momento, se puede notar que existe mayor interés por indagar más sobre el trastorno, es así como se empieza a precisar un diagnóstico para clasificarlo, así, encontramos los postulados de Janet, que publicó en su libro "las obsesiones y la psicastenia" diversos ejemplos de casos de bulimia, donde describe las observaciones de tres mujeres y un hombre que bien podían haber cumplido los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa. La riqueza de su trabajo reside en el hecho de haber asociado estas conductas con los trastornos afectivos y de ansiedad. En la actualidad dicha asociación es muy evidente.
- ❖ Otro autor que también puede considerarse importante dentro del estudio de la bulimia nerviosa es Wulff, ya que en 1932 realiza una descripción clínica de cuatro casos con alteraciones de la conducta alimentaria, observa que el cuadro clínico de dichos pacientes se caracteriza por episodios de voracidad, hipersomnolencia, depresión y alteraciones en la imagen corporal, Wulff da a este cuadro una explicación de carácter psicoanalítico, razón por la que centra su atención en la melancolía y adicción. Pese a ello, la descripción de Wulff corresponde muy bien con lo que hoy en día caracteriza al padecimiento bulímico.

Es hasta el de 1970 con Rusell, cuando se denomina a este padecimiento bulimia nerviosa y se define clínicamente por medio de reiterados cuadros que se caracterizan por episodios de sobreingesta, a los que le siguen vómitos inducidos, uso de laxantes y/o diuréticos con la finalidad de anular las consecuencias del atracón; lo más interesante de su aportación radica en el hecho de manifestar que dicho padecimiento estaba vinculado con los pacientes que rechazaban la posibilidad de ser obesas (os) (Turón, 1997).

Posteriormente, surgen diversas clasificaciones del trastorno, llegando finalmente a la consideración de la bulimia nerviosa como entidad clínica separada de la anorexia nerviosa y de otras enfermedades psiquiátricas, estableciéndose lo anterior en el DSM-III, sin embargo, el nombre definitivo de bulimia nerviosa aparece por vez primera en

el DSM-III-R, contándose desde esta fecha con los criterios específicos para diagnosticar a una persona con el padecimiento bulímico. A continuación se mencionarán dichos criterios, los cuales fueron tomados de la versión más reciente de dicho manual, el DSM-IV (1994):

- a) La manifestación de una conducta bulímica empieza con la aparición de episodios recurrentes de sobreingesta, el cual se caracteriza por: comer en un periodo discreto de tiempo (por ejemplo dos horas), una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de la gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
- b) Sentimiento de falta de control sobre la ingestión durante este episodio (sentir que no puede parar de comer).
- c) Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso, como vómitos inducidos, abuso de laxantes, diuréticos, y otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo.
- d) La autoestima está excesivamente influida por la figura y el peso.
- e) El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

En la bulimia nerviosa, al igual que en la anorexia también existen dos subtipos:

- ❖ *El tipo purgativo*, donde la persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de los laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.
- ❖ *El tipo no purgativo*, donde se presentan otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito, ni se abusa de los laxantes.

Existen ciertos estudios que proponen que ambos subtipos difieren, no sólo en términos conductuales sino también psicopatológicos, entre ellos encontramos el realizado por Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan y Woodside (1996), quienes examinaron las diferencias que existen entre ambos subtipos de bulimia nerviosa, empleando una muestra de 62 pacientes que habían sido diagnosticadas con este síndrome, a cada una de ellas les aplicaron la Entrevista Internacional de Diagnóstico (IDED), encontrando 17 casos de bulimia nerviosa purgativa y 45 no purgativa. Cabe mencionar que las del tipo purgativo mostraron en general, ser más

depresivas, ansiosas, usar drogas (alcohol, marihuana, cocaína), tener intentos de suicidio, así como ser abusadas sexualmente. Los autores concluyeron con estos resultados, que aún cuando ambos subtipos comparten características comunes, es necesario tener presente sus diferencias psicopatológicas, ya que en el caso de aquellas diagnosticadas como purgativas existen mayores trastornos psicológicos asociados, además de historias familiares disfuncionales, razón importante al plantear las alternativas de tratamiento.

A través de los criterios específicos para la bulimia nerviosa ha sido posible catalogar el padecimiento dentro de ciertos parámetros, entre los cuales el factor psicológico tiene una notable influencia, debido a que la presencia de dichas conductas no es habitual en cualquier ser humano, ya que denota cierto grado de ansiedad y obsesividad hacia la comida, además de un marcado sentimiento de culpa, por lo que se recurre a la práctica de conductas compensatorias que atacan y dañan su cuerpo.

Cabe destacar que aún cuando ya existan criterios específicos para el diagnóstico del padecimiento bulímico, en múltiples ocasiones es difícil descubrirlos, ya que el trastorno puede permanecer oculto gracias a que las conductas anómalas son practicadas de modo clandestino, no siendo percibidas por los miembros de la familia, quienes las aprecian sólo hasta que las consecuencias son drásticas y en muchas ocasiones letales.

Fombonne (1996) llevó a cabo una revisión de estudios desde 1980, donde se evaluó la sintomatología de bulimia y si existía algún incremento considerable en años recientes, para ello agrupó los diferentes estudios en tres categorías: los realizados con muestras clínicas, con muestras comunitarias y los que se llevaron a cabo por medio encuestas, todos ellos para ser incluidos debían informar sobre la presencia de sintomatología bulímica. Con base en sus resultados, menciona que existe actualmente mayor conocimiento de este trastorno alimentario, lo que ha llevado a una mayor detección y por lo tanto, atención médico- psicológica oportuna.

De acuerdo a todo lo anterior, es posible entender que lograr diagnosticar en etapas tempranas un padecimiento bulímico, requiere un conocimiento minucioso de todos aquellos factores que pueden orillar a un individuo a la práctica de este tipo de conductas, sobre todo si se considera que su aumento es considerable.

3.2. Modelos explicativos de la bulimia nerviosa

3.2.1. Modelo conceptual de Williamson

La bulimia nerviosa, de acuerdo con Williamson (1990), tiene algunas características en común con las de la anorexia nerviosa, principalmente en su núcleo psicopatológico, ya que habitualmente se manifiesta después del seguimiento de un período de dieta restrictiva. La figura 5, representa gráficamente el origen, desarrollo y mantenimiento del trastorno.

El modelo de Williamson específico para la bulimia nerviosa, considera que el rompimiento de una *dieta* conduce a estados de privación de energía e incremento del hambre, ocasionando consumo desmedido de alimentos, es decir, episodios de sobreingesta, los cuales al presentarse de modo recurrente tienden a ocasionar un incremento de peso, que invariablemente se verá seguido del intenso miedo en la persona por convertirse en obeso, aunado a esto también se presentarán serias distorsiones en la imagen corporal de dichas personas. A partir de tales hechos, la persona empieza a implementar hábitos purgativos como son: vómito inducido y abuso de laxantes, que tendrán la función de reducir la ansiedad producida por la pérdida de control y culpabilidad del atracón. Sin embargo, los hábitos purgativos tendrán el efecto de eliminar los nutrientes consumidos en los episodios sobreingestivos, generando en consecuencia pérdida de energía y disminución del hambre, lo que permite una repetición constante del ciclo sobreingesta - conductas compensatorias. Un resultado de la conducta purgativa será la reducción de la tasa metabólica, lo que muy probablemente incrementará la ganancia de peso. Por tanto, si los resultados de comer normalmente son la rápida ganancia de peso, el miedo a engordar se verá fortalecido, asimismo la frecuencia y severidad de las conductas de sobreingesta y purgativas tenderán a elevarse.

En la misma figura, también se observa, fuera del círculo central, la psicopatología secundaria frecuentemente asociada a la bulimia nerviosa, destacando la psicopatologías depresiva, que de acuerdo con los datos encontrados en la literatura se

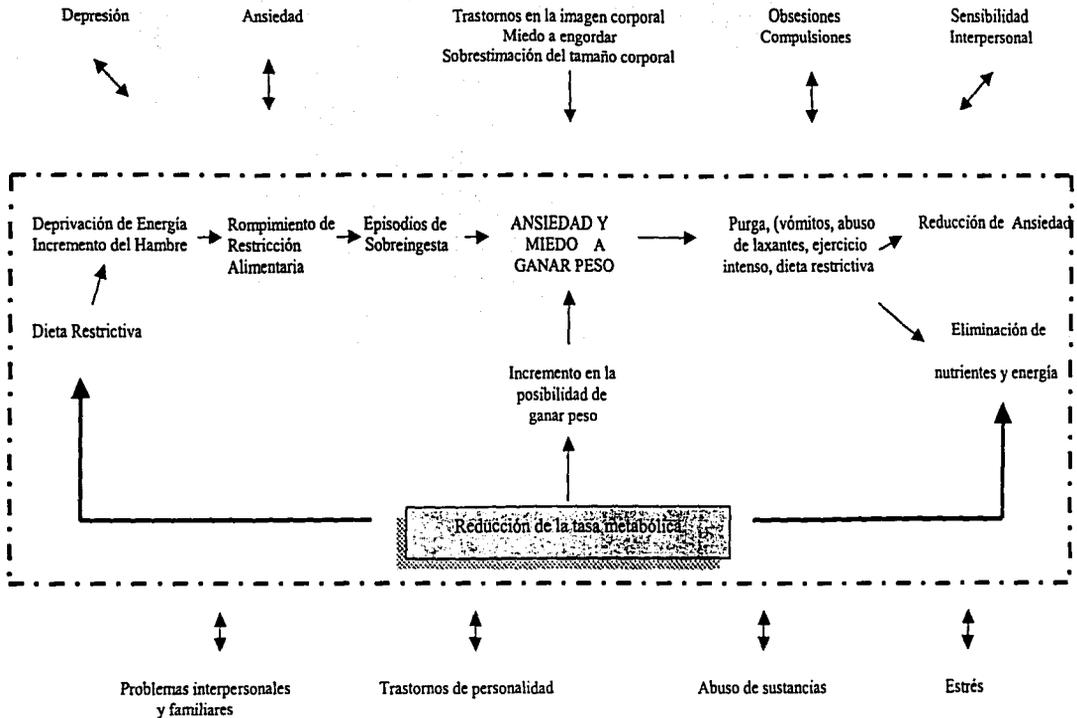


Fig. 5 Modelo Conceptual de la Bulimia Nerviosa (Williamson, 1990).

asocia muy frecuentemente con la bulimia nerviosa (Wiederman y Prior, 2000; Chapur y Mariani, 1999). No obstante, es importante mencionar que en múltiples casos los trastornos de ansiedad y las dificultades interpersonales son otras psicopatologías comorbiles a éste trastorno alimentario.

3.3. Etiopatogenia de la bulimia nerviosa

De modo similar a la anorexia nerviosa, en la bulimia también se ha reconocido un origen multicausal y por ende, la consideración de factores de riesgo que hacen al individuo más susceptible al desarrollo y mantenimiento de este síndrome.

❖ Factores de riesgo

No se puede establecer una única causa que desarrolle el trastorno bulímico, por el contrario, diversos estudios realizados en las últimas décadas revelan un origen multicausal, donde se involucran factores biológicos, socioculturales, familiares e individuales. Crispo, Figueroa y Guelar (1996) los han abordado con mayor detalle, a continuación se describirán de modo breve:

a) Factores Biológicos: la bulimia ha aumentado a una mayor velocidad que la anorexia durante los últimos cinco años, encontrándose una mayor incidencia en las jóvenes adolescentes de entre 12 a 25 años, además de ser característico del sexo femenino, de entre ellas destacan las gimnastas, bailarinas, modelos, azafatas, etc. Aunado a los elementos anteriores, se ha descubierto que al tener un peso normal o superior al ideal, tiene mayores probabilidades para el desarrollo del trastorno bulímico.

b) Factores Socioculturales: en una sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes interiorizan el mensaje y quedan atrapadas en la trampa que venera y cultiva la belleza asociada a la delgadez. La sociedad exige delgadez para triunfar, moda absurda que es imposible de seguir, ya que los factores genéticos o biológicos en múltiples casos serán determinantes para no poder alcanzar la anhelada figura delgada. Cabe mencionar que si

además de ello, el entorno familiar, la presión de su grupo de amigos y determinados rasgos de personalidad se conjuntan, resulta evidente que principalmente los jóvenes serán excelentes candidatos no a un título de belleza, sino a convertirse en esclavos de esta terrible enfermedad que día a día dañará su salud y estado mental.

c) Factores Familiares: la familia juega un papel importante, el exceso de protección, la poca o nula iniciativa que se inculca, el modo de educación que se transmite a los hijos para tomar decisiones y el poco fomento de habilidades sociales va generando progresivamente inseguridad y una constante preocupación por satisfacer la aprobación externa.

Se ha visto comúnmente, que en las familias en donde existe un miembro con bulimia nerviosa, son más conflictivas, desorganizadas, críticas, poco unidas; asimismo, la comunicación resulta escasa y contradictoria, todas éstas son razones de consideración para la manifestación de algún trastorno psicológico, en este caso centrado en la alimentación (Palma, 1997).

Diferentes estudios han constatado que en ocasiones existen problemas serios en el núcleo familiar de las chicas con bulimia nerviosa.

Un interesante estudio realizado por Pike (1991 cit. en Turón, 1997) compara las actitudes y conductas de las madres de pacientes con bulimia nerviosa con las de madres de adolescentes control, tratando de encontrar las posibles alteraciones en las pautas de ingestión y grado de satisfacción con el peso e imagen corporal. Sus resultados demuestran que las madres de las pacientes con bulimia nerviosa registraban mayores puntuaciones en las alteraciones de la ingestión e insatisfacción corporal, además una gran proporción de éstas, tenían antecedentes de seguimiento de dieta, iniciadas a edades tempranas. Los autores concluyen que las alteraciones en la ingestión e insatisfacción corporal en las pacientes bulímicas es un mecanismo imitativo de lo que ven en su entorno (principalmente sus madres), lo que las hace más fuertes para resistir la soledad y disfunción familiar vivida.

Cabe mencionar, que de igual forma que en la anorexia nerviosa, no todas las familias con bulimia nerviosa son causantes de trastorno, ya que como se ha

manifestado, es necesaria la asociación con factores como los socioculturales, biológicos o individuales para desarrollarla.

d) Características de personalidad: la bulimia nerviosa presenta ciertas características de personalidad comunes entre los individuos que la manifiestan, por lo común suelen aparecer con frecuencia antes de iniciarse el trastorno. Fairburn (1998) propone las siguientes:

- *Perfeccionismo:* muchas de las personas con bulimia nerviosa se rigen por un conjunto de normas excesivamente estrictas con respecto a sí mismo. Por ello, tienden hacia un perfeccionismo muy por encima de lo normal, lo cual tiende a afectar todos los aspectos de su vida, sin embargo éste se hace más evidente cuando se le relaciona con los aspectos concernientes a la alimentación.

Joiner, Rudd, Heatherton y Schmidt (1997) realizaron un estudio para examinar un modelo de estrés y el grado de relación que existía entre éste y el perfeccionismo, la percepción del peso y la sintomatología bulímica. Para ello aplicaron en 890 mujeres el Inventario de Trastorno Alimentario (EDI), el cual consta de ocho subescalas que miden entre otros aspectos los tres considerados para el estudio. Los resultados encontrados permitieron que los autores propusieran que el perfeccionismo puede ser considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología de bulimia nerviosa, pero sólo en aquellas mujeres que se perciben con sobrepeso, no así en las mujeres que no tienen una valoración negativa de su cuerpo y peso.

- *Baja autoestima:* los sentimientos de inadecuación, inutilidad, desprecio ó poca valía, son comunes entre quienes padecen bulimia nerviosa, ello propicia que toda su valoración personal se concentre en los logros que puedan adquirir con su figura y peso corporal.

Nagelberg, Hale y Ware (1984) evaluaron la sintomatología bulímica y ciertas características de personalidad en una muestra de 244 mujeres estudiantes, quienes acudían a la universidad. El estudio se realizó en dos fases: en la primera cada una de dichas jóvenes contestaron una versión modificada de la Restraint Scale (RS), que es un

cuestionario de 21 preguntas, donde se incluyen aspectos concernientes a altura, peso, atracones y autoinducción del vómito. De acuerdo con los datos obtenidos por la Restraint Scale se procedió a dividir a la población en tres grupos: el primero constituido por aquellas jóvenes que tenían atracones, el segundo integrado por aquéllas que se inducían el vómito y el tercero con aquéllas que no manifestaban ni purgas ni vómitos inducidos. En la segunda fase del estudio, cada una de las jóvenes fue entrevistada individualmente. Posteriormente procedieron a contestar la Compulsive Eating Scale (CES) que mide el grado de alimentación compulsiva; el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para medir el grado de depresión; el Cuestionario 16 Factores de Personalidad (16PF), para medir algunos rasgos de personalidad y la Tennessee Self Concept Scale (TSCS), que permite medir el autoconcepto. Los resultados obtenidos indicaron que la autoestima baja correlacionó significativamente con el grupo de chicas identificadas con "purga", no así las chicas con "atracon" que obtuvieron puntuaciones semejantes a las obtenidas por las chicas del grupo control. De acuerdo con lo anterior, se confirman los resultados hallados en la literatura, ya que las chicas que tienen sintomatología de bulimia nerviosa tienden manifestar niveles bajos de autoestima, esto es una pobre valoración de su persona, así como un bajo locus de control interno. Finalmente, los autores sugieren incluir grupos de hombres para establecer diferencias entre géneros.

- *Personalidad límite:* Este tipo de personalidad es frecuente entre las pacientes con bulimia nerviosa.

Davis, Claridges y Cerullo (1997) consideran que existe una alta asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y algunas características de la personalidad límite, razón por la que se propusieron demostrar que tienen un vínculo estrecho y proliferan en la mal adaptación del individuo. Para su estudio, consideraron una muestra de 191 mujeres jóvenes quienes respondieron a los siguientes instrumentos: Inventario de Trastorno Alimentario (EDI), Scale of the Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ), que mide la reacción emocional y la propensión a la ansiedad; Narcissistic Personality Inventory (NPI), con el que se evaluaron aspectos de

autoconcepto, sentimientos por la imagen corporal y niveles de ansiedad y depresión; para medir la personalidad límite se emplearon dos escalas elaboradas por los investigadores del estudio, las cuales retomaron los criterios establecidos por el DSM-III para el trastorno de personalidad límite. Cabe mencionar que a cada participante le fue tomado su índice de masa corporal. Los resultados mostraron que los sujetos que demuestran preocupación por su peso reflejan mayor sintomatología de bulimia, correlacionando significativamente con algunas características de personalidad, como son: la neurosis, el narcisismo, además de manifestar una personalidad límite. De lo anterior, proponen que la *personalidad límite* es un fuerte predictor de preocupación por el peso, que al igual que en otros estudios se ha visto, llega a desencadenar trastornos de la conducta alimentaria.

Es importante mencionar, que gracias a la atención concedida a los rasgos de personalidad en personas con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa), se han logrado establecer diferencias entre ambos. Así, actualmente sabemos que la paciente bulímica, se caracteriza por su mayor sociabilidad y tendencia a actuar de forma impulsiva o descontrolada, presentando por tanto, mayores rasgos de personalidad límite. Por el contrario, el perfil de personalidad en la anoréxica se centra mayormente en la introversión, el autocontrol y los trastornos obsesivos compulsivos. Todo ello propicia que se cuente con más herramientas para implementar un tratamiento completo que pueda tomar en cuenta estos aspectos y consecuentemente propicie efectos perdurables en este tipo de pacientes (López, cit. en Turón, 1997)

3.4. Comorbilidad y bulimia nerviosa

En cuanto a la bulimia nerviosa, se sabe que generalmente tiene asociado otros trastornos psiquiátricos como son: los trastornos de ansiedad, de personalidad, así como los depresivos, que han recibido gran atención por parte de la comunidad científica, generando mayor información al respecto.

Cabe destacar que sin excepción cualquier tipo de psicopatología asociada a la bulimia nerviosa ocasionará significativos problemas de manejo, acentuará la severidad de dicha patología y causará serias dificultades a las personas afectadas, a sus familiares y a la comunidad en su conjunto (Alarcón, 2000).

3.4.1. Bulimia nerviosa y depresión

La depresión genera cambios emocionales y conductuales (o incluso alteraciones funcionales en el SNC), los cuales dan lugar a alteraciones en las funciones cognitivas del individuo afectado. Si a dichos estados además se les asocia una patología como la de la bulimia nerviosa, es posible imaginar los daños que ocasionará en la estabilidad psicológica del individuo. Más de un tercio de pacientes con diagnóstico de bulimia o anorexia nerviosa padecen de depresión intermitente. Esta asociación clínica es relativamente frecuente y de hecho hasta un 9% o 10% de pacientes con trastornos alimentarios es considerado portador de "alto riesgo" suicida, de ahí la importancia que los especialistas han concedido a este trastorno psiquiátrico y su relación con la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (Alarcón, 2000).

Wiederman y Pryor (2000) investigaron la relación que existía entre la insatisfacción corporal, la depresión y la bulimia nerviosa, para ello emplearon una muestra de 233 mujeres: 91 con anorexia de tipo purgativo y 142 con bulimia nerviosa, a todas ellas les fue aplicado el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los resultados mostraron que la depresión tiene una correlación significativa con la imagen corporal, siendo éste un factor importante para el futuro desarrollo de un trastorno alimentario, especialmente bulimia nerviosa. Por tanto, los autores consideran que, de acuerdo con los resultados obtenidos y lo propuesto por la literatura, en las mujeres con trastorno alimentario existe una fuerte motivación para adelgazar, donde un papel notable lo constituye la constante presión social por la consecución de un cuerpo ideal, el cual al no alcanzarse provoca la insatisfacción con sus cuerpos, llegando a manifestar severos estados depresivos. De tal modo, concluyen que la bulimia nerviosa, la depresión y la insatisfacción corporal tienen

una fuerte asociación, siendo deseable su estudio a detalle para lograr establecer medidas preventivas en lo futuro.

Chapur y Mariani (1999) realizaron un estudio para investigar los niveles de depresión y alexitimia en pacientes de sexo femenino que padecían de bulimia y anorexia nerviosa. Para ello, evaluaron dos grupos de pacientes de sexo femenino compuesto por cien individuos cada uno. Al primer grupo (n=100) se le aplicó la Escala Autoadministrable de Depresión de Zung (ZDS) y al segundo grupo (n=100) la Escala de Alexitimia Toronto, (TAS), la cual es un cuestionario autoadministrable de 26 preguntas. Ambos grupos de pacientes no recibían tratamiento. Los resultados demostraron que 99% de las pacientes evaluadas presentaban niveles significativos de depresión, mientras que 71% de las mismas presentaban alexitimia. Estos resultados permiten confirmar un alto porcentaje de comorbilidad referente a depresión y alexitimia en pacientes de sexo femenino que padecen de bulimia y anorexia nerviosa.

Por su parte, Williamson, Kelly, Davis, Ruggiero y Blouin (1985) evaluaron la psicopatología de la bulimia nerviosa en comparación con sujetos normales u obesos, para ello emplearon una muestra de 45 mujeres (15 bulímicas, 15 normales y 15 obesas), a quienes se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minesota (MMPI), para evaluar una gran variedad de características de personalidad; la Symptom Checklist-90 (SCL-90) que midió los síntomas psicopatológicos como son la ansiedad, depresión y somatización; el Inventario de Depresión de Beck (BDI), que midió la sintomatología depresiva; así como una medición de su imagen corporal a través de un instrumento no estandarizado, el cual fue creado y empleado sólo para los fines del estudio. Los resultados mostraron que los sujetos con bulimia nerviosa presentaban mayor psicopatología de neurosis, depresión, ansiedad e impulsividad, comparados con los sujetos normales y obesos. Además, en dichos sujetos existe una marcada insatisfacción corporal, ya que en la evaluación corporal se percibieron con un tamaño mucho mayor al real, lo cual no se presentó en los sujetos normales y obesos. Cabe mencionar que los autores encontraron similitudes entre los bulímicos y obesos, principalmente en los hábitos alimentarios y la psicopatología obsesiva e impulsiva.

3.5. Consecuencias de la bulimia nerviosa

Cía (1995) realizó una descripción detallada de todas las consecuencias que la bulimia nerviosa provoca en las personas que la presentan, a continuación se mencionan algunas de ellas:

- ❖ *A nivel médico:* la erosión de los dientes, cavidades y problemas con las encías son comunes en la bulimia, los episodios bulímicos también pueden resultar en retención de agua, así como hinchazón e inflamación abdominal. Ocasionalmente, el proceso de comer excesivamente y el empleo de conductas purgativas, resulta en pérdida de líquidos y bajos niveles de potasio, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis. Además, los niveles peligrosamente menores de potasio pueden resultar en ritmos cardíacos mortales. Los incidentes de esófagos rotos debido a los vómitos forzados se han asociado con dificultad aguda del estómago e inclusive con ruptura del tubo alimenticio.
- ❖ *Problemas psicológicos y comportamientos de auto-destrucción:* las personas con bulimia son propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía. El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en las pacientes con anorexia nerviosa.
- ❖ *Medicamentos sin prescripción:* las personas bulímicas con frecuencia abusan de los medicamentos sin prescripción como los laxantes, supresores del apetito, diuréticos y las drogas que inducen el vómito, cabe aclarar el hecho de que ninguno de estos medicamentos se encuentra libre de riesgo.
- ❖ *Perspectivas a largo plazo:* en general se tienen mayores expectativas para el tratamiento de la bulimia que para el de anorexia, sin embargo, aún no es posible afirmar que un tratamiento ante cualquiera de los dos padecimientos tenga efectos permanentes.

4. VARONES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

4.1. Historia de los trastornos alimentarios en varones

Los trastornos alimentarios en los varones han sido poco estudiados a lo largo de la historia, existiendo pocas referencias detalladas sobre su manifestación.

Andersen (1997), investigador reconocido en cuanto a estudios con población masculina, realizó una minuciosa recopilación de algunos autores que en épocas pasadas habían atendido a algún varón con problemas en su conducta alimentaria.

- ❖ La primera descripción documentada la realizó Ricard Morton en 1694, con el caso del hijo del reverendo Mr. Steele, que tenía 16 años y fue víctima de una pérdida gradual del apetito, ocasionada por las largas horas de estudio y las altas metas que se autoexigía. Morton trató el caso logrando su recuperación, señalando en su expediente que el padecimiento tenía un origen de tipo nervioso.
- ❖ Tiempo más tarde, a mitad del siglo XIX, William Gull lleva a cabo el diagnóstico de otro varón con trastorno alimentario, sin embargo, del caso no existe una descripción tan detallada como el tratado por Morton.

Posterior a estos hallazgos, algunas causas influyen para que no se estudien los trastornos alimentarios en los varones, entre ellas podemos considerar:

- a) La teoría psicoanalítica: fue una de las primeras en tratar de explicar el origen de los trastornos alimentarios, describiéndolos como padecimientos característicos de la población femenina. Razón por la que basó su diagnóstico e investigación en el supuesto miedo de impregnación oral que obligaba a las pacientes a negarse a ingerir alimentos, además éstas presentaban una ausencia de ciclos menstruales. Por tanto, el psicoanálisis consideró que estos síntomas eran parte de un padecimiento *histérico*, el cual se originaba por una represión sexual, característica del sexo femenino.
- b) Por otra parte, los estereotipos sociales y culturales, están en mayor medida dirigidos a las mujeres, razón por la que se llegó a asumir que la manifestación de la psicopatología alimentaria era exclusiva del sexo femenino, lo cual originó que su

manifestación e incluso diagnóstico en los varones fuera omitido e incluso olvidado por la comunidad científica.

4.2. Epidemiología

En las últimas décadas, aproximadamente un 10% de los casos diagnosticados con trastorno alimentario corresponden al sexo masculino, significando que por cada 10 mujeres identificadas como vulnerables a manifestar trastorno alimentario, 1 varón los padece (Shiltz, 2000; Andersen, 1997).

Cabe mencionar, que en la actualidad el género masculino se está constituyendo en un grupo de interés para la comunidad científica, realizando una mayor investigación que ha permitido no sólo identificar aspectos similares, sino también aspectos diferentes a los manifestados por las mujeres que presentan algún trastorno alimentario.

4.3. Diagnóstico de trastornos alimentarios en varones

Andersen (1997) considera que los varones con trastorno alimentario se encuentran infradiagnosticados, debido a que en ellos los atracones u otras formas anómalas de alimentación no son socialmente mal vistas e incluso pueden tener patrones sobreingestivos evidentes sin que se sospeche de la presencia de algún trastorno de la conducta alimentaria.

Asimismo, considera que en innumerables ocasiones cuando los varones acuden al servicio médico por una serie de enfermedades —desnutrición, caída de cabello, gastritis, pérdida del apetito sexual, etc., que en algunos casos son producto de algún trastorno alimentario— los profesionales de la salud no asocian estos síntomas con la posible presencia de algún trastorno de la conducta alimentaria y por ello no diagnostican oportunamente el padecimiento.

Considerando lo anterior, Andersen (1997) establece que uno de los principales problemas en la investigación de los trastornos alimentarios con población masculina, es la falta de criterios específicos para el diagnóstico de trastorno alimentario en el varón,

ya que para diagnosticar por ejemplo, anorexia nerviosa es necesaria la ausencia de al menos tres ciclos menstruales, fenómeno que evidentemente los hombres no presentarán y que a la fecha no está comprobado que sea equiparable con la disminución del apetito sexual. Por tanto, considera de suma necesidad la investigación con esta población, e incluso menciona que sólo estudiando con mayor detalle este tipo de padecimientos, se podrá contar en lo futuro con criterios específicos y claros —como los propuestos en las mujeres— para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en varones.

4.4 . Factores de riesgo para los varones

En los varones no existe un modelo de psicopatología específico que considere los factores de riesgo que pueden dar origen a la presencia de trastorno alimentario. Sin embargo, Carlat y Camargo (1991) realizaron un análisis a fondo sobre la bulimia nerviosa en hombres, proponiendo que la asociación de algunos factores de riesgo podían originar el trastorno alimentario. A continuación se mencionarán algunos de ellos.

- a) **Edad de inicio:** Carlat y Camargo (1991) consideran que la edad de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario en el varón, se encuentra en un periodo que abarca de los 18 a los 26 años, debido a que los varones alcanzan su pubertad dos años más tarde que las mujeres por tanto, los cambios experimentados a nivel físico originan que en ellos se desarrolle una mayor tendencia a la musculatura que a la acumulación de grasa. Sin embargo, cuando por razones hereditarias o de constitución corporal, no se cuenta con un desarrollo muscular vigoroso algunos jóvenes comienzan a manifestar insatisfacción corporal, la cual de manera similar a lo ocurrido con las mujeres, los lleva a la búsqueda de métodos para conseguir una figura con la cual sean aceptados por los grupos sociales con los que habitualmente se relacionan (Casullo, González y Sifre, 2000; Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000).
- b) **Dieta:** A últimas fechas, se ha encontrado que existe un gran seguimiento de dietas en la población ya no sólo femenina, sino también masculina que (Schur, Sanders y Steiner,

2000; Hartley, 1996). Sin embargo, las razones por las que se implementan y siguen algún régimen alimentario no son las mismas. A raíz de ello, Andersen (1997) sugiere que en los varones estas motivaciones se deben principalmente a que:

- ❖ Quieren mejorar sus resultados en el deporte y conservar una buena forma física, además es importante destacar que más que restringir, elevan la cantidad de alimentos ingeridos.
 - ❖ Con frecuencia, antes de comenzar una dieta, se encuentran con un ligero sobrepeso e incluso obesidad, en cambio la mayoría de las mujeres que hacen dieta se encuentran en un peso normal e incluso por debajo del esperado para su edad y talla.
 - ❖ Como medio de prevención de alguna enfermedad crónica, más aún si saben que algún miembro de su familia la manifiesta.
 - ❖ En los varones homosexuales, la motivación por iniciar una dieta es la consecución de un mayor atractivo físico, con el objetivo de atraer o gustar a su compañero sexual (aspecto coincidente con el comportamiento de las mujeres).
- c) **Sobrepeso:** por razones fisiológicas, existen diferencias en la constitución corporal y la distribución de la grasa en los hombres y mujeres, esto origina que en los varones se presente menos acumulación de grasa corporal, aunado a que poseen un metabolismo más rápido que provoca un aprovechamiento más eficiente de nutrientes y por ende, menor tendencia al sobrepeso, sin embargo, cuando éste aparece en algunos casos sí se llega a asociar a los trastornos de la conducta alimentaria. Herzog (1989, cit. en Carlat y Camargo 1991), menciona que el sobrepeso e incluso la obesidad en los varones, es un factor importante para el desarrollo de la bulimia nerviosa y ha observado que en un gran porcentaje de casos diagnosticados con bulimia nerviosa, había antecedentes de sobrepeso e incluso, obesidad.
- d) **Imagen corporal:** en general, se ha observado que los varones se encuentran más satisfechos con sus cuerpos y no muestran serias distorsiones corporales, además son más conscientes de su peso y forma corporal que las mujeres. Asimismo, se sabe que en ellos existe más que un deseo por delgadez, un deseo por la consecución de una figura con musculatura prominente (Kaplan 1990 cit. en: Carlat y Camargo, 1991) . La tabla 1 resume algunos estudios que han evaluado la imagen corporal en el varón.

Autores	Muestra	Instrumentos	Hallazgos
IMAGEN CORPORAL			
Melamed, Kohan, Bunge y Arias (2000)	600 hombres y mujeres adolescentes.	Inventario de Trastornos Alimentario (EDI)	En los varones no existió preocupación por la ganancia de peso, así como tampoco se mostraron molestos con su forma corporal
Gómez -Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000)	1646 varones adolescentes y adultos jóvenes ($x= 17.6$ años)	Instrumento que evalúa Imagen Corporal (IIC), en su versión para adolescentes y adultos.	En los varones la figura ideal fue la tendiente a la musculatura, pero sin que esto signifique aumento de grasa corporal.
Edwards y Launder (2000)	303 varones jóvenes sin trastorno alimentario ni dismorfia corporal.	Swnasea Muscularity Attitudes Questionnaire (SMAQ) que evalúa actitudes y conductas asociadas a la musculatura.	En los varones existió un mayor deseo por conseguir musculatura, así como el empleo de ciertas conductas (dieta, ejercicio físico) para conseguir tal fin. Además existió una percepción positiva de la musculatura, asociándole a ésta masculinidad y atractivo físico.

Tabla 1. Estudios que evalúan la imagen corporal en los varones.

- e) **Factores individuales:** la baja autoestima, así como ciertas características de personalidad pueden hacer más vulnerable a un varón que a otro para el desarrollo de un trastorno alimentario (Kelly, Ricciardelli y Clarke, 1999; Carlat y Camargo, 1991).
- f) **Sexualidad:** para Carlat, Camargo y Herzog, (1997), los hombres homosexuales pueden estar en un mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario que los hombres heterosexuales, ya que ellos son fuertemente influidos por las presiones culturales de su comunidad, en donde es altamente valorada una figura delgada. Al respecto, Knowlton

(2000) encontró que el conflicto de género propició el inicio del trastorno alimentario en el 50% de los varones diagnosticados con este padecimiento.

- g) **Abuso de drogas y alcohol:** los hombres con trastorno alimentario muestran una mayor prevalencia en el abuso de drogas (cocaína principalmente), que incluso es más alta a la encontrada en el género femenino (Striegel-Moore, Garvin, Dohm y Rosenheck, 1999; Carlat y Camargo, 1991).
- h) **Factores familiares:** desde las concepciones tradicionales, la familia podría ser un factor importante para el desarrollo de un trastorno alimentario, si en ella existen características de estructura rígida, sobreprotección o desintegración, sin embargo y de acuerdo con lo expuesto en el capítulo dos, no siempre es la disfunción familiar el origen de la psicopatología alimentaria (Vázquez, 1997).
- i) **Factores socioculturales:** la sociedad va estableciendo notables divergencias entre géneros en lo que respecta a imagen corporal, haciendo más vulnerable al sexo femenino a manifestar un trastorno alimentario (ellas constantemente son presionadas para que consigan determinado peso, medidas o complexión). Sin embargo, actualmente la presión por conseguir determinada figura corporal parece también afectar al género masculino, exigiéndole el desarrollo de una musculatura prominente (Leit, Pope y Gray, 2001; Pereda, 2000).

Como podemos apreciar, los factores considerados como importantes para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en el varón, coinciden con algunos de los propuestos en las mujeres en el Modelo Conceptual Multideterminado de Toro y Vilardeñell (1987), los cuales fueron descritos con mayor detalle en el Cap. 2.

A pesar de lo anterior, es importante considerar que se requiere mayor investigación en este género, ya que ha sido notablemente descuidado e incluso, parecen existir divergencias con respecto a lo que origina un trastorno alimentario en las mujeres.

Por ejemplo, se ha observado que en los varones la concepción corporal no es similar a la manifestada por las mujeres, ya que debido a las diferencias biológicas, sociales y culturales, se ha aceptado y promovido en el varón un ideal corporal centrado en la fortaleza y vigor físico, mientras que en la mujer el ideal corporal tiende más a la

delgadez o fragilidad. De ahí, que en mayor medida los varones deseen musculatura o prominencia y no cuerpos esqueléticos. Lo anterior, pone de manifiesto la necesidad de considerar si el grupo masculino además de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, está desarrollando otro tipo de padecimientos que también se relacionan con la conducta alimentaria y que no consisten propiamente en la restricción alimentaria, sino en la búsqueda de una mayor desarrollo muscular, como lo que se ha denominado *Vigorexia*.

4.5. Vigorexia, la forma del culto al cuerpo masculino

El culto por el cuerpo parece también afectar al sexo masculino, así la imagen del hombre de final de siglo difiere considerablemente del modelo masculino que ha imperado en otras décadas: Jonh Wayne en los cuarenta, Burt Lancaster en los cincuentas, Steve McQueen en los sesenta y Burt Reynolds en los setentas. Ahora, ellos tienen que igualar los modelos impuestos por Calvin Klein en los ochentas, esto es, buscar el aspecto esbelto pero con musculatura, como el que representa Brad Pitt o el corpulento pero libre de grasa Nicolas Cage (Pereda, 2000).

A inicio de la década de los 90's surge el interés por estudiar en los varones un trastorno llamado Vigorexia, el cual tiene asociación con la conducta alimentaria, y presenta un cuadro sintomatológico similar al observado en la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Cabe mencionar, que éste se manifiesta en mayor medida en el género masculino, sin embargo, aún se encuentra en estudio.

Al psiquiatra Harrison G. Pope de la Facultad de Medicina de Harvard, se le atribuye el reconocimiento de la *Vigorexia*, la cual se ha infiltrado en los gimnasios y especialmente entre los fisicoculturistas. Se estima que entre 500,000 y 1,000,000 de hombres y mujeres están sufriendo una nueva forma de obsesión por su imagen, que se sitúa en el lado opuesto de la anorexia, ya que los pacientes se ven excesivamente delgados aunque posean un cuerpo muy musculoso (De la Paz, 2000).

La vigorexia se define en el momento actual como la situación creada a partir de una excesiva práctica del deporte y de una obsesiva persecución de la belleza física.

Los afectados son en su mayoría hombres de entre 18 y 35 años, que comienzan a dedicar demasiado tiempo a la práctica de ejercicio físico —principalmente pesas—, llegando a emplear de 3 a 4 horas diarias en esta actividad, e incluso llegan a utilizar gran parte de las horas destinadas a sus labores y ocupaciones cotidianas, con lo cual se ve afectada su calidad y estilo de vida (Fernández, 1999).

El Dr. Pope ha publicado sus hallazgos sobre la enfermedad y ha considerado la *Vigorexia* como un tipo de *dismorfia muscular*. En su experiencia clínica, ha encontrado que sus pacientes tienen los mismos pensamientos reiterados de los anoréxicos, empleando una serie de rituales como dedicar ciertas horas del día a elevar su musculatura, pesarse de forma constante y seguir una dieta estricta, todo con el objetivo de ganar una considerable masa muscular. De este modo, por más que un vigoréxico desarrolle su cuello, pectorales, bíceps y gemelos, nunca se verá lo bastante musculoso, ya que su obsesión por la musculatura le impide vivir con normalidad (De la Paz, 2000).

García (2000) menciona, que en lo que refiere al aspecto psicológico, estos pacientes tienen más riesgo de sufrir ansiedad o depresión, como sucede en las personas con anorexia o bulimia nerviosa, además tienen más probabilidades de abusar de ciertas sustancias perjudiciales al organismo como son los anabólicos. Así, mientras que las anoréxicas o bulímicas consumen laxantes, diuréticos o se enganchan a determinadas drogas, los afectados por la vigorexia suelen consumir hormonas, anabólicos o esteroides.

Al igual que ocurre con las anoréxicas, el perfil de los vigoréxicos corresponde a personalidades poco maduras. Son personas con problemas de autoestima y seguridad, que ven en su profesor de fisicoculturismo el ideal estético a seguir. Los vigoréxicos con frecuencia no suelen ir al médico, porque ni saben ni reconocen que están enfermos y en caso de que acudan a una consulta, no hacen caso de las recomendaciones médicas, ya que aún cuando se les advierta del grave riesgo que representa su obsesión, ellos siguen haciendo deporte sin medida alguna, ya que tienen una grave dependencia psíquica. Asimismo se ha encontrado que fuera del gimnasio y de las máquinas de musculación, los vigoréxicos son personas sumamente irritables.

Cabe aclarar que la vigorexia no se da en todos los gimnasios, ni en todos los que practican deporte, sino en aquéllos donde existe mayor práctica del fisicoculturismo. Otro peligro para los "esclavos del músculo" es la cantidad de sustancias que consumen para ganar masa y que sólo se consiguen en determinados círculos. A largo plazo, las hormonas y los anabólicos tienen serios efectos secundarios, como son cambios en el metabolismo e incluso pueden llegar a lesionar el hígado o el sistema cardiovascular de modo irreversible. Los vigorexicos también pueden tener problemas de disfunción eréctil, tanto por el abuso del ejercicio físico como el de los anabólicos que incluso puede llegar a ocasionar la muerte (Fernández, 1999).

4.6. ¿Por qué realizar estudios con población varonil mexicana?

4.6.1. Estudios con población mexicana

En México el término trastorno alimentario hasta hace 10 años era poco conocido, no obstante, en la actualidad existe mayor información sobre su origen, desarrollo y mantenimiento. Ello se debe en gran medida a las investigaciones realizadas por las instituciones, tanto educativas como de salud, que preocupadas por el incremento de este tipo de padecimientos han destinado recursos materiales y humanos para su estudio. Sin embargo, es importante mencionar que en la gran mayoría de dichos estudios se ha considerado principalmente a población femenina, originando que exista poca información sobre lo que ocurre con el género masculino, el cual actualmente se sabe no está exento a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

A continuación se presentarán algunos estudios realizados en población mexicana. Cabe aclarar que sólo se consideraron algunos, ya que no es el objetivo de éste apartado, describir todos los estudios que se han realizado en nuestro país. Para fines prácticos se conformaron tres categorías que intentan agrupar los aspectos que dentro del estudio de los trastornos alimentarios han recibido mayor atención, entre éstos se encuentra la sintomatología de trastorno alimentario, imagen corporal y las validaciones de algunos instrumentos diseñados para evaluar la sintomatología de trastorno alimentario, y

factores asociados como la influencia del modelo estético corporal y los aspectos cognitivos-conductuales.

❖ **Sintomatología de trastorno alimentario**

Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Manríquez y Román (1998) realizaron un estudio donde se evaluó la sintomatología de anorexia o bulimia nerviosa en población mexicana universitaria, además de identificar los factores de riesgo presentes en el grupo con sintomatología. Para ello se aplicó el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), el Cuestionario de Influencias de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) aplicado para establecer el grupo con y sin sintomatología con relación a los factores asociados; el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT), el Cuestionario de Bulimia (BULIT) y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). Los resultados aportaron datos interesantes, ya que, en primer término se clasificó a los participantes en dos grupos (con y sin sintomatología) para poder establecer diferencias entre ambos. Se encontró que hubo diferencias significativas con respecto a los factores de riesgo asociados, existiendo una correlación positiva entre la sintomatología y los factores como insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja autoestima, presión social, motivación por adelgazar, desconfianza interpersonal y perfeccionismo. Los resultados anteriores muestran, que a mayor presencia de estos factores, es también mayor la presencia de sintomatología de trastorno alimentario.

Villaruel y Cortés (2000) implementaron un estudio para detectar la presencia de factores de riesgo que influyen en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (preocupación por el peso corporal, conductas alimentarias de riesgo, alteración e insatisfacción de la imagen corporal) en una muestra de 97 estudiantes masculinos que practicaban y que no practicaban ejercicio. Cada participante respondió la Escala de Factores de Riesgo para el Desarrollo de Trastornos Alimentarios (EFRATA). Entre los resultados más importantes, se encontró que los hombres tanto deportistas como no deportistas se mostraron preocupados por el peso corporal y la comida, sin embargo, tendían a la ingestión compulsiva, además de mostrarse insatisfechos con su imagen

corporal. Cabe mencionar que los hombres que practican deporte son significativamente más propensos a desarrollar problemas en su conducta alimentaria. Los autores sugieren emplear un mayor número de disciplinas deportivas, con lo cual consideran se podrán tener más elementos para ayudar en los programas de prevención e intervención para las personas afectadas por estos padecimientos.

Por su parte, Escarria y Haro (2000), realizaron un estudio para identificar la prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes provenientes de una institución educativa de tipo privada en la Ciudad de Monterrey, así como los factores de riesgo característicos en dicha población. Emplearon una muestra de 222 mujeres y 117 varones con un rango de edad de 16 a 20 años, a cada uno le fueron aplicados 3 instrumentos: el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI); el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT) y el Cuestionario de Bulimia (BULIT). Los resultados indicaron que el 31.6% de la población en estudio presentó sintomatología de trastorno alimentario (4.1% casos de anorexia nerviosa; 15.9% de bulimia nerviosa y 11.5% de anorexia-bulimia). Los factores que caracterizaron a los hombres fueron el miedo a madurar, la ineffectividad, las conductas compensatorias y la sobreingesta; en cuanto a las mujeres, existe una mayor motivación para adelgazar, insatisfacción con la imagen corporal, restricción alimentaria, preocupación por la comida, obsesiones-compulsiones y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta. Las autoras concluyen que las mujeres fueron un grupo de mayor riesgo, encontrando una amplia variedad de factores asociados las conductas alimentarias.

❖ Imagen Corporal

Poblano y Trigueros (2000) realizaron un estudio que tuvo como objetivo conocer las variables que se encuentran relacionadas con los trastornos alimentarios, en tres diferentes niveles socioeconómicos (bajo, medio y alto). El estudio consideró una muestra de 468 jóvenes del sexo masculino, que acudían a preparatorias públicas y privadas; a cada uno de ellos les fue aplicada el Cuestionario de Alimentación y Salud (CAS), con el que se obtuvo información sobre el aspecto sociodemográfico, la imagen

corporal y las conductas alimentarias de riesgo. Asimismo se aplicó la Escala de Factores de Riesgo para el Desarrollo de Trastornos Alimentarios (EFRATA). Los resultados aportaron datos interesantes, ya que entre los hombres la autopercepción del peso corporal es independiente del nivel socioeconómico. Asimismo, el grupo de adolescentes se identifica en su gran mayoría con las figuras delgadas pero grusas y musculosas, lo cual coincide con los diversos estudios realizados con varones con respecto a su ideal corporal. Cabe mencionar, que los adolescentes que tuvieron algún antecedente de dieta restrictiva crónica denotaban alteraciones en su imagen corporal, lo cual indica que este factor es importante para el desarrollo de trastorno alimentario también en los varones. Los autores sugieren en futuras investigaciones la inclusión de una muestra más amplia y de tipo probabilístico, para lograr la generalización de los hallazgos.

San Germain (2000) investigó la relación que existe entre el peso corporal (obesidad y peso normal) y la conducta alimentaria de riesgo (satisfacción/insatisfacción), empleando una muestra de 245 estudiantes mexicanos preadolescentes (10 a 12 años), que cursaban el nivel secundaria y acudían a escuelas públicas y privadas. Cada participante contestó la Escala de Factores de Riesgo para el Desarrollo de Trastornos Alimentarios (EFRATA). Los resultados mostraron que entre los preadolescentes con sobrepeso u obesidad de ambos sexos se presenta una alteración en la imagen corporal, que tiende a encaminarlos a subestimar su cuerpo. En el caso de los preadolescentes delgados, estos también mostraron alteraciones corporales sólo que en éste caso sobrestimaron su cuerpo. En cuanto a satisfacción/insatisfacción corporal, se encontraron niveles significativos, siendo el grupo de las mujeres en donde con mayor medida se eligió una figura corporal delgada, mientras que en el caso de los varones la elección se centró más en una figura corporal gruesa. Para la autora, estos resultados son preocupantes si se considera que la insatisfacción corporal es un factor importante, que al conjuntarse con otros, puede llegar a desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria, razón importante para considerar algunas posibles medidas preventivas al respecto.

Raich, Mora, Sánchez-Carracedo, Torras, Viladrich, Zapater, Mancilla, Vázquez y Alvarez (2000) realizaron un estudio transcultural con el objetivo identificar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario e insatisfacción corporal en dos muestras de estudiantes provenientes de la Universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad Nacional Autónoma de México (334 y 492, respectivamente). Cada una de las participantes respondió: el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT), el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) y el Inventario de Trastorno Alimentario (EDI). Los resultados mostraron que las estudiantes españolas tienen puntuaciones más altas en cuanto a sintomatología de trastorno alimentario e insatisfacción corporal, mientras que las estudiantes mexicanas obtuvieron las mayores puntuaciones en el grado de perfeccionismo. Estas investigaciones transculturales permiten conocer la influencia del factor social en la manifestación de los trastornos alimentarios, siendo deseable realizarlo también con población infantil, varonil y adulta, para poder conocer con mayor detalle estos aspectos.

❖ Instrumentos

En México, se han utilizado instrumentos diseñados y validados en otros países para evaluar la sintomatología de trastorno alimentario, así como los factores asociados a ésta, sin embargo, es importante considerar que para conocer si los instrumentos empleados son confiables y útiles, es necesario llevar a cabo un proceso de validación. A continuación se describirán los estudios en los que se ha seguido este proceso.

- ❖ El Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40), es un autoinforme desarrollado para evaluar sintomatología y preocupaciones características de los trastornos alimentarios, fue diseñado por Garner y Garfinkel, (1979). Posteriormente, Castro, Toto, Salamero y Guimerá (1991), realizaron su traducción al español y validación con población española. En México, éste instrumento fue adaptado por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la FES-UNAM Iztacala, sin embargo no se había realizado su validación. Por lo que, Alvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmitré (en prensa), decidieron evaluar las propiedades psicométricas de dicho instrumento

en la población mexicana. La muestra, incluyó a 2169 mujeres estudiantes, con un rango de edad de 13 a 30 años, que provenían de instituciones públicas y privadas. A todas, les fue aplicado el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40). El análisis de los componentes, derivó siete factores, que explicaron el 37.2% de la variabilidad total: 1) Motivación por adelgazar, 2) Evitación de alimentos engordantes, 3) Preocupación por la comida, 4) Presión social percibida, 5) Obsesiones y compulsiones, 6) Patrones y estilos alimentarios y 7) Conductas compensatorias. A partir de estos resultados, los autores consideran que el EAT-40, es un instrumento que parece identificar a las personas con sintomatología de trastorno alimentario de aquellas que no lo manifiestan, además de ser un instrumento con una buena consistencia interna.

- ❖ El Cuestionario de Bulimia (BULIT), es un autoinforme que se diseñó para evaluar la sintomatología de Bulimia Nerviosa. Fue creado y validado por Smith y Thelen (1984). En población española se adaptó y validó por Mora (1992). En el caso de México, solo se había llevado a cabo una adaptación por el Proyecto de Investigación en Nutrición FES Iztacala. A partir de ello, Alvarez, Mancilla y Vázquez (2000), evaluaron las propiedades psicométricas de dicho instrumento en la población mexicana. Consideraron una muestra de 2168 estudiantes del sexo femenino, con un rango de edad de 15 a 30 años, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Bulimia (BULIT). El análisis de los principales componentes derivó tres factores, que explicaron el 33.2% de la variabilidad total: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control en la alimentación 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y 3) Conductas compensatorias. Asimismo, se encontró que el instrumento tiene una buena consistencia interna y es capaz de identificar a las personas que manifiestan sintomatología de trastorno alimentario de aquellas que no lo manifiestan.
- ❖ El Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), es un instrumento que tiene por objetivo medir la influencia de los agentes y situaciones que transmite el modelo estético actual. Fue diseñado por Toro, Salamero y Martínez (1994). En México sólo se contaba con una adaptación, por lo que Vázquez, Alvarez

y Mancilla (2000), evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento. Emplearon una muestra de 1001 estudiantes mujeres, con un rango de edad de 14 a 33 años. Los resultados identificaron cuatro factores que explicaron el 45.3% de la varianza total: 1) Influencia de la publicidad, 2) Malestar con la imagen corporal, 3) Influencia de los modelos estéticos y 4) Influencia de las relaciones sociales. Cabe mencionar que el instrumento mostró buena consistencia interna. Los autores concluyen que es necesario evaluar en estudios futuros la validez predictiva del instrumento en pacientes con y sin trastorno alimentario.

- ❖ El Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), es un autoreporte que evalúa las dimensiones cognitivo-conductuales asociados a los trastornos alimentarios, Garner, Olmsted y Polivy (1983), diseñaron y validaron este instrumento. Por su parte, Guimerá y Torrubia (1987), realizaron la traducción al español y la validación en población española. En México, Alvarez y Franco (2000), evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento. La muestra que consideraron fue de 669 estudiantes mujeres, con un rango de edad de 14 a 33 años. El análisis factorial de los principales componentes, mostró que las ocho subescalas del EDI son adecuadas, explicando el 41.7% de la varianza total: 1) Motivación por adelgazar, 2) Insatisfacción corporal, 3) Desconfianza interpersonal, 4) Miedo a madurar, 5) Bulimia; 6) Inefectividad, 7) Identificación interoceptiva y 8) Perfeccionismo. Las autoras concluyen que el instrumento es confiable para identificar a las personas con sintomatología de trastorno alimentario —especialmente las que presentan bulimia nerviosa—. Asimismo, proponen realizar más estudios para evaluar el factor Perfeccionismo, ya que mostró inconsistencia en la confiabilidad y validez.

Como se pudo constatar en la revisión de los apartados anteriores, a pesar de encontrar un número considerable de estudios con respecto a los trastornos alimentarios, la mayor parte se han realizado con población femenina. Siendo los varones, uno de los grupos que ha recibido poca atención, y a pesar de que existen estudios al respecto, en ninguno de ellos se ha contemplado la detección de la psicopatología alimentaria, así como tampoco se han establecido los factores de riesgo que pueden originar la presencia

de éstos padecimientos. Por tanto es importante trabajar con éstos aspectos, para tener elementos necesarios que puedan ayudar al desarrollo de programas de prevención e intervención, logrando que los varones también sean diagnosticados y tratados tempranamente.

Considerando lo anterior, el presente estudio constituye uno de los primeros intentos en nuestro país para realizar detección de psicología alimentaria en varones, además de establecer los factores de riesgo tanto en el género masculino como en el femenino.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Detectar la presencia de trastorno alimentario, así como de algunos factores asociados, en una población de jóvenes hombres y mujeres con escolaridad básica, media y superior, provenientes de instituciones públicas y privadas.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1) Determinar los factores de riesgo en la presencia y la sintomatología de trastorno alimentario en mujeres.
- 2) Determinar los factores de riesgo en la sintomatología de trastorno alimentario en hombres.
- 3) Analizar las diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en cuanto a la sintomatología de trastorno alimentario: Motivación por adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, presión social percibida, obsesiones y compulsiones, patrones y estilos alimentarios, conductas compensatorias, sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, así como sus factores asociados: Insatisfacción Corporal, Influencia de los Modelos Estéticos Corporales y Aspectos Cognitivos Conductuales.
- 4) Evaluar la relación que existe entre el nivel socioeconómico, el índice de masa corporal, la edad, la sintomatología de trastorno alimentario y los factores asociados a ésta.

MÉTODO

Sujetos: la muestra fue no probabilística y se conformó por 525 personas, 288 mujeres y 237 hombres, con en un rango de edad de 12-28 años, provenientes de instituciones educativas tanto públicas como privadas de la zona metropolitana de la Ciudad de México, cuyas características se presentan en la tabla 1M.

Escolaridad	Tipo de Escuela	Escuela	Mujeres	Hombres	Total
Licenciatura	Pública	FES Iztacala	40	4	44
Licenciatura y Preparatoria	Privada	UVM "Bosques del Lago"	48	53	101
Preparatoria	Pública	CCH Naucalpan	31	9	40
Secundaria	Pública	Escuela Secundaria 110	101	96	197
Secundaria	Privada	Instituto San Angel	19	25	44
Secundaria	Privada	Escuela Justo Sierra	49	50	99
Total			288	237	525
Promedio de Edad			15.81 (DE=3.12)	15.16 (DE= 2.80)	15.52 (DE= 3.00)

DE= Desviación Estándar

Tabla 1M. Características generales de la muestra utilizada.

Tipo de diseño: el diseño empleado, corresponde al no experimental de tipo transeccional correlacional/causal. Se considera no experimental porque no se manipulan deliberadamente las variables, por tanto sólo se observan los fenómenos tal y como se presentan en el ambiente natural del individuo. Es correlacional debido a que establece asociaciones entre variables y además causal porque identifica relaciones de causalidad.

Instrumentos:

- ❖ **Hoja de Datos Generales:** creada por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM), tiene por objetivo obtener información general del individuo como: nombre, edad, fecha de nacimiento, peso, estatura, grado de estudios, ocupación y nivel socioeconómico, el cual se obtuvo por medio de los apartados Nivel de Estudios de los Padres y Ocupación.

Cabe mencionar que para su cálculo se consideró el índice y los baremos propuestos por Hollingshed (cit. en Vázquez, 1997), tomando en cuenta las 11 categorías existentes en el Nivel de Estudios y las 10 consideradas en Ocupación, las cuales se emplearon del siguiente modo:

$$\frac{[(P.Papá \times 5) + (E.Papá \times 3)] + [(P.Mamá \times 5) + (E.Mamá \times 3)]}{2}$$

donde: P= Profesión

E= Escolaridad

- ❖ **Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT)**, creado y validado en población norteamericana por Garner y Garfinkel (1979), evalúa la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos alimentarios y consta de 40 preguntas con 6 opciones de respuesta. Fue adaptado y validado en población mexicana por Alvarez (en prensa), quien sugiere para México un punto de corte ≥ 28 y una estructura de siete factores: 1) motivación para adelgazar, 2) evitación de alimentos engordantes, 3) preocupación por la comida, 4) presión social, 5) obsesiones y compulsiones, 6) patrones y estilos alimentarios y 7) conductas compensatorias.
- ❖ **Cuestionario de Bulimia (BULIT)**, creado y validado por Smith y Thelen (1984), con el objeto de identificar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de la Bulimia Nerviosa, consta de 36 preguntas con cinco opciones de respuesta. Fue adaptado y validado en México por Alvarez (2000), sugiriendo un punto de corte ≥ 85 y una estructura de tres factores: 1) sobreingesta y sensación de pérdida de



- control sobre la alimentación, 2) sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y 3) conductas compensatorias.
- ❖ **Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)**, fue elaborado y validado en población española por Toro, Salamero y Martínez (1994), con el objetivo de explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal (esbeltez). Consta de 40 preguntas con tres opciones de respuesta, su punto de corte es de 23-24. En población mexicana fue validado por Vázquez, Alvarez y Mancilla (2000), quienes proponen cuatro factores para población mexicana: 1) influencia de la publicidad, 2) malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso, 3) influencia de los modelos estéticos corporales e 4) influencia de las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos.
 - ❖ **Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)**, fue creado y validado en población estadounidense por Cooper, Taylor, Cooper, Fairburn (1987), con el objetivo de explorar la autopercepción respecto a la imagen corporal, así como identificar la presencia de insatisfacción corporal. Consta de 34 preguntas con seis opciones de respuesta; su punto de corte es ≥ 105 , y no posee factores.
 - ❖ **Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)**, creado y validado en población norteamericana por Garner, Olmsted y Polivy (1983). Evalúa algunas características cognitivas y conductuales de la Anorexia y Bulimia Nerviosa, consta de 64 preguntas con seis opciones de respuesta, no tiene punto de corte. Está compuesto por ocho subescalas: 1) motivación para adelgazar, 2) insatisfacción corporal, 3) miedo a madurar, 4) bulimia, 5) identificación interoceptiva, 6) ineffectividad, 7) perfeccionismo y 8) desconfianza interpersonal. En México, Alvarez y Franco (2000), realizaron la validación de este instrumentos, encontrando que las ocho subescalas mencionadas anteriormente, son adecuadas para nuestra población.
 - ❖ **Índice de Masa Corporal (IMC)**: (peso/estatura²), el cual establece una relación de la proporción del peso con respecto a la estatura, con lo que es posible obtener un diagnóstico del déficit o exceso del peso corporal. Su clasificación, de acuerdo con

Saucedo y Gómez (1997), es la siguiente: menor a 15 infrapeso; 15-18.9 bajo peso; 19-22.9 normal; 23-27 sobrepeso y mayor a 27 obesidad.

- ❖ **Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV, Kustlesic, Williamson, Gleaves y Barbin, 1998)**, tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y sobreingesta compulsiva, considerando los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Todos los cuestionarios fueron adaptados para población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM- FES Iztacala. Es importante mencionar que los cuestionarios originales incluyen preguntas con tendencia femenina, por tanto fue necesario realizar una adaptación especial para que los varones considerados en este estudio contestaran de modo más completo todos los instrumentos.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en dos fases, existiendo un lapso de tiempo entre éstas de 1 semana, aproximadamente.

1ª Fase:

Se presentó en cada institución educativa un protocolo que explicaba de manera detallada los objetivos de la presente investigación. Posteriormente, fueron seleccionados de manera aleatoria los grupos de adolescentes y jóvenes que participarían en la misma.

Los instrumentos se aplicaron en los espacios y horarios asignados por las instituciones. Cabe mencionar que los participantes fueron separados en dos aulas: una donde se encontraban mujeres y en otra hombres. Lo anterior se implementó porque los instrumentos aplicados contienen preguntas específicas para cada sexo.

A todos los participantes se les repartieron los cuadernillos de preguntas, así como las hojas de respuesta de cada uno de los cuestionarios. Una vez distribuidos los cuestionarios se procedió a dar las instrucciones para que fueran contestados,

enfatizando la importancia de su colaboración y garantizando la confidencialidad de la información proporcionada.

El orden de aplicación de los instrumentos en la primera fase fue el siguiente: Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y Cuestionario de Bulimia (BULIT). Además, en esta primera fase se tomaron las medidas antropométricas de cada uno de los participantes para obtener el Índice de Masa Corporal.

2ª Fase

Una vez que los cuestionarios de sintomatología fueron contestados y calificados, en las personas que rebasaron el punto de corte del instrumento EAT (≥ 28) y BULIT (≥ 85) se procedió a valorar por medio de la Entrevista Diagnóstica de Trastorno Alimentario (IDED) la presencia de trastorno alimentario, canalizando los casos diagnosticados a instituciones adecuadas para su tratamiento.

Finalmente y dentro de las actividades destinadas, los adolescentes y jóvenes respondieron los instrumentos restantes: Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) e Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI).

MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Los estadísticos descriptivos que se emplearon en la presente investigación fueron:

- Porcentaje (%): Empleado para calcular la proporción de casos que superaron el punto de corte en cada uno de los instrumentos empleados, el índice de masa corporal y los casos diagnosticados con algún trastorno alimentario.

Medidas de Tendencia Central:

- Media (X): Empleada para calcular el promedio de las variables utilizadas en cada uno de los grupos.

Medidas de Dispersión

- Desviación Estándar (DE): Que se calculó para conocer el grado de dispersión de los datos.
- Error Estándar (EE): Calculado para estimar el grado de incertidumbre con respecto a los datos obtenidos.

El análisis de los resultados serán presentados en el siguiente orden:

1) Características generales de la muestra

- En primer lugar se obtuvo, por medio de la Entrevista de Diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED), el número de casos con Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno Alimentario No Específico (TANE) y Sobreingesta^o.
- Se realizó un análisis descriptivo de las variables Índice de Masa Corporal, Nivel Socioeconómico y Edad, de la muestra estudiada. Cabe mencionar que el mismo procedimiento fue empleado para analizar el número de casos que superaron el punto de corte en cada uno de los instrumentos considerados en este estudio.

^o La sobreingesta puede ser considerada como un T.A.N.E., pero a diferencia de éstos, existen criterios específicos para diagnosticar dicho trastorno alimentario, —que están en investigación—, por lo que en el presente estudio se consideró como otro trastorno alimentario.

- 2) Comparación entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología y control con respecto los factores: insatisfacción corporal, influencia del modelo estético corporal, así como los aspectos cognitivos- conductuales
- En primer lugar, se consideró a todas las personas que rebasaron el punto de corte de alguno de los dos instrumentos que evalúan sintomatología de trastorno alimentario (EAT y/o BULIT), quienes conformaron los **Grupos con Sintomatología para mujeres (n=59) y para varones (n=34)**.
 - Para conformar el grupo control tanto de mujeres (n=59) como de varones (n=34), se eligió de manera aleatoria del total de la muestra, un número similar de participantes que al entrevistarse no fueran diagnosticados con algún trastorno alimentario, así como tampoco rebasaran el punto de corte de los cuestionarios EAT y/o BULIT.
 - Los grupos (sintomatología y control), se compararon a través de un Análisis de Varianza (ANOVA) de un sólo factor, para saber si existían diferencias con respecto a los factores asociados a la Sintomatología de Trastorno Alimentario (Influencia de los Modelos Estéticos Corporales, Insatisfacción Corporal y Aspectos Cognitivos y Conductuales). Además de las variables Índice de Masa Corporal, Nivel Socioeconómico y Edad, también se realizó un análisis empleando esta misma prueba estadística, buscando de igual manera saber si existían diferencias con respecto a la Sintomatología de Trastorno Alimentario.
- 3) Asociación entre la sintomatología de trastorno alimentario de hombres y mujeres con la insatisfacción corporal, influencia de modelos estéticos corporales, aspectos cognitivos-conductuales, nivel socioeconómico, índice de masa corporal y edad.
- Por medio de la correlación r de Pearson (r), se llevó a cabo el análisis de las asociaciones entre la sintomatología de trastorno alimentario y los factores:

Influencia de los Modelos Estéticos Corporales, Insatisfacción Corporal, Aspectos Cognitivos y Conductuales, Índice de Masa Corporal, Nivel Socioeconómico y Edad.

Para una mejor comprensión en las tablas de resumen de las matrices de correlaciones sólo se describen las relaciones que fueron significativas y que obtuvieron un coeficiente de correlación $r \geq 0.40$. Para cualquier duda en los anexos 1,2, se presenta la matriz completa.

4) Factores de riesgo:

Para la sintomatología de trastorno alimentario

- Se utilizó un análisis de regresión para identificar los factores de riesgo que pueden predecir sintomatología de trastorno alimentario en hombres y mujeres.
- Para llevar a cabo este análisis se conformaron dos grupos para mujeres y dos para varones —sintomatología y control—
- **Los grupos con sintomatología** estuvieron conformados por aquellas personas que rebasan el punto de corte en cada uno de los instrumentos que evalúan la sintomatología de trastorno alimentario (EAT y/o BULIT). Estos grupos no incluyeron a las personas que fueron diagnosticadas con algún trastorno alimentario, por lo que en el caso de las mujeres se trabajó con ($n= 38$) y en los varones ($n=31$).
- Para integrar los **grupos control** se seleccionó a 38 mujeres y 34 varones de los grupos control conformados en el análisis estadístico anterior (ANOVA).
- Posteriormente, se tomó de la matriz de correlaciones, aquellas variables que fueron significativas y con un coeficiente de correlación $r \geq 0.40$.
- Se procedió a realizar en un primer momento un análisis de regresión simple, obteniendo los factores que de modo individual pueden predecir la sintomatología de trastorno alimentario (ver tabla 1M)
- Enseguida se aplicó un análisis de regresión múltiple, considerando todas las variables utilizadas en el análisis de regresión anterior, con lo cual se pudo obtener el

factor de riesgo más adecuado para predecir la sintomatología de trastorno alimentario tanto en las mujeres como en los varones (tabla 1M).

Grupos/ Sexo	Cont.	Sinto.	Variables empleadas en el Análisis de Regresión Simple	Variables empleadas en el Análisis de Regresión Múltiple
Mujeres (n=76)	N=38	N=38	- Total BSQ - Total CIMEC - Factor I CIMEC - Factor II CIMEC - Factor III CIMEC - Identificación interceptiva (EDI)	- Total BSQ - Total CIMEC - Factor I CIMEC - Factor II CIMEC - Factor III CIMEC - Identificación interceptiva (EDI)
Hombres (N=68)	n=34	n=34	- Total BSQ - Total CIMEC - Factor I CIMEC - Factor II CIMEC - Factor III CIMEC - Inefectividad (EDI)	- Total BSQ - Total CIMEC - Factor I CIMEC - Factor II CIMEC - Factor III CIMEC - Inefectividad (EDI)

Tabla 1M. Grupos con sintomatología de hombres y mujeres para el análisis de regresión múltiple.

Factor I CIMEC: Influencia de la publicidad Factor II CIMEC: Malestar con la Imagen Corporal

Factor III CIMEC: Influencia del Modelo Estético Corporal

Factores de riesgo para trastorno alimentario.

- En el caso de las mujeres también fue posible llevar a cabo un análisis de regresión para obtener el factor de riesgo más adecuado para predecir trastorno alimentario. En el caso de los varones no fue posible realizar este mismo análisis, debido a que el número de casos diagnosticados con trastorno alimentario fue notablemente menor, razón por la que se decidió llevar a cabo un análisis de tipo cualitativo con dichos jóvenes.
- El procedimiento fue semejante al empleado en el análisis de regresión anterior, sólo que en este caso se conformó un grupo con trastorno y uno control. En lo que refiere al primero, se incluyó a las jóvenes que rebasaron el punto de corte de algunos de los instrumentos EAT y/o BULIT. A su vez, estas jóvenes fueron entrevistadas diagnosticándoles algún trastorno alimentario, conformando por tanto, el grupo con trastorno, que contemplo un total de 26 jóvenes.

- El mismo grupo control de mujeres conformado en el análisis de regresión previo fue empleado (n=38).
- Se procedió en un primer momento a aplicar un análisis de regresión simple, el cual consideró a las variables que obtuvieron un coeficiente de correlación $r \geq 0.40$, posteriormente se aplicó con estas mismas variables un análisis de regresión múltiple para obtener el factor de riesgo más adecuado para predecir trastorno alimentario (tabla 2M).

Grupos Sexo	Cont	Trastorno	Variables empleadas en el Análisis de Regresión Simple	Variables empleadas en el Análisis de Regresión Múltiple
Mujeres (n=64)	n=38	n=26	- Total BSQ - Total CIMEC - Factor I CIMEC - Factor II CIMEC - Factor III CIMEC - Identificación interceptiva (EDI)	- Total BSQ - Total CIMEC - Factor I CIMEC - Factor II CIMEC - Factor III CIMEC - Identificación interceptiva (EDI)

Tabla 2M. Grupo de mujeres con trastorno y control para el análisis de regresión múltiple.

Factor I CIMEC: Influencia de la publicidad Factor II CIMEC: Malestar con la Imagen Corporal
Factor III CIMEC: Influencia del Modelo Estético Corporal

RESULTADOS

❖ Características generales de los participantes considerando el diagnóstico de la entrevista (IDED)

Con base en la Entrevista de Diagnóstico de los Trastornos Alimentarios (IDED), se encontró que del total de los participantes (n= 525), el 5.51% presentó un trastorno alimentario, siendo el grupo de mujeres el que representó un mayor porcentaje (4.94%) que el de los varones (0.57%), sin embargo, es importante precisar que en ambos sexos, el Trastorno Alimentario No Específico (TANE) fue el más frecuente (3.80%), asociándose principalmente a la sintomatología de bulimia nerviosa. Estos datos son presentados en la tabla 1R.

Grupos	Diagnóstico				
	Sin Trastorno	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa	TANE	Sobreingesta
Hombres (n= 237)	234 44.57%	—	—	2 0.38%	1 0.19%
Mujeres (n=288)	262 49.90%	2 0.38%	5 0.95%	18 3.42%	1 0.19%
Total (N=525)	496 94.47	2 0.38%	5 0.95%	20 3.80%	2 0.38

Tabla 1R. Clasificación de participantes de acuerdo al sexo y al diagnóstico de la Entrevista de Diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED).

TANE= Trastorno Alimentario No Específico

❖ **Casos que superaron el punto de corte en cada uno de los instrumentos.**

El porcentaje de la muestra que superó el punto de corte de cada uno de los instrumentos empleados, se presenta en la tabla 2R.

NUMERO DE CASOS QUE SUPERARON EL PUNTO DE CORTE				
Grupos	EAT \geq 28	BULIT \geq 85	CIMEC \geq 24	BSQ \geq 105
Hombres (n= 237)	4.64% (n=11)	10.54% (n=25)	25.31% (n=60)	3.79% (n=9)
Mujeres (n=288)	11.45% (n=33)	12.15% (n=35)	43.75% (n=126)	24.65% (n=71)
Total (N=525)	8.38% (n= 44)	11.42% (n=60)	35.42% (n=186)	15.23% (n=80)

TABLA 2R. Porcentaje de hombres y mujeres que superaron el punto de corte de cada uno de los instrumentos: Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (EAT), Cuestionario de Bulimia (BULIT), Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) y Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC).

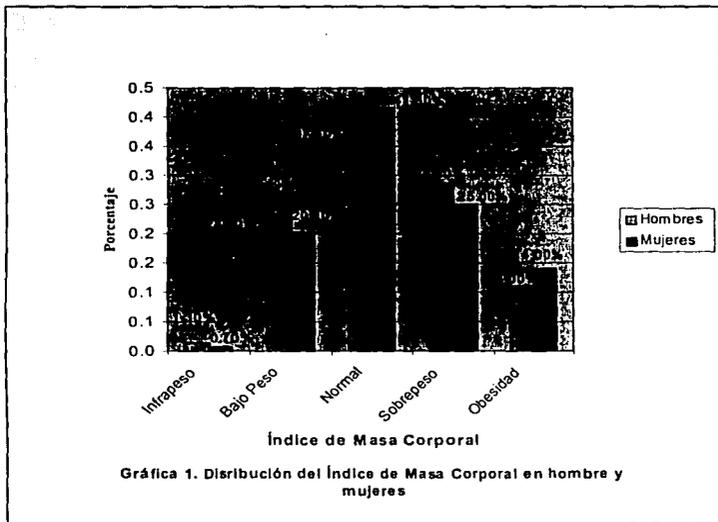
Al considerar la sintomatología de trastorno alimentario a través de los cuestionarios EAT y BULIT, se aprecia que este último es el que obtuvo un mayor número de casos que rebasaron el punto de corte, tanto en el grupo de las mujeres (12.2%) como en el de hombres (10.5%).

Con respecto a los demás instrumentos, el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) fue el que presentó un mayor número de casos que rebasaron su punto de corte (n=186). En el caso de las mujeres éste fue notablemente mayor que el registrado en los varones.

Finalmente, con el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), la frecuencia de Insatisfacción Corporal más alta, nuevamente se presentó en el género femenino, sin embargo, un dato importante es que en este instrumento, a diferencia de los anteriores, el número de varones que rebasaron el punto de corte fue notablemente inferior.

❖ Análisis del Índice de Masa Corporal (IMC)

La distribución de casos con respecto al Índice de Masa Corporal (IMC) en hombres y mujeres, así como los promedios de éste Índice de Masa Corporal (IMC) de acuerdo con la clasificación de Saucedo y Gómez (1997), se localiza en la gráfica 1 y tabla 3R respectivamente.



Como se observa, el mayor número de casos se ubicó dentro del rubro de *normalidad*, indicando que en gran parte de la población estudiada el Índice de Masa Corporal es el adecuado de acuerdo con la edad, nivel de actividad física y género.

Sin embargo, como se puede observar en la tabla 3R, existen datos que manifiestan divergencias importantes entre el género femenino y masculino. Así por ejemplo, el grupo de mujeres obtiene en el rubro *infrapeso*, un promedio que es menor al esperado, no así los varones que a pesar de obtener también un promedio bajo, éste se acerca más al propuesto por Saucedo y Gómez (1997). Con respecto a los varones, el rubro *obesidad* es el que obtiene el promedio más alto que incluso mayor al obtenido por las mujeres. Es impornate mencionar que tanto el *infrapeso* como la *obesidad* son índices de masa corporal extremos que tienen serias implicaciones para la salud.

Grupos	Infrapeso ≥ 15	Bajo Peso ≥18,9	Normal ≥22,9	Sobrepeso ≥27	Obesidad < 27
Mujeres (N=288)	X=11.30 DE=3.11	X=17.11 DE=1.35	X=21.05 DE=1.11	X=24.96 DE=1.26	X=30.60 DE=3.30
Hombres (N=237)	X=14.10 DE=.75	X=17.62 DE=1.01	X=21.05 DE=1.21	X=25.10 DE=1.14	X=31.10 DE=8.63
X= Media	DE= Desviación Estándar				

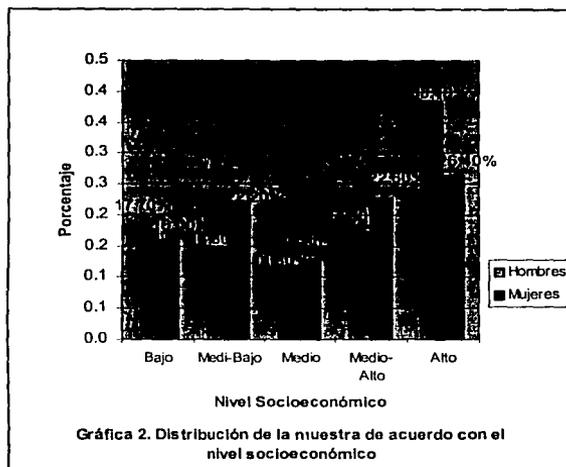
Tabla 3R. Promedio del Índice de Masa Corporal de acuerdo con la clasificación de Saucedo y Gómez (1997) de hombres y mujeres.

Por otra parte, para conocer el grado de asociación entre el Índice de Masa Corporal, la sintomatología de trastorno alimentario y los factores: Insatisfacción Corporal, Influencia del Modelo Estético Corporal y los Aspectos Cognitivos, se realizó un análisis de correlación *r* de Pearson, el cual mostró que no existe ninguna asociación significativa. Los resultados de éste análisis pueden consultarse en el anexo 3.

Lo anterior, pone de manifiesto que el Índice de Masa Corporal no es un factor relevante en la sintomatología de trastorno alimentario, así como tampoco en lo que refiere a Insatisfacción Corporal, Influencia de los Modelos Estéticos Corporales y Aspectos Cognitivos y Conductuales.

❖ **Análisis de la variable nivel socioeconómico, la sintomatología de trastorno alimentario y sus factores asociados**

La gráfica 2, presenta la distribución de la muestra de acuerdo con su Nivel Socioeconómico y sexo, donde se puede observar que un porcentaje mayor de los participantes, pertenecía a un *nivel socioeconómico alto*. No obstante, en lo que respecta al resto de los niveles, se encontró una distribución más equilibrada



Para analizar la importancia del Nivel Socioeconómico se realizó un análisis de correlación entre esta variable y los totales de los cuestionarios EAT, BULIT, BSQ, CIMEC y los factores del EDI, los resultados de dicho análisis se pueden consultar en el anexo 4. El nivel socioeconómico no mostró ninguna asociación relevante con ninguno de los totales de los cuestionarios que evalúan la sintomatología de trastorno alimentario, ni con los factores asociados a éstos. De acuerdo con lo anterior, se puede decir que esta variable no es un factor importante en la sintomatología de trastorno alimentario, así

como tampoco en lo que refiere a Insatisfacción Corporal, Influencia de los Modelos Estéticos Corporales y Aspectos Cognitivos y Conductuales.

A pesar de haber un porcentaje más alto en el *nivel socioeconómico alto*, el presente estudio trató de considerar a los diferentes estratos que existen en la sociedad, recordemos también que, al realizar el análisis de correlación se observó que dicho factor no es relevante para la manifestación de los trastornos de la conducta alimentaria.

❖ **Comparación entre los grupos sintomatología y control considerando el sexo y los factores asociados a la sintomatología de trastorno alimentario.**

Aspectos Cognitivos-Conductuales asociados a los trastornos alimentarios

El análisis de las diferencias entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología y control, en los factores del inventario de trastorno alimentario (EDI), se localiza en la tabla 5R.

Como se puede observar, en las mujeres con sintomatología, los promedios fueron significativamente mayores que las del resto de los grupos en las subescalas *Motivación por Adelgazar e Identificación Interoceptiva*.

Por su parte, los varones con sintomatología obtuvieron promedios significativamente más altos sólo con respecto a los grupos control en la subescala *Inefectividad*.

Cabe mencionar que entre los grupos con sintomatología, las mujeres obtuvieron promedios significativamente más elevados que los varones, en las subescalas *Motivación por adelgazar, Identificación interoceptiva y Perfeccionismo*. No así en lo que respecta a la subescala *Desconfianza interpersonal*, en donde los varones fueron los que mostraron promedios significativamente mayores. Con respecto a las subescalas *Insatisfacción corporal, Bulimia e Inefectividad*, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, lo cual indica que son aspectos comunes tanto en hombres y mujeres que manifiestan sintomatología de trastorno alimentario.

Un dato a considerar es que el grupo de mujeres con sintomatología mostró diferencias significativas en subescalas asociadas con la sintomatología de trastorno alimentario como lo representa el deseo por la pérdida de peso, así como la incapacidad

para identificar sensaciones internas de hambre y saciedad —*Motivación por Adelgazar e Identificación Interoceptiva*—. Por el contrario, los hombres con sintomatología mostraron diferencias significativas en factores que se asocian más con los aspectos de carácter cognitivo como lo es, el temor a expresar sus emociones —*Desconfianza interpersonal*— y sentirse poco seguro o con un escaso control sobre las decisiones de su vida —*Inefectividad*—, características que pueden estar o no vinculadas a los trastornos alimentarios.

En lo que respecta a los grupos control no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los factores del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI).

INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)								
GRUPOS	FACTORES							
	MA	IC	MM	B	II	I	P	DI
Hombres Control (n=34) 1	$\bar{X}=1.74$ EE.=0.21	$\bar{X}=6.15$ EE.=0.86	$\bar{X}=6.12$ EE.=0.62	$\bar{X}=0.85$ EE.=0.32	$\bar{X}=3.12$ EE.=0.48	$\bar{X}=3.41$ EE.=0.60	$\bar{X}=4.68$ EE.=0.67	$\bar{X}=6.53$ EE.=0.68
Hombres con Sintomatología (n=34) 2	$\bar{X}=3.76$ EE.=0.49	$\bar{X}=8.15$ EE.=0.70	$\bar{X}=7.68$ EE.=0.72	$\bar{X}=1.97$ EE.=0.50	$\bar{X}=3.59$ EE.=0.58	$\bar{X}=7.18$ EE.=0.67	$\bar{X}=2.68$ EE.=0.51	$\bar{X}=7.53$ EE.=0.77
Mujeres Control (n=59) 3	$\bar{X}=2.98$ EE.=0.44	$\bar{X}=5.80$ EE.=0.74	$\bar{X}=6.47$ EE.=0.54	$\bar{X}=0.44$ EE.=0.15	$\bar{X}=3.39$ EE.=0.45	$\bar{X}=2.85$ EE.=0.39	$\bar{X}=5.98$ EE.=0.48	$\bar{X}=4.25$ EE.=0.46
Mujeres con Sintomatología (n=59) 4	$\bar{X}=10.32$ EE.=0.74	$\bar{X}=10.68$ EE.=0.84	$\bar{X}=6.83$ EE.=0.60	$\bar{X}=3.17$ EE.=0.51	$\bar{X}=6.12$ EE.=0.67	$\bar{X}=5.07$ EE.=0.67	$\bar{X}=7.80$ EE.=0.52	$\bar{X}=4.54$ EE.=0.49
VALOR F	F=48.77 P<0.001	F=8.87 P<0.001	F=0.89 P=0.45	F=11.13 P<0.001	F=6.52 P<0.001	F=9.54 P<0.001	F=14.77 P<0.001	F=7.03 P<0.001
SCHEFFÉ	1, 3, 2 vs 4***	3,1 vs 4***		3,1 vs 4***	1,3,2 vs 4***	1 vs 2*** 2 vs 3*** 3 vs 4*	1 vs 4* 2 vs 3, 4***	3,4 vs 2**
X= Media EE= Error Estándar *** p<.001 ** p<.01 * p<.05								

TABLA 5R. Comparación entre grupos con los factores del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), utilizando el análisis de varianza (ANOVA) y la prueba Scheffé

MA= Motivación por adelgazar

B = Bulimia

P = Perfeccionismo

IC=Insatisfacción Corporal

II= Identificación Interoceptiva

DI=Desconfianza Interpersonal

MM= Miedo a Madurar

I = Inefectividad

Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)

El análisis de las diferencias entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología y control, con respecto a la interiorización del Modelo Estético Corporal, se expone en la tabla 6R.

El grupo de mujeres con sintomatología obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el resto de los grupos en *el total del instrumento* y en los factores *Influencia de la Publicidad y Malestar con la Imagen Corporal*.

Por su parte, los varones con sintomatología, obtuvieron puntuaciones significativamente mayores sólo con respecto a los grupos control en el factor *Influencia de la Publicidad*.

Lo anterior, indica que tanto hombres como mujeres que manifiestan sintomatología de trastorno alimentario, son más vulnerables a la influencia que ejercen los medios masivos de comunicación, sin embargo, es importante considerar que de los dos grupos las mujeres son más susceptibles a interiorizar el estereotipo de belleza que la sociedad acepta y reconoce. Asimismo, las mujeres con sintomatología también manifiestan rechazo o malestar con su cuerpo, mientras que en los varones con sintomatología éste aspecto no parece relevante.

En lo que refiere a los grupos control, los hombres obtuvieron en el *total del CIMEC* y en *todos sus factores*, las puntuaciones más bajas de los cuatro grupos, mostrando diferencias significativas con las mujeres control en el *total del CIMEC*, y los factores *Malestar con la Imagen Corporal e Influencia de Relaciones Sociales*. De acuerdo con estos datos, las mujeres en general muestran ser más susceptibles a la influencia de los modelos estéticos, además de que se sienten más insatisfechas con su forma corporal y son más vulnerables a las críticas y comentarios del grupo familiar o de amigos con el que se relacionan.

Otro dato relevante en la tabla, es que los grupos con sintomatología fueron los únicos que rebasaron el punto de corte del instrumento, por lo que el cuestionario parece estar identificando de modo adecuado a las personas más vulnerables a la Interiorización

del Modelo Estético Corporal de Delgadez, confirmando por tanto, la dirección predictiva de este instrumento con el punto de corte ≤ 24 .

CUESTIONARIO DE INFLUENCIAS SOBRE EL MODELO ESTETICO CORPORAL (CIMEC)					
FACTORES					
GRUPOS	TOTAL CIMEC	F I	F II	F III	F IV
Hombres Control (n=34) 1	$\bar{X}=11.12$ EE=1.41	$\bar{X}=3.21$ EE=0.49	$\bar{X}=2.60$ EE=0.41	$\bar{X}=1.91$ EE=0.38	$\bar{X}=1.97$ EE=0.30
Hombres con sintomatología (n=34) 2	$\bar{X}=26.76$ EE=2.61	$\bar{X}=8.91$ EE=0.90	$\bar{X}=6.21$ EE=0.71	$\bar{X}=4.65$ EE=0.45	$\bar{X}=3.65$ EE=0.44
Mujeres Control (n=59) 3	$\bar{X}=20.03$ EE=1.89	$\bar{X}=5.12$ EE=0.68	$\bar{X}=5.49$ EE=0.61	$\bar{X}=3.14$ EE=0.34	$\bar{X}=3.44$ EE=0.31
Mujeres con Sintomatología (n=59) 4	$\bar{X}=41.34$ EE=1.91	$\bar{X}=13.69$ EE=0.91	$\bar{X}=12.17$ EE=0.59	$\bar{X}=5.95$ EE=0.34	$\bar{X}=4.61$ EE=0.30
VALOR F	F=41.08 P<0.001	F=31.60 P<0.001	F=47.05 P<0.001	F=21.37 P<0.001	F=9.09 P<0.001
SHEFFE	3,2 vs 1*** 1,3,2 vs 4***	2,4 vs 1*** 3,4 vs 2*** 3 vs 4***	3,2,4 vs 1*** 3,2 vs 4***	2,4 vs 1*** 3,4 vs 4***	3,4 vs 1*** 3 vs 4***
X= Media					
EE= Error Estándar *** p \leq .001					

Tabla 6R. Comparación entre grupos en los factores del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC), utilizando el Análisis de Varianza (ANOVA) y la prueba de Scheffé.

F I= Influencia de la publicidad
F II= Malestar por la imagen corporal

F III= Influencias de modelos estéticos corporales
F IV= Influencia de relaciones sociales

Imagen Corporal (BSQ)

El análisis de las diferencias entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología y control en el cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ), es presentado en la tabla 7R.

Como se observa, las mujeres con sintomatología obtuvieron los promedios más altos, mostrando diferencias significativas con el resto de los grupos.

Por su parte, el grupo de hombres control obtuvieron los promedios más bajos, y mostraron diferencias significativas con todos los grupos.

Estos datos indican —de modo general—, que en la mujer existe un mayor desagrado por su cuerpo que en los hombres, sin embargo entre los varones quienes más lo reflejan son aquellos que presentan sintomatología de trastorno alimentario.

A pesar de identificarse en la mujer un disgusto por su cuerpo, no se olvide que las mujeres con sintomatología son el único grupo que rebasa el punto de corte de este instrumento (≥ 105), lo cual denota claramente que más que un simple disgusto por alguna parte del cuerpo, existe la presencia de una patología más severa como lo constituye la insatisfacción corporal.

CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL (BSQ)	
GRUPOS	TOTAL BSQ
Hombres Control (n=34) 1	$\bar{X}=50.38$ EE=2.37
Hombres con Sintomatología (n=34) 2	$\bar{X}=76.97$ EE=4.38
Mujeres Control (n=59) 3	$\bar{X}=71.81$ EE=3.97
Mujeres con Sintomatología (n=59) 4	$\bar{X}=120.32$ EE=4.53
VALOR F	F=47.19 P<0.001
SHEFFE	3,2,4 vs 4*** 1,3,2 vs 1***

X= Media
EE= Error Estándar *** p \leq .001

Tabla 7R. Comparación entre grupos con respecto al Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), utilizando el Análisis de Varianza (ANOVA) y la prueba de Scheffé

FI= Influencia de la publicidad
FII= Malestar por la imagen corporal

FIII= Influencia de los modelos estéticos corporales
FIV= Influencia de relaciones sociales

- ❖ **Asociaciones entre la sintomatología de trastorno alimentario y las variables insatisfacción corporal, influencia del modelo estético corporal y aspectos cognitivos y conductuales de acuerdo al sexo.**

Grupo de Mujeres

La tabla 8R presenta un resumen de la matriz de correlaciones (ver anexo 1) que se realizó entre la sintomatología de trastorno alimentario y sus factores asociados, en el grupo de mujeres.

Se encontró que *Motivación por adelgazar* factor 1 del EAT, Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta factor 2 del BULIT así como la sintomatología de trastorno alimentario total del EAT y BULIT, obtuvieron estadísticos de correlación útiles para predecir con la Insatisfacción Corporal total del BSQ. Cabe mencionar que la Evitación de alimentos engordantes, Preocupación por la comida factores 2 y 3 del EAT, y la Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación factor 1 del BULIT también se asociaron a la Insatisfacción Corporal, sin embargo, el coeficiente de correlación fue menor al obtenido con los factores al inicio mencionados.

Estos datos indican que en las mujeres a mayor sintomatología de trastorno alimentario —específicamente un gran deseo por perder peso así como constantes sentimientos de ansiedad o culpa después de consumir alimentos— habrá mayor Insatisfacción por la forma corporal.

Por otra parte, con respecto al *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)*, la puntuación total de éste, así como la *Influencia de la Publicidad, el Malestar por la Imagen Corporal y la Influencia de los Modelos Estéticos Corporales* factores 1, 2 y 3 del CIMEC, presentaron un estadístico de correlación útil para predecir con la sintomatología de trastorno alimentario, especialmente con *Motivación por adelgazar* factor 1 del EAT y Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta factor 2 del BULI. Lo cual indica que en las mujeres a mayor sintomatología de trastorno alimentario manifestada por el deseo constante por la pérdida de peso así como

por la culpa después de ingerir alimento, reflejaran, una mayor Influencia del Modelo Estético Corporal.

Con respecto al Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), se encontró consistencia entre las subescalas que evalúan aspectos de la sintomatología de trastorno alimentario, como son: Motivación por adelgazar, Insatisfacción Corporal y Bulimia, ya que, obtuvieron un estadístico de correlación útil para predecir con las puntuaciones ^{total} del EAT y BULIT, así como con los factores 1 y 2 del BULIT.

Cabe mencionar que uno de los aspectos relevantes que se encontraron con el empleo de este instrumento, fue que en los aspectos cognitivos, la subescala Identificación Interoceptiva obtuvo un coeficiente de correlación útil para predecir al asociarse con la puntuación total del EAT, así como con el factor 3 del mismo instrumento. Lo cual indica que a mayor sintomatología de trastorno alimentario, especialmente una gran preocupación por la ingestión de alimentos existe una mayor incapacidad para identificar y diferenciar sensaciones internas de hambre y saciedad.

Por tanto, es claro que en las mujeres a mayor sintomatología de trastorno alimentario, especialmente Motivación por Adelgazar, así como la culpa que experimentan después de consumir alimento, mayor Insatisfacción Corporal, Influencia de los Modelos Estéticos Corporales e Identificación Interoceptiva.

	TOTAL BSQ	TOTAL CIMEC	F I	F II	F III	MA	IC	B	II
TOTAL EAT	r=0.72 ***	r=0.60 ***	r=0.55 ***	r=0.56 ***	r=0.47 ***	r=0.71 ***	—	r=0.42 ***	r=0.41 ***
F I	r=0.84 ***	r=0.70 ***	r=0.70 ***	r=0.73 ***	r=0.58 ***	r=0.77 ***	r=0.46 ***	—	—
F II	r=0.53 ***	r=0.41 ***	r=0.41 ***	—	—	r=0.45 ***	—	—	—
F III	r=0.44 ***	—	—	—	—	r=0.44 ***	—	r=0.64 ***	r=0.43 ***
TOTAL BULIT	r=0.60 ***	r=0.56 ***	r=0.52 ***	r=0.53 ***	r=0.48 ***	r=0.51 ***	r=0.44 ***	r=0.57 ***	—
F I	r=0.47 ***	r=0.43 ***	r=0.42 ***	—	—	—	—	r=0.54 ***	—
F II	r=0.79 ***	r=0.65 ***	r=0.62 ***	r=0.65 ***	r=0.56 ***	r=0.65 ***	r=0.53 ***	r=0.58 ***	—

Tabla 8R. Resumen de la Matriz de Correlaciones r de Pearson en el grupo de mujeres.
*** $p \leq .001$

Factores de cada uno de los instrumentos:

➤ Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (EAT)

- Factor I: Motivación por adelgazar
- Factor II: Evitación de alimentos engordantes
- Factor III: Preocupación por la comida

➤ Cuestionario de Bulimia (BULIT)

- Factor I: Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación
- Factor II: Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta

➤ Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)

- Factor I: Influencia de la publicidad
- Factor II: Malestar por la imagen corporal y conductas para la reducción de peso
- Factor III: Influencia de los modelos estéticos corporales

➤ Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)

- MA: Motivación por adelgazar
- IC: Insatisfacción corporal
- B: Bulimia
- II: Identificación Interoceptiva

Grupo de Hombres

La tabla 9R presenta un resumen de la matriz de correlaciones (ver anexo 2), entre la sintomatología de trastorno alimentario y sus factores asociados en el grupo de hombres.

En esta tabla se observa que *los Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* factor 2 del BULIT, *la Preocupación por la comida* factor 3 del EAT, así como *la puntuación total del cuestionario BULIT*, obtuvieron estadísticos de correlación útiles para predecir con *la puntuación total del BSQ*. Lo anterior indica que en los varones a mayor sintomatología de trastorno alimentario, especialmente sentimientos de culpa después de realizar un atracón alimentario y pensamientos obsesivos con respecto a la alimentación existe mayor Insatisfacción Corporal.

Con respecto al Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal, *la puntuación total de éste, así como la Influencia de la publicidad, el Malestar con la imagen corporal y la Influencia de los modelos estéticos* factores 1, 2 y 3 del CIMEC- obtuvieron un coeficiente de correlación útil para predecir con *la Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación* factor 1 del BULIT, *la sintomatología de Bulimia* total del BULIT y *los Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* factor 2 del BULIT. Cabe mencionar que *la Preocupación por la comida* factor 3 del EAT y *las Conductas compensatorias* factor 3 del BULIT también se asociaron con los mismos aspectos, sin embargo, el estadístico de correlación obtenido en cuanto a estos factores fue menor al de los que se mencionaron al inicio del párrafo.

Estos resultados muestran que en los varones a mayor sintomatología de trastorno alimentario, especialmente episodios de sobreingesta, sentimientos de culpa después de realizarlo, así como la práctica de conductas compensatorias, existe una mayor Influencia del Modelo Estético de Delgadez.

Con respecto al Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), se encontró consistencia entre las subescalas que evalúan aspectos de la sintomatología de trastorno alimentario, como son la *Motivación por adelgazar* y la *Bulimia* con los totales de los instrumentos EAT y BULIT, así como con algunos de sus factores.

Un aspecto relevante es que la subescala *Inefectividad* del EDI mostró un coeficiente de correlación bueno para predecir con el total del BULIT y su factor conductas compensatorias. Lo anterior indica que en los varones a mayor sintomatología de trastorno alimentario, asociada a bulimia, así como empleo de conductas compensatorias existen mayores sentimientos de inseguridad y falta de control sobre su vida.

Los resultados obtenidos con este grupo, sugieren que en ellos, los aspectos de sintomatología no son los mismos que los encontrados en las mujeres, ya que los varones a mayor sintomatología de trastorno alimentario, manifestada por episodios de sobreingestas así como el deseo y/o empleo de conductas compensatorias tales como vómito, laxantes y/o diuréticos, mayor Insatisfacción Corporal, Influencia del Modelo Estético de Delgadez así como Inefectividad.

	TOTAL BSQ	TOTAL CMEC	F I	F II	F III	MA	B	I
TOTAL EAT	—	—	—	—	—	r=0.45 ***	—	—
F III	r=0.58 ***	r=0.41 ***	r=0.52 ***	—	—	—	—	—
TOTAL BULIT	r=0.54 ***	r=0.60 ***	r=0.59 **	R=0.51 ***	r=0.56 ***	r=0.40 ***	r=0.41 ***	r=0.43 ***
F I	r=0.51 ***	r=0.61 ***	r=0.57 ***	R=0.53 ***	r=0.57 ***	—	r=0.44 ***	—
F II	r=0.61 ***	r=0.50 ***	r=0.54 ***	R=0.40 ***	r=0.44 ***	r=0.43 ***	—	—
F III	—	r=0.43 ***	r=0.42 ***	—	r=0.48 ***	—	—	r=0.49 ***

Tabla 9R. Resumen de la Matriz de Correlaciones r de Pearson en el grupo de hombres
*** $p \leq .001$

Factores de cada uno de los instrumentos:

- Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (EAT)
 - a) Factor III: Preocupación por la comida
- Cuestionario de Bulimia (BULIT)
 - a) Factor I: Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación
 - b) Factor II: Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta
 - c) Factor III: Conductas compensatorias
- Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)
 - a) Factor I: Influencia de la publicidad
 - b) Factor II: Malestar por la imagen corporal y conductas para la reducción de peso
 - c) Factor III: Influencia de los modelos estéticos corporales
- Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)
 - a) MA: Motivación por adelgazar
 - b) B: Bulimia
 - c) I: Inefectividad

❖ **Análisis de regresión con los grupos de hombres y mujeres.**

Análisis de regresión con el grupo de mujeres con sintomatología y control

Se realizó un Análisis de Regresión Simple entre los grupos de mujeres con sintomatología y control. Para realizarlo se conformaron dos grupos: a) sintomatología ($n=38$), que incluyó a las mujeres que rebasaron el punto de corte del $EAT \geq 28$ y/o $BULIT \geq 85$ y b) control ($n=38$) que consideró a las participantes que no habían rebasado el punto de corte de ninguno de los dos instrumentos y que en la entrevista diagnóstica no presentaron trastorno alimentario. Posteriormente, se contemplaron las asociaciones más significativas obtenidas en la matriz de correlaciones ($r \geq 0.40$) entre la sintomatología de trastorno alimentario y los factores Insatisfacción Corporal, Influencia del Modelo Estético Corporal y los Aspectos Cognitivos y Conductuales. La tabla 10R muestra los factores que mostraron ser más adecuados para predecir la sintomatología de trastorno alimentario en las mujeres.

Factores asociados	RS	R ²	AR	F	β_b	β_c
Total BSQ	0.63	0.39	0.38	48.23***	0.80	0.63***
Malestar con la imagen corporal	0.60	0.36	0.34	40.94***	0.53	0.60***
Total CIMEC	0.59	0.35	0.34	39.00***	0.17	0.59***
Influencia de la publicidad	0.54	0.29	0.28	30.89***	0.38	0.54***
Influencia de modelos estéticos corporales	0.48	0.23	0.22	22.49***	0.82	0.48***
Identificación interoceptiva	0.27	0.07	0.06	6.00**	0.29	0.27***

Tabla 10R. Análisis de Regresión Simple en los grupos de mujeres con sintomatología y control.
 *** $p \leq .001$ ** $p \leq .01$

Como se observa la Insatisfacción corporal, así como la Influencia de los modelos estéticos corporales y la Influencia de la publicidad son factores importantes para predecir la sintomatología de trastorno alimentario en las mujeres, sin embargo, al aplicar el Análisis de Regresión Múltiple, se observó que la Insatisfacción Corporal fue el factor más adecuado para predecir la sintomatología de trastorno alimentario. Lo anterior indica que la Insatisfacción Corporal, juega un papel importante en la aparición de conductas alimentarias de riesgo. Éstos resultados son expuestos en la tabla 11R.

Factores Asociados	RVI	R ²	AR	F	β_b	β_c
Total BSQ	0.64	0.41	0.40	25.50***	0.06	0.45**

Tabla 11R. Análisis de Regresión Múltiple en los grupos de mujeres con sintomatología y control.
 *** $p \leq .001$

Análisis de regresión con el grupo de mujeres con trastorno y control.

Para realizar este análisis, se siguió el mismo procedimiento que en el anterior, sólo que en este caso los grupos empleados fueron: a) trastorno (n=26) que incluyó a las jóvenes que por medio de la entrevista fueron diagnosticadas con trastorno alimentario;

y b) control (n=38), el cual fue el mismo empleado en el análisis anterior. Los Coeficientes de Regresión Simple calculados en el grupo control y trastorno se muestran en la tabla 12R.

Factores Asociados	RS	R ²	AR	F	β _b	β _c
Total BSQ	0.68	0.47	0.46	53.9***	0.16	0.68***
Total CIMEC	0.62	0.38	0.37	37.7***	0.32	0.62***
Influencia de la publicidad (CIMEC)	0.61	0.37	0.36	36.6***	0.77	0.61***
Malestar por la imagen corporal (CIMEC)	0.59	0.35	0.34	32.7***	0.98	0.59***
Influencia de los modelos estéticos (CIMEC)	0.49	0.24	0.22	19.2***	0.15	0.49***
Identificación interoceptiva	0.29	0.08	0.07	5.8**	0.64	0.29***

Tabla 12R. Análisis de Regresión Simple en los grupos de mujeres con trastorno y control.
 *** p≤.001 ** p≤.01

Como se observa, la Insatisfacción Corporal total del BSQ y la Influencia de los modelos estéticos corporales total del CIMEC, son los que predicen mejor la presencia de trastorno alimentario. Sin embargo, al realizar el Análisis de Regresión Múltiple, la Insatisfacción Corporal, al igual que en el grupo de las mujeres con sintomatología, fue el factor más adecuado para predecir la presencia de trastorno alimentario, estos datos son expuestos en la tabla 13R.

Factores asociados	RM	R ²	AR	F	β _b	β _c
Total BSQ	0.70	0.48	0.44	10.89***	0.16	0.70**

Tabla 13R. Análisis de Regresión Múltiple en los grupos de mujeres con trastorno y control.
 *** p≤.001

Análisis de regresión con el grupo de hombres con sintomatología y control

Se realizó el mismo procedimiento que en los análisis anteriores, empleando dos grupos: control y sintomatología, con la diferencia que cada uno de los grupos contó con 34 participantes. La tabla 14R, presenta el Análisis de Regresión Simple realizado con los grupos de varones sintomatología y control.

Factores asociados	RS	R ²	AR	F	β_b	β_c
Total CIMEC	0.54	0.30	0.28	27.8***	0.19	0.54***
Influencia de la publicidad (CIMEC)	0.53	0.29	0.28	26.5***	0.50	0.53***
Total BSQ	0.49	0.24	0.23	20.5***	0.88	.049***
Inefectividad (EDI)	0.46	0.21	0.20	17.45***	0.55	0.46***

Tabla 14R. Análisis de Regresión Simple en el grupo de hombres con sintomatología y control.

*** $p \leq .001$

Como se observa, la Influencia de los Modelos Estéticos Corporales total del CIMEC y la Influencia de la Publicidad son los que parecen predecir mejor la sintomatología de trastorno alimentario. Sin embargo, al realizar el Análisis de Regresión Múltiple, la Inefectividad fue el factor más adecuado para predecir la sintomatología de trastorno alimentario en el grupo de varones, estos datos pueden consultarse en la tabla 15R.

Factores asociados	RM	R ²	AR	F	β_b	β_c
Inefectividad (EDI)	0.65	0.43	0.39	11.65***	0.38	0.32**

Tabla 15R. Análisis de Regresión Múltiple en el grupo de hombres con sintomatología y control.

*** $p \leq .001$

❖ **Análisis cualitativo del grupo de varones con trastorno alimentario**

La tabla 16R presenta un resumen de las características más importantes encontradas en el grupo de los varones diagnosticados con trastorno alimentario.

Caso	Edad	IMC	Diagnóstico	Deporte	Sobrein.	Puntuaciones totales de instrumentos				
						Cta. Compensa	Total EAT	Total BULIT	Total BSQ	Total CIMEC
1	15a	34.5	Sobreingesta	Gimnasio	2 veces por semana	Ejercicio	12	95	80	36
2	15a	20.9	TANE por Sobreingesta	Fútbol	1 vez por semana	Dieta restrictiva, ejercicio	18	89	93	39
3	12a	21.5	TANE asociado a Bulimia Nerviosa	No ejercicio	1 vez cada 15 días	Vómito, uso de laxantes	10	62	68	7

Tabla 16R. Cuadro comparativo de los varones diagnosticados con trastorno alimentario

Como se puede observar en los tres casos, de acuerdo al diagnóstico proporcionado, se observa que en estos jóvenes existe una orientación hacia la compulsión por ingerir gran cantidad de alimentos.

Asimismo, un aspecto de especial atención es que en los tres casos se practica alguna conducta compensatoria para evitar la ganancia de peso (dieta restrictiva, e incluso provocación de vómito y/o uso de laxantes). No así, en lo que refiere a la práctica de ejercicio físico, que sólo en dos de los casos se manifestó como un medio eficaz para conseguir un peso inferior al obtenido.

De los tres casos, dos fueron identificados por medio de los instrumentos que evalúan la sintomatología de trastorno alimentario, específicamente por el instrumento que evalúa síntomas asociados a Bulimia Nerviosa - BULIT-, estos mismos mostraron

también Interiorización del Modelo Estético Corporal de Delgadez, ya que rebasaron el punto de corte del cuestionario que explora éste aspecto (CIMEC).

En el caso de la Insatisfacción Corporal, ésta no fue un aspecto relevantes en éstos casos, ya que ninguno rebasó el punto de corte del Cuestionario que evalúa dicho factor (BSQ).

Con respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), de los tres casos sólo uno se situó en un nivel de obesidad, mientras que en los dos restante se encontraron en un nivel de normalidad.

DISCUSION

Empleando la Entrevista Diagnóstica de los Trastornos Alimentarios (IDED), se diagnosticó en un 5.5% de la muestra estudiada la presencia de algún trastorno alimentario, siendo éstos más frecuentes en el grupo de mujeres (4.94%), que en los varones (0.57%), en el caso de las mujeres 0.38% correspondió a Anorexia Nerviosa, 0.95% Bulimia Nerviosa, 3.42% Trastorno Alimentario No Específico (TANE) y 0.19% Sobreingesta. Mientras que en el caso de los varones, 0.38% correspondió al Trastorno Alimentario No Específico y 0.19% a Sobreingesta. Estos datos sugieren que aproximadamente por cada 10 mujeres con trastorno alimentario, existe al menos 1 en varones, asimismo, la frecuencia obtenida dentro del estudio coincide con la estimada en la literatura internacional, donde se ha encontrado 0.5% de Anorexia Nerviosa, 1% Bulimia Nerviosa, 3% Trastorno Alimentario No Específico y 0.7% Sobreingesta. (Toro y Vilardell, 1987; Steinhause, Winkler y Meier, 1997; DSM-IV, 1994; Walsh y Devlin, 1998; Cabasés, 2000).

Lo anterior, como se ha señalado en la literatura, muestra que el sexo femenino es un grupo de mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, como Andersen y Holman (1997) mencionan, los hombres también pueden desarrollar trastornos alimentarios, pero desgraciadamente durante muchos años, esta cifra ha estado sesgada e incluso se considera que actualmente los varones se encuentran infradiagnosticados, debido a que durante mucho tiempo se han creído que son trastornos exclusivos del género femenino, por lo que para su diagnóstico se han empleado los mismos criterios que los propuestos en las mujeres sin embargo, un caso específico que muestra que los criterios no son totalmente semejantes se presenta con la Anorexia Nerviosa, ya que para diagnosticarla la persona debe presentar ausencia de tres ciclos menstruales, lo que en los varones no podrá cumplirse. Como alternativa, Anderson (1997) ha propuesto que se considere la disminución del apetito sexual como equiparable a la amenorrea sin embargo, aún no se ha incluido a éste como un criterio diagnóstico.

Teniendo en cuenta las dificultades tanto médicas como socio-culturales que se presentan para diagnosticar trastorno alimentario en los varones, es muy probable que la cifra real de estos padecimientos se encuentre sesgada e incluso varios casos de trastornos alimentario en varones no han sido considerados en los datos epidemiológicos.

Con relación a México, no existen datos sobre la frecuencia de trastorno alimentario en varones, ya que estudios como los de Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, (2000); Poblano y Trigueros, (2000); Escarria y Haro, (2000), aún cuando se ha incluido a la población masculina sólo se han estudiado características de sintomatología, más en ninguno de ellos se ha realizado diagnóstico de trastorno alimentario, por lo que no se conoce con exactitud la frecuencia con la que ocurre este tipo de padecimientos en los varones mexicanos. Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio, que también consideró la detección de psicopatología alimentaria en el varón, muestra que en ellos, también se manifiesta este tipo de padecimientos.

De acuerdo con lo anterior, es necesario realizar un mayor número de estudios que incluya a la población masculina y que además de evaluar los aspectos asociados a los trastornos alimentarios, también considere el diagnóstico clínico de los trastornos alimentarios con dicha población, ya que como se pudo constatar, los trastornos alimentarios en el varón son una realidad en nuestro país. Razón por la que no deben ser excluidos, como durante mucho tiempo se ha realizado.

Por otro lado, otro aspecto que se obtuvo a partir del diagnóstico realizado en el presente estudio, fue que el mayor porcentaje de casos con algún trastorno correspondió a los Trastornos Alimentarios No Específicos (T.A.N.E.), los cuales en su mayoría mostraron características asociadas a la Bulimia Nerviosa. Cabe mencionar que estos datos son similares a lo encontrado en la literatura internacional por Grave, De Luca y Oliosi, (1997); Mintz y Betz, (1998); Flores y Caballero, (1999), donde los T.A.N.E., tuvieron una mayor ocurrencia que la Anorexia o Bulimia Nerviosa.

A partir de lo anterior, es necesario poner mayor atención en los trastornos alimentarios no específicos (T.A.N.E.), los cuales actualmente pueden detectarse con

mayor frecuencia en la población comunitaria juvenil. Por tanto, es importante en futuros trabajos considerar a los T.A.N.E. como padecimientos no menos importantes, tratando de aportar información más detallada sobre su cuadro sintomatológico, ya que en la medida en que se conozca más sobre estos aspectos se podrá realizar un trabajo preventivo más completo así como una detección temprana, evitando que dichos padecimientos se agudicen y evolucionen a trastornos más severos como la Anorexia Nerviosa o la Bulimia Nerviosas.

Por otra parte, dentro del presente estudio también se tomó en cuenta variables como la Edad y el Nivel Socioeconómico. En lo que refiere al Nivel Socioeconómico, éste no se asoció significativamente ni con la sintomatología de trastorno alimentario ni con factores como la Insatisfacción Corporal, la Interiorización del Modelo Estético Corporal o los Aspectos Cognitivos-Conductuales. Estos datos indican que el nivel socioeconómico no es un factor importante para la manifestación de un trastorno de la conducta alimentaria y son semejantes a los encontrados en la literatura nacional e internacional por Roger, Rosnick, Mitchell y Blum, (1997); Mc Clelland y Crisp, (2001); Herrera y Herrera, (2000) y San Germain, (2000), en donde el nivel socioeconómico aunque se asocia a los hábitos y conductas alimentarias, no es un factor relevante para la manifestación de la psicopatología alimentaria.

Con respecto a la variable edad, no mostró ninguna asociación relevante ni con la sintomatología de trastorno alimentario, ni con los factores Insatisfacción Corporal, Influencia de los Modelos Estéticos Corporales y los Aspectos Cognitivos Conductuales. Estos datos son congruentes con los estudios de la literatura internacional y nacional en los que se ha encontrado que los trastornos alimentarios ya no son exclusivos de las mujeres adolescentes, ya que actualmente también se presentan en adultos jóvenes e incluso niños (Vázquez, Mateo, Galdós y Alvarez, (en prensa); Melamed, Ckohan, Bunge y Arias, 2000). Cabe mencionar que el presente estudio contempló 525 participantes con rango de edad —de riesgo— de los 12 a 28 años. Por tanto, en estudios futuros es descable seguir contemplando muestras grandes y heterogéneas que permitan dar cuenta del papel que tanto el nivel socioeconómico como la edad están desempeñando en la manifestación de los trastornos alimentarios

Sintomatología de Trastorno Alimentario

Un aspecto importante dentro de este estudio fue identificar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la sintomatología de trastorno alimentario, encontrando datos importantes al respecto.

Se observó que en hombres y mujeres existió sintomatología de trastorno alimentaria siendo la asociada a la Bulimia Nerviosa, la que se presentó con mayor frecuencia (11.4%), que la Anorexia Nerviosa (8.3%), la cual es similar a los estudios realizados en México por Díaz, (2001); Uribe (2000); Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Román (1999), en los que se ha encontrado que la sintomatología asociada a Bulimia es la más frecuente en la población comunitaria. Cabe mencionar, que un aspecto importante que se observó con los instrumentos *EAT* y *BULIT*, es que aún cuando la sintomatología de Bulimia fue la más frecuente en ambos grupos, en el caso de las mujeres, también existió un número de casos considerable que rebasó el punto de corte del *EAT*, lo cual muestra que si bien, en la mayor parte de la muestra es más frecuente la compulsión hacia la alimentación, en las mujeres también se hace uso de la restricción de alimentos, lo cual indica que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a los trastornos alimentarios.

Por otra parte, al analizar cada uno de los factores que contemplan los instrumentos de sintomatología de trastorno alimentario - *Cuestionario de Actitudes hacia la alimentación EAT* y *Cuestionario de Bulimia BULIT*, se observó que existen diferencias entre los géneros, en cuanto a *Motivación por adelgazar* factor 1 del *EAT* y del *EDI*, la *Evitación de Alimentos Engordantes* y la *Preocupación por la Comida* factores 2 y 3 del *EAT* así como los *Sentimientos Negativos Posteriores a la Sobreingesta* y la *Sobreingesta* y *Sensación de Pérdida de Control Sobre la Alimentación* factores 2 y 1 del *BULIT*, factores que fueron relevantes en el grupo de las mujeres. Pese a ello, de estos cinco factores sólo la *Motivación por Adelgazar* y los *Sentimientos Negativos Posteriores a la Sobreingesta* fueron los más característicos de este grupo de mujeres.

En el caso de la *Motivación por Adelgazar*, obtuvo en el análisis de correlación las asociaciones más fuertes que el resto de los factores, además al emplear el análisis de varianza fue el que permitió diferenciar a las mujeres que manifiestan sintomatología de trastorno alimentario de aquellas que no lo presentan. Estos datos muestran por un lado, que en las mujeres en general existe un gran deseo por perder peso, no obstante este deseo es significativamente mayor en las chicas que manifiestan algunos de los síntomas de trastorno alimentario. Al respecto, estudios como los de Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López, (2000); Wiederman y Prior (2000); Casullo et al. (2000) y Steinhausen et al. (1997), han encontrado que la preocupación por el peso, así como el deseo por perder algunos kilos, están más asociados al sexo femenino, además son responsables del empleo de dietas, uso y abuso de laxantes, ejercicio físico excesivo, etc., para conseguir un bajo peso corporal y la figura estética ideal promovida en los medios de comunicación, no considerando que con el tiempo este empleo en algunas de ellas, se vuelve una obsesión que puede dar pie a los trastornos de la conducta alimentaria.

Por otra parte, con respecto al factor *Sentimientos Negativos Posteriores a la Sobreingesta* *factor 2 del BULIT*, se observó que obtuvo en el análisis de correlación asociaciones más importantes que la *Sobreingesta* y *Sensación de Pérdida de control sobre la Alimentación* *factor 1 del BULI*, lo que podría indicarnos, que más que haber episodios de sobreingesta, existe la sensación de culpa después del episodio alimentario o bien un deseo de las jóvenes por ingerir menor cantidad de alimento. Lo anterior se explica porque, de acuerdo a los datos obtenidos en el presente estudio, se observó que en las mujeres la cantidad de alimento que ellas ingieren no se puede catalogar en realidad como un episodio de sobreingesta. Al respecto, Toro (1996) menciona que en buena medida las mujeres se sienten más culpables del consumo de alimentos, aún cuando éste no sea exagerado, debido a que desde tiempos milenarios han sido educadas más hacia la restricción que se asocia con la finura y delicadeza, que con la compulsión, la cual es sinónimo de mal gusto y glotonería.

Otro aspecto asociado a la sintomatología en el grupo de las mujeres que no se manifestó fue la presencia de *conductas compensatorias* (*vómito, laxantes, diuréticos o*

ejercicio excesivo) *factor 3 del BULIT*, como medidas empleadas para la reducción de peso. Lo anterior indica que las mujeres de este estudio tienen un gran deseo por adelgazar, tanto el empleo de dietas como el uso de productos adelgazantes son métodos que pueden implementarse para perder peso.

Con respecto a el grupos de los varones, se encontró que factores como la *Sobreingesta y Sensación de Pérdida de control sobre la Alimentación* *factor 2 del BULIT*, *Preocupación por la Comida* *factor 3 del EAT*, *Conductas Compensatorias* *factor 3 del BULIT*, así como la *Motivación por adelgazar y la Bulimia* *factores 1 y 4 del EDI*, fueron aspectos relevantes en cuanto a sintomatología de trastorno alimentario. Como se aprecia, a excepción de la *Preocupación por la Comida y la Motivación por adelgazar*, los factores no son semejantes a los identificados en el grupo de mujeres. Asimismo y con el empleo del análisis de correlación, se pudo identificar que principalmente la *Sobreingesta y Sensación de Pérdida de Control sobre la Alimentación* fue el factor que distinguió a este grupo, ya que mostró asociaciones más útiles para predecir que el resto de los factores.

Por otro lado, es importante considerar que en los varones con sintomatología a diferencia de las mujeres, se identificó la presencia de episodios de sobreingesta real, así como práctica de conductas compensatorias —vómito, ejercicio físico o restricción alimentaria—, para evitar la ganancia de peso. Al respecto, estudios como los de Escarria et al. (2000) y Unikel et al. (2000), también han encontrado que los varones identificados con sintomatología presentan episodios de sobreingesta, además de usar conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso.

Estos datos concuerdan con la literatura, en donde se menciona que el hombre social y culturalmente ha sido educado para comer más que la mujer (Carlat et al. 1991; Anderson et al. 1985). Sin embargo, un hecho interesante es que parece que esta conducta a diferencia de épocas pasadas parece generar malestar, de ahí que sea deseable realizar algunos estudios para conocer que factores en especial están originando gran preocupación por los alimentos que se ingieren y si ello propicia - como en las mujeres - la presencia de psicopatología alimentaria.

Los resultados de este estudio, ponen de manifiesto que hombres y mujeres parecen no seguir los mismos patrones alimentarios, ya que, en el caso de las mujeres se observa una mayor medida y restricción por los alimentos que ingieren, no así los varones que por el contrario manifiestan una mayor compulsión alimentaria que equilibran con la práctica del vómito, el abuso de los laxantes o bien el ejercicio físico exagerado.

Asimismo, estos datos son congruentes con estudios internacionales como el de Kelly et. al. (1999), en donde se considera que el hombre es más vulnerable al desarrollo y práctica de conductas como la sobreingesta, la cual se acompaña de métodos compensatorios, que intentan atenuar la ganancia de peso. De ahí que, en investigaciones posteriores se sugiere considerar muestras más grandes y que incluyan hombres y mujeres, con la finalidad de obtener los elementos necesarios para que en etapas posteriores sea posible elaborar un modelo etiológico específico para los varones, a partir del cual sea posible por un lado, elaborar criterios diagnósticos acordes a los varones y por el otro diseñar las estrategias de intervención terapéutica más adecuadas.

Por otro lado y como parte de los objetivos contemplados en el presente estudio se planteó establecer diferencias entre hombres y mujeres con respecto a los Aspectos Cognitivos Conductuales, la Insatisfacción Corporal y la Influencia del Modelo Estético Corporal, así como saber si existen factores de riesgo específicos para cada sexo. Encontrando, que aún cuando hombres y mujeres muestran algunas similitudes en la sintomatología y los factores que contribuyen al desarrollo de los trastornos alimentarios, también manifiestan diferencias que deben tomarse en cuenta y evaluarse con mayor precisión.

❖ Aspectos Cognitivos y Conductuales

Al comparar los grupos de hombres y mujeres en los aspectos cognitivo-conductuales asociados a los trastornos alimentarios, el grupo de mujeres con sintomatología manifestó una incapacidad para identificar sensaciones de hambre o

sacidad - *Identificación Interoceptiva* -, así como altas expectativas orientadas al logro - *Perfeccionismo* -.

De estos dos factores, la *Identificación Interoceptiva* fue la única que se asoció a la sintomatología de trastorno alimentario ^{total del EAT}, así como a la Preocupación por la Comida ^{factor 3 del mismo instrumento}. Al emplear el análisis de varianza, fue el factor que permitió diferenciar a las mujeres con sintomatología de los (as) que no lo presentan. Cabe mencionar que con el Análisis de Regresión, la *Identificación Interoceptiva* no mostró ser un factor importante para predecir ni la sintomatología ni el trastorno alimentario en las mujeres. Por tanto se sugiere en investigaciones futuras contemplar este factor, ya que a pesar de que en el análisis de regresión no fue importante, tanto el análisis de correlación como el análisis de varianza mostraron que se encuentra asociado a los trastornos alimentarios, de ahí que sea necesario estudiarse con mayor detalle para valorar su asociación e incluso saber como considerarlo en los programas de prevención o tratamiento de las pacientes con trastorno alimentario.

Con respecto al *Perfeccionismo*, no mostró asociarse con la sintomatología de trastorno alimentario. Estos datos contrastan con estudios como el de Joiner, et. al., (1997), y el de Mancilla et al. (1999), en los que se encontró que el perfeccionismo es una característica que puede predecir la presencia de sintomatología de trastorno alimentario, especialmente la asociada a la Bulimia Nerviosa.

Cabe aclarar que dentro de este estudio, también se observó que al emplear el análisis de varianza, el factor *Perfeccionismo*, tanto en el grupo de mujeres con sintomatología como en el grupo de mujeres control mostró diferencias con respecto a los dos grupos de varones, indicando que su diferencia parece estar más relacionada a las cuestiones de género que a los trastornos alimentarios. Lo anterior es similar a los resultados obtenidos en estudios que han considerado población mexicana (Raich, et al. 2000; Alvarez y Franco 2001; Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López 2000; Alvarez, Franco, Mancilla y Vázquez, (en prensa), en los que se ha trabajado con mujeres mexicanas, encontrando que el perfeccionismo no es un factor que diferencie a las jóvenes con sintomatología de aquellas que no la manifiestan. No obstante, pese a encontrar congruencia del presente estudio con los realizados por otros autores, es

importante considerar la posibilidad de que la subescala del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), no sea la más adecuada para medir esta característica de personalidad, por lo que en futuros estudios se sugiere como una línea a investigar la inclusión de otros instrumentos que evalúen específicamente dicho aspecto y se pueda conocer con mayor precisión el papel que ejerce en la sintomatología y trastorno alimentario.

Por otro lado, en cuanto a los aspectos cognitivos y conductuales en el grupo de varones, se encontró que aspectos como la falta de control sobre las decisiones de su vida - *Inefectividad* - y el temor a la expresión de sus emociones - *Desconfianza Interpersonal* - fueron los que prevalecieron entre los varones de la muestra.

Cabe precisar que de estos dos factores presentes en el grupo de varones, sólo la *Inefectividad* parece ser el que mejor se asocia con la sintomatología de trastorno alimentario, ya que en el análisis de correlación fue uno de los que mostró una fuerte asociación con la sintomatología; asimismo y con el empleo del Análisis de Regresión Múltiple se identificó como el *factor de riesgo* más adecuado para predecir la presencia de sintomatología de trastorno alimentario (fig.6)

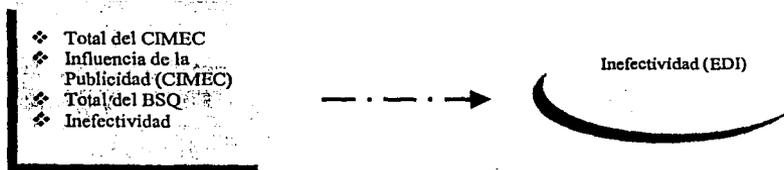


Fig. 6. Factores que predicen sintomatología de trastorno alimentario utilizando el Análisis de Regresión Simple y Múltiple en el grupo de varones.

Por tanto, a partir de los datos obtenidos en la presente investigación, se considera que en los varones al experimentar un sentimiento de inseguridad y poco control sobre las decisiones personales, son más vulnerables a desarrollar sintomatología de trastorno

alimentario. Estos resultados son congruentes con los obtenidos en nuestro país y en la literatura internacional por Escarria, et al. (2000); Shur, Sanders y Steiner (2000), quienes encontraron que los varones desarrollan en mayor medida trastornos alimentarios por cuestiones psicológicas más que estéticas, como sucede con las mujeres. Sin embargo, coincidiendo con estos autores, se sugiere en futuros estudios explorar con mayor detalle este aspecto, logrando que en corto tiempo pueda saberse si este factor puede ser considerado de riesgo exclusivamente para el sexo masculino.

❖ Influencias del Modelo Estético Corporal

Estudios como los de Mateos y Solano (2000); Toro, et al. (1988), han considerado que los factores socioculturales son importantes para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios, ya que existe una constante presión social —especialmente en la mujer— para que se consiga determinada figura corporal, de ahí que fue importante evaluar cómo se está interiorizando el modelo estético corporal en la población.

A partir de lo anterior, se contempló el empleo del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal, encontrando que entre géneros existen diferencias importantes que deben empezar a considerarse en futuras líneas de investigación.

Se observó que una tercera parte de la muestra rebasó el punto de corte del instrumento, indicando que existe influencia del modelo estético en los individuos. Sin embargo, los grupos con sintomatología fueron los que mayormente rebasaron el punto de corte.

Por otra parte, con respecto a la Interiorización del Modelo Estético Corporal, se observó que en las mujeres existió una fuerte asociación entre *la sintomatología de trastorno alimentario total del EAT y BULIT*, *la Influencia del Modelo Estético Corporal total del CIMEC*, *la Influencia de la Publicidad y la Influencia de los Modelos Estéticos factores 1 y 3 del CIMEC*. Al emplear el análisis de varianza y el análisis de Regresión Simple, se observó que los tres factores permiten diferenciar e incluso predecir la sintomatología y

presencia de trastorno alimentario en el grupo de las mujeres. Estos datos indican que el sexo femenino es más vulnerable a la Influencia de los Modelos Estéticos Corporales, específicamente parece que dicha influencia se asimila en gran medida por el bombardeo de anuncios de televisión, radio, revistas, periódicos *Influencia de la Publicidad*, en los que se incita constantemente a la búsqueda de un cuerpo rectilíneo y amorfo, factor que si se asocia con otros puede originar la presencia de sintomatología y psicopatología alimentaria, como los datos de este estudio mostraron. Asimismo, otro factor no menos importante que también es responsable de originar este tipo de conductas en los individuos es el conceder gran valor a las figuras corporales de actrices, modelos, etc., que al ser tomadas como ideales empiezan a repercutir en la cantidad de alimento que ingiere la persona, así como a deteriorar sus relaciones sociales *Influencia de los modelos estéticos corporales*. Por tanto y de acuerdo a lo anterior, en la mujer se observa una mayor tendencia al seguimiento de los estereotipos de belleza que la sociedad impone. (Sánchez, 2000; Gual, 1997; Guillemont y Laxenaire, 1994).

En lo que refiere a la interiorización del modelo estético corporal, pero en el grupo de varones, se observó que la influencia corporal es menor a la presentada en las mujeres. Sin embargo, los varones también la experimentan en aspectos como la *Influencia del Modelo Estético Corporal total del CIMEC*, *la Influencia de la Publicidad factor 1* y *la Influencia de los Modelos Estéticos Corporales factor 3*. Al emplear el análisis de correlación, estos tres aspectos se asociaron con la sintomatología de trastorno alimentario, pero al establecer diferencias entre los grupos, sólo el factor *Influencia de la Publicidad* fue el único que diferenció a los varones con sintomatología de los (as) que no la presentan. Sin embargo, al aplicar el Análisis de Regresión Simple, se encontró que tanto la *Influencia de la Publicidad factor 1 del CIMEC*, como la *Interiorización del Modelo Estético Corporal factor 3 del CIMEC*, son dos factores importantes para predecir la sintomatología de trastorno alimentario en los varones.

Estos datos ponen de manifiesto que los varones también se encuentran influenciados por la publicidad, sin embargo, un dato que aún no es muy claro y que bien puede considerarse como una de las limitaciones del presente estudio, es que no se

sabe con certeza qué tipo de ideal corporal están interiorizando los varones, ya que aún cuando se realizó una adaptación de éste cuestionario, no se debe olvidar que el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC), evalúa principalmente un modelo corporal de delgadez.

Por otra parte, es importante considerar que el varón —de acuerdo con los datos del presente estudio— también está siendo influenciado socialmente para que modifique su estética corporal, sin embargo, ésta no se encuentra en la misma dirección que la considerada para la mujer, de ahí que en ellos pueden estar desarrollándose otro tipo de patologías que también tengan una asociación con la conducta alimentaria, tal es el caso de la psicopatología conocida como *vigorexia* —aún en estudio— que de acuerdo con Leit, Pope y Gray, (2001) es un padecimiento que incrementa su frecuencia peligrosamente, afectando principalmente a los varones, quienes a diferencia de las mujeres, más que delgadez, buscan musculatura y vigor físico, razón por la que siguen una serie de conductas inadecuadas para conseguirlo, que llegan a tener consecuencias irreversibles en la salud. Por tanto, una línea de investigación con población masculina que parece determinante en lo futuro, es el estudio del ideal corporal, los medios que emplea para su consecución, así como las implicaciones o riesgos en la salud, permitiendo que se conozca su etiología, se determinen los criterios diagnósticos para identificarlos clínicamente y por tanto, sean detectados tempranamente, ya que, estos datos muestran claramente que en la actualidad la constante presión por la consecución y búsqueda de una figura corporal con la cual las personas se sientan aceptadas y reconocidas socialmente ya no es exclusiva de la población femenina.

❖ **Insatisfacción Corporal**

Dentro del presente estudio se consideró la variable Índice de Masa Corporal (IMC), encontrando que en las mujeres el mayor número de casos se situó en el nivel de normalidad (41.6%), seguido del sobrepeso (25%) y la obesidad (14%), mientras que en los varones el mayor porcentaje también se presentó en el rango de normalidad (37.1%), no obstante también se presentaron algunos casos de sobrepeso (28%) y bajo peso

(23.2%). Lo anterior pone de manifiesto que la mayoría de los hombres y mujeres que participaron en este estudio, se encuentran dentro de un rango en el que su peso es el adecuado para su edad y talla.

Por otra parte, en trabajos como los de Schiltz (2001), Knowlton (2000), Andersen (1997), y Carlat et al. (1991), se menciona que los varones en general muestran menos disgusto con su cuerpo que las mujeres, además están más conscientes de su forma y peso corporal. Al respecto, en los resultados obtenidos con el grupo de varones de este estudio, se encontró que al aplicar el análisis de correlación, existió una asociación significativa entre la *sintomatología* y la *Insatisfacción Corporal*. Asimismo, con en el Análisis de Regresión Simple, se identificó a éste como un factor de riesgo que puede predecir la sintomatología de trastorno alimentario. Lo anterior indica que el descontento corporal fue un factor importante para la manifestación de sintomatología de trastorno alimentario, sin embargo, no tan relevante como en el caso de las mujeres.

De ahí que se sugiera considerar en futuras investigaciones el empleo de instrumentos específicos para varones, es decir, que traten de evaluar qué áreas del cuerpo son las que a los varones causan malestar y rechazo, ya que a pesar de que a los hombres socialmente se les ha valorado más por sus habilidades intelectuales o físicas, parece que en los jóvenes —especialmente los que manifiestan síntomas de trastorno alimentario— también existe insatisfacción con su imagen corporal, la cual es en parte responsable de originar algunos de los trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto al grupo de mujeres, la *Insatisfacción Corporal* fue el factor más relevante dentro del presente estudio. Así por ejemplo, se encontró que en el cuestionario de Imagen Corporal, las mujeres con sintomatología fueron el único grupo que rebasó —de modo considerable— el punto de corte de dicho instrumento. Además, en el análisis de correlación y al establecer diferencias entre grupos, se obtuvieron valores útiles para predecir en los factores de otros instrumentos que también evaluaban la *Insatisfacción Corporal*, *factor 2 del CIMEC* y *1 del EDI*, mostrando gran asociación con la *sintomatología de trastorno alimentario*.

Al aplicar el Análisis de Regresión Múltiple, se corroboró la importancia de la *Insatisfacción Corporal* en las mujeres, ya que fue el factor que mostró ser el más adecuado para predecir tanto la sintomatología como la presencia de trastorno alimentario en la muestra estudiada. Estos datos señalan que la mujer —a diferencia del hombre— se siente más insatisfecha con su cuerpo, lo cual es consistente con estudios como los de Alvarez et al., (2000), Escarria, et al., (2000), Herrera y Herrera, (2000), Raich et.al. (1998), Álvarez et.al. (1998), en donde se ha encontrado que la *Insatisfacción Corporal* constituye un elemento de inadaptación social, así como un factor de riesgo presente en las personas con sintomatología y trastorno alimentario (fig.7).

Por otra parte, en estudios como el realizado por Kanereky y Kaufman (1994), se ha tratado de identificar el origen de la insatisfacción corporal, proponiendo que el sobrepeso e incluso la obesidad puede considerarse como un generador de malestar o rechazo hacia el cuerpo, que en parte es responsable del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. A partir de esta consideración, el presente estudio incluyó un análisis de correlación entre la variable Índice de Masa Corporal, la sintomatología de trastorno alimentario, la insatisfacción corporal, la influencia del modelo estético corporal y los aspectos cognitivos-conductuales. Los resultados indicaron que esta variable se muestra independiente de todas las variables contempladas antes mencionadas. Por lo que se puede establecer que la mujer aún cuando presente un peso corporal normal e incluso por debajo del normal, se siente insatisfecha con su cuerpo. Estos datos son similares a los obtenidos por Unikel et al. (2000) y Melamed, et al. (2000), en los que el Índice de Masa Corporal se ha mostrado independiente de la sintomatología de trastornos alimentario, así como de la insatisfacción corporal.

De ahí que uno de los aspectos más importantes a realizar en futuros estudios sea identificar qué factores pueden estar dando origen a este rechazo hacia el cuerpo. Al respecto, uno de los que parecen de suma importancia es el papel que ejerce la publicidad, ya que dentro del presente estudio se observó que ésta es importante en la asimilación e interiorización del ideal corporal, no sólo en las mujeres sino también en los varones. Por tanto, es deseable en futuros trabajos, conceder especial atención a este

- ❖ Total del BSQ
- ❖ Malestar con la imagen corporal
- ❖ Total del CIMEC
- ❖ Influencia de la Publicidad (CIMEC)
- ❖ Influencia de los modelos estéticos corporales
- ❖ Identificación interoceptiva

Grupo de mujeres con sintomatología de trastorno alimentario

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Total BSQ (Insatisfacción Corporal)

- ❖ Total del BSQ
- ❖ Total del CIMEC
- ❖ Influencia de la Publicidad (CIMEC)
- ❖ Malestar por la imagen corporal
- ❖ Influencia de los modelos estéticos corporales
- ❖ Identificación interoceptiva

Grupo de mujeres con trastorno

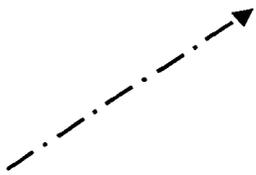


Fig. 7. Factores que predicen sintomatología y trastorno alimentario empleando el Análisis de Regresión Simple y Múltiple en el grupo de mujeres.

factor, así como también evaluar si se manifiesta en mayor medida cuando se asocia a otros factores como la baja autoestima, los problemas familiares, la presión social de amigos, etc.

Finalmente, si se considera que la imagen corporal que un individuo tenga de sí mismo, es de gran influencia en su comportamiento, ya que se relaciona directamente con su personalidad y estado mental, es de esperarse que en las mujeres con una imagen corporal devaluada sean más vulnerables a la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria. Razón por la que sería importante diseñar y aplicar en población comunitaria, talleres o conferencias donde se exponga la importancia que tiene el aceptarse como individuo, sacando el máximo provecho de las capacidades que se tiene a pesar de no contar con un cuerpo tan estilizado y perfecto como el promovido por los medios de comunicación. Así como incluir en los programas de recuperación de personas afectadas por trastorno alimentario módulos donde se busque la adquisición de un autoconcepto que esté alejado de la valoración corporal y estética, ya que como lo menciona Thompson (1990, cit. en Raich et.al. 1998), existen pocos programas terapéuticos que trabajen con la Imagen Corporal devaluada de estas chicas.

Los resultados expuestos con anterioridad, de ningún modo pueden considerarse definitivos, por el contrario constituyen uno de los primeros intentos por realizar detección de trastorno alimentario en el varón, así como establecer diferencias entre géneros, ya que como se ha mencionado de modo reiterado, no siempre se encuentran los mismos factores asociados al desarrollo de la psicopatología alimentaria en hombres y mujeres. Asimismo, es importante incluir muestras de diferentes regiones geográficas, para conocer y evaluar si son afectados por los mismos factores o bien si se registra una frecuencia menor, mayor o similar a la registrada dentro de este trabajo. De este modo, en un futuro se podrá contar con un mayor conocimiento sobre este tipo de padecimientos, logrando que la población cuente con información adecuada que le permita detectar oportunamente éste tipo de padecimientos que en muchas ocasiones debido a la falta de un trabajo de concientización, son detectados hasta que ya han provocado daños irreversibles en la salud del individuo.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- En este estudio se observó que ni la edad, ni el nivel socioeconómico son variables asociadas a los trastornos alimentarios, sin embargo una variable que no fue considerada y que es deseable tomar en cuenta en futuras investigaciones es la región geográfica, por lo que es importante incluir muestras no sólo del Distrito Federal, sino también de otros estados del país, ya que es importante estudiar cómo se pueden manifestar éste tipo de padecimientos y si son originados por los mismos factores que en los jóvenes de la ciudad.
- Para evaluar el factor Insatisfacción Corporal, se trabajó con el Cuestionario de Imagen Corporal de Cooper, Taylor y Fairburn (1987), el cual fue adaptado para población masculina; no obstante, se observó la necesidad de diseñar y validar un cuestionario que cuente con preguntas específicas para los varones, evaluando las áreas que a ellos les pueden generar malestar corporal, ya que como se mencionó de manera reiterada dentro de este trabajo, hombres y mujeres se encaminan a la búsqueda de ideales corporales diferentes, los cuales son producto de las construcciones sociales y procesos de aprendizaje de género.
- Se contó con un grupo muy pequeño de varones diagnosticados con trastorno alimentario, por lo que fue imposible determinar el factor de riesgo que puede causar la presencia de trastorno alimentario. Por tanto, se sugiere trabajar con muestras clínicas y comunitarias de varones, las cuales consideren un mayor número de personas, para así poder identificar los factores de riesgo que pueden ocasionar la presencia de trastorno alimentario en ellos, ya que en esta medida se podrá contar con elementos necesarios que permitan realizar un trabajo preventivo, así como un diagnóstico oportuno.

- En este estudio se encontró que la Inefectividad e Insatisfacción Corporal son factores de riesgo que pueden predecir sintomatología y trastornos alimentario, sin embargo, sería interesante conocer las causas que los originan. Por tanto, una línea de investigación sería identificar las causas que contribuyen a su manifestación.

- Finalmente, se sugiere a partir de los resultados obtenidos, el diseño y aplicación de programas de prevención en población comunitaria, con la finalidad de informar así como también desarrollar una conciencia crítica con respecto de los estereotipos sociales que a través de los medios masivos de comunicación otorgan un alto valor a los cuerpos delgados —en el caso de la mujer — y a los cuerpos fornidos —en el caso del hombre —, generando una ansiedad por la búsqueda de ese ideal corporal, el cual en muchas ocasiones será imposible alcanzar y que por el contrario, llevará a alterar gravemente el equilibrio biopsicosocial del individuo.

CONCLUSIONES

- Existió una mayor presencia de trastorno alimentario en las mujeres (4.94%), de este porcentaje 0.38% correspondió a Anorexia Nerviosa, 0.95% Bulimia Nerviosa, 3.42% Trastorno Alimentario No Específico y 0.19% Sobreingesta.
- En los varones también se diagnosticó presencia de trastorno alimentario (0.57%), distribuyéndose de la siguiente manera: 0.38% Trastorno Alimentario No Específico y 0.19% Sobreingesta.
- En los varones también se diagnosticó presencia de trastorno alimentario (0.57%), distribuyéndose de la siguiente manera: 0.38% Trastorno Alimentario No Específico y 0.19% Sobreingesta.
- En ambos géneros los Trastornos Alimentarios No Específicos se asociaron principalmente a sintomatología de Bulimia Nerviosa, además de ser los más frecuentes (3.80%).
- Las variables Edad, Índice de Masa Corporal y Nivel Socioeconómico, se mostraron independientes de la sintomatología y presencia de trastorno alimentario, tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres.
- Las variables Edad, Índice de Masa Corporal y Nivel Socioeconómico en los varones y mujeres, también se mostraron independientes de los factores Influencia del Modelo Estético Corporal y los Aspectos Cognitivos y Conductuales.
- En cuanto a la sintomatología de trastorno alimentario se observó que en las mujeres a mayor presencia de Sentimientos Negativos Posteriores a la Sobreingesta mayor

- Insatisfacción Corporal, Influencia del Modelo Estético Corporal e Identificación Interoceptiva.
- En las mujeres con sintomatología de trastorno alimentario la Motivación por Adelgazar fue un factor importante que parece distinguirlas de aquellas jóvenes que no presentan sintomatología ni trastorno alimentario. Asimismo, la Motivación por Adelgazar cuando se presenta tiene una asociación significativamente fuerte con factores como: Insatisfacción Corporal, Influencia del Modelo Estético Corporal e Identificación Interoceptiva.
- En el caso de los varones se identificó que la Sobreingesta y Sensación de Pérdida de Control Sobre la Alimentación, así como el Empleo de Conductas Compensatorias fueron aspectos importantes, que al presentarse muestran una asociación moderada con la Influencia del Modelo Estético Corporal e Inefectividad.
- Las mujeres fueron significativamente más perfeccionistas que los varones, sin embargo, este factor no obtuvo ninguna asociación con la sintomatología de trastorno alimentario. Por tanto, dentro del presente estudio se consideró que el Perfeccionismo más que ser un factor asociado a la sintomatología y el trastorno alimentario es una característica propia del género femenino.
- En el caso de los varones con sintomatología, se observó que la inseguridad y el poco control sobre las decisiones de su vida —Inefectividad— fue el factor de riesgo que mostró ser el más adecuado para predecir la presencia de sintomatología de trastorno alimentario.
- Las mujeres con sintomatología mostraron estar más Influenciadas por el Modelo Estético Corporal de Delgadez, sin embargo, en los varones con sintomatología —aunque en menor medida que las mujeres— también existió dicha Interiorización.

- Tanto en hombres como en mujeres, el factor Influencia de la Publicidad fue uno de los más importantes, ya que al presentarse mostró una asociación significativa con la sintomatología de trastorno alimentario.
- La Insatisfacción Corporal en el grupo de los varones no mostró ser un factor tan relevante, sin embargo cuando se presenta si tiene una asociación útil para predecir con la sintomatología de trastorno alimentario.
- En el caso de las mujeres, la Insatisfacción Corporal fue el factor de riesgo más adecuado para predecir no sólo sintomatología sino también presencia de trastorno alimentario.
- En los resultados del presente estudio, las variables Edad, Índice de Masa Corporal y Nivel Socioeconómico, no se asociaron con la Insatisfacción Corporal, razón por la que en futuros estudios es importante tomar en cuenta además de éstas otras variables como la autoestima, la dinámica familiar, los grupos de amigos, la influencia de la publicidad, etc., para conocer con mayor precisión de donde se origina la insatisfacción y rechazo hacia el cuerpo —principalmente el femenino—.

REFERENCIAS

Abraham, S. & Jones, D. (1994). Anorexia y bulimia, desórdenes alimentarios. Madrid: Alianza

Ackard, D.M. & Peterson, C.B. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image and other psychological variables. International Journal of Eating Disorders, 29, 187-194.

Alarcón, R. (2000, Mayo). Comorbilidad en los cuadros depresivos. (En Red). Disponible en: Médico Interamericano.com

Alvarado, G. & Moreno, L. (2000). Socialización familiar alimentaria como factor de riesgo en trastornos de la alimentación. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 100-110

Alvarez, R.G., Mancilla, J.M., Martínez, M. & López, A.X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. Psicología y Ciencia Social, 2, 50-56

Alvarez, R.G., Mancilla, J.M. & Vázquez, A.R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). Revista de Psicología Contemporánea, 7, 74-85

Alvarez, R.G., Franco, P.K., Mancilla, J.M. & Vázquez, A.R. (en prensa). Factores cognitivo-conductuales asociados a sintomatología de trastorno alimentario en una muestra de estudiantes mexicanas. Revista Mexicana de Psicología.

Alvarez, R.G., Vázquez, A.R., Mancilla, J.M. & Gómez-Peresmitré, G. (en prensa). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. Revista Mexicana de Psicología.

Alvarez, T.D., Franco, P.K., Mancilla, J.M., Alvarez, R.G. & López, A.X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. Psicología Contemporánea, 7, 26-35

Alvarez, T.D. & Franco, P.K. (2001). Validación del Eating Disorders Inventory (EDI) en población mexicana. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, E.N.E.P. Iztacala, 46-79

American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos alimentarios (4ª. ed.). Barcelona: Masson, 405-553

Andersen, A.E. (1997). Contrastes y comparaciones entre hombres y mujeres con trastorno alimentario: Desafíos para la clínica y la investigación. En, J. Buendía (Ed). Psicopatología en niños y adolescentes. (pp. 439-460). Madrid: Pirámide

Andersen, A.E. & Holman, E.J. (1997). Males with eating disorders: Challenges for treatment and research. Psychopharmacology Bulletin, 33, 391-397

Anderson, L., Dibble, M., Turkki, P.R., Mitchell, H. & Rynbergen, H. (1985). Nutrición y dieta de Cooper. México: Nueva Editorial Interamericana, 277-370

Barrios, L. (1993). Familia y televisión. Caracas: Monte Avila Latinoamericana, 17-25

Borel, M., Maldonado, M., Mato, L. & Leiderman, E. (2000, Noviembre). Autoestima, perfeccionismo e insatisfacción corporal en los pacientes con trastorno alimentario. (En Red). Disponible en: apsa.org/publica/desa510.htm

Buendía, J. (1997). Psicopatología en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide, 439-460

Cabasés, J.S. (2000, Enero). Aspectos de la medicina sobre los trastornos alimentarios. (En Red). Disponible en: msc.es/insalud

Calderón, E., Moreno, p., Gili, M. & Roca, M. (1998, Marzo). Psicopatología y trastorno de la conducta alimentaria. (En Red). Disponible en: [Psiquiatria. Com](http://Psiquiatria.Com)

Caparos, N. (1997). La anorexia: Una locura del cuerpo. España: Biblioteca Nueva, 13-40

Carlat, J.D. & Camargo, A.C. (1991). Review of Bulimia Nerviosa in males. American Journal of Psychiatry, 148, 831-843

Carlat, J.D., Camargo, A.C. & Herzog, M.D. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. American Journal Psychiatry, 154, 1127-1152

Casanueva, E. (1991). Grupos de alimentos ¿Cuál es la mejor clasificación?. Cuadernos de nutrición, 14, 17-32

Castro, J., Toro, J., Salameo, M. & Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the spanish versión. Psychological Assessment, 2, 175-190

Casullo, M.M, González, B.R. & Sifre, S. (2000). Factores de riesgo asociados y comportamientos alimentario. Psicología Contemporánea, 7, 66-73

Centro de Estudios en trastornos alimentarios en Estados Unidos (2000, Julio). Consequenses of eating disorders. (En Red). Disponible en: Edreferral.com

Cervera, P., Clappes, F. & Rigolfas, R. (1994). Alimentación y dietoterapia. México, D.F.: Mac Graw Hill, 147-155

Chapur, P. & Mariani, L. (1999, Julio). Depresión y alexitimia en los trastornos de la conducta alimentaria. (En Red). Disponible en: ALCMEON. Com

Chinchilla, A. (1995). Guía teórico práctica de los trastornos alimentarios: Anorexia Nerviosa y Bulimia. Barcelona: Masson, 29-55

Cía, A. (1995). Trastornos obsesivo compulsivos y síndromes relacionados. Buenos Aires: Atenco, 330-342

Cooper, P.J., Taylor, M. & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of de body shape questionnaire. International Journal of Eating Disorders, 6, 485-494

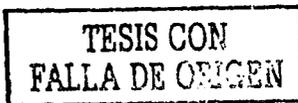
Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber. Barcelona: Gedissa, 57-75

Corsaro, B. (2000, Agosto). Anorexia y Bulimia en la adolescencia. (En Red). Disponible en: msc.es/insalud.com

Davis, C., Claridges, G. & Cerullo, D. (1997) Personality factors and weight preoccupation: A continuum approach to the asociation between eating disorders and personality disorders. Journal of Psychiatric, 31, 467-480

De la Paz, C. (2000, Septiembre). Vigorexia: Un nuevo trastorno mental que afecta principalmente a los hombres. (En Red). Disponible en: CNN.com/salud

De la Riva, G. (1997). Anorexia en gimnastas y su adaptación y cohesión familiar. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Intercontinental, México, D.F., 51-62



Díaz, T.J. (2001). La bulimia desbanca a la anorexia como trastorno alimentario. (En Red). Disponible en: elterciertiempo.net/recortes/recort07.htm

Edwards, S. & Launder, C. (2000). Investigating muscularity in male body image: Development of the swansea muscularity attitudes questionnaire. International Journal of Eating Disorders, 28, 120-124

Escarria, R.A. & Haro, H.M. (2000). Anorexia y Bulimia y factores de riesgo en residentes de una universidad. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, 91-105

Espinoza, E.A. (1998). Anorexia Nerviosa y contexto psicosocial. En A. J. Ríos (Ed). La familia realidad y mito. (pp.39-69). Madrid: Centro de estudios Ramón Acéves.

Esquivel, R., Martínez, C.S. & Martínez, C.J. (1998). Nutrición y salud. México, D.F.: Manual Moderno, 93-100

Fairburn, C. (1998). La superación de los atracones de comida. Barcelona: Paidós, 69-98

Fernández, C.I. (1999, Febrero). La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, Vigorexia, Bulimia y otros trastornos. Prevención desde la familia y escuela. (En Red). Disponible en: cfnavarra.es/INAM.htm

Fessler, R.D. (1999) Principios de dietética y guía piramidal de alimentos. En C, Van Way (Ed.) Secretos de la nutrición. (pp.40-50). México, D.F.: Mc Graw Hill.

Flores, M. & Caballero, A. (1999). Factores de riesgo para anorexia nerviosa. Revista de la Facultad de Medicina., 42, 15-18

Fombonne, E. (1996). Is bulimia nerviosa increasing in frequency. International Journal of Eating Disorders, 19, 287-296

García, M. (2000, Octubre). La vigorexia se cueca en España. (En Red). Disponible en: Salud.com

García, C, Vázquez, H., Martínez, P. & Chavarro, P. (2000, Mayo). Trastornos del comportamiento alimentario en deportistas que practican tae-kwan-do. (En Red). Disponible en: Encolombia. Com

Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. & Woodside, D.B. (1996). Purging and noping forms of Bulimia Nerviosa in community sample. International Journal of Eating Disorders, 20, 4-15

Garine, I. (1995). Los aspectos socioculturales de la nutrición. En J. Contreras (Ed). Alimentación y cultura. (pp.129-150). Barcelona: Ciencias humanas y sociales.

Gamer, D.M. & Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nerviosa. Psychological Medicine, 9, 273-279

Gamer, D.M., Olmstead, M. & Polivy, I. (1983). Development and validation of multidimensional eating disorders inventory for anorexia nerviosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 15-34

Gibney, W.L. (1990). Guía moderna para una buena nutrición. México: Mc Graw-Hill, 311-320

Gómez-Peresmitré, G. & Unikel, C. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: Formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. Psicología Conductual, 3, 417-429

Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. & Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en una muestra del género masculino. Psicología Contemporánea, 7, 4-15

Grave, R.D., De Luca, L. & Oliosi, M. (1997). Eating attitudes and prevalence of eating disorders: A survey in secondary schools in Lecce, Southern Italy. Eating Weight Disorders, 1, 34-37

Gual, P. (1997). ¿Anorexia yo? ¿Anorexia mi hija?. Saber para prevenir. Barcelona: Descleé de Brower, 10-30

Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura. España: Masson, 13-18

Guimerá, E. & Torrubia, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorders Inventory (EDI): en una muestra de pacientes anoréxicos. Anales de Psiquiatría, 3, 185-190

Hartley, P. (1996). Does health education promote eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 4, 3-11

Herrera, G.A. & Herrera, G.G. (2000). Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal: Alteración, satisfacción-insatisfacción y su relación con el nivel socioeconómico y sexo en adolescentes. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 100-125

Icaza, S. & Behar, M. (1992). Nutrición. México: Interamericana, 1-5

Joiner, E.T., Rudd, D.M., Heatherton, F.T. & Schmidt, B.N. (1997). Perfectionism, Perceived weight status and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. Journal of Abnormal Psychology, 106, 145-153

Kanereky, R.B. & Kaufman, R.M. (1994). Nutrición y comportamiento. Madrid: Bellaterra, 14-20; 372-400

Kelly, C. Ricciardelli, A.L. & Clarke, D.J. (1999). Problem eating attitudes and behaviors in your children. International Journal of Eating Disorders, 25, 281-286

Knowlton, L. (2000, Junio). Trastornos alimentarios en varones. (En Red). Disponible en: PsychiatricTimes.com

Krause, M. & Hunsher, M. (1990). Nutrición y dietética clínica. México, D.F.: Interamericana, 4-12

Kustlesic, V., Williamson, D., Gleaves, D., Barbin, J. & Murphy-Eberene, K. (1998). The interview for diagnosis of eating disorders-IV. Application to DSM-IV diagnostic criteria. Psychological Assessment, 1, 41-48

Lalane, R. (1989). La alimentación humana. Barcelona: Oikos-tau, 17-55

Leit, A.R., Pope, G.H. & Gray, J.J. (2001). Cultural expectations of musculature in men: The evolution of play girls centerfolds. International Journal of Eating Disorders, 29, 90-93

Lemos, S. (1997). Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía (Ed.) Psicopatología en niños y adolescentes. (pp.25-37). Madrid: Pirámide.

León, G., Lucas, A.R., Collingan, R.C., Ferdinade R.J. & Kamp, J. (1985). Sexual, body image and personality attitudes in anorexia nerviosa. Journal Abnormal Child Psychology, 13, 245-258

Lowenberg, M., Neige, E., Wilson, E.D., Feeney, M.C. & Savage, J.R. (1980). Los alimentos y el hombre. México, D.F.: Limusa, 7-16; 90-105

Mancilla, J.M., Alvarez, R.G., López, A.X., Mercado, G.L., Manríquez, R.E. & Roman, F.M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. Psicología y Ciencia Social, 2, 34-42

Mancilla, J.M., Mercado, G.L., Manríquez, R.E., Alvarez, R.G., López, A.X. & Roman, F.M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Revista Mexicana de Psicología, 1, 37-46

Manual de la Enfermera Médico Quirúrgica: Necesidad de nutrición. (1997). Argentina: País, 3-10

Martínez, C.S., Esquivel, R. & Martínez, C.J. (1992). Aspectos básicos de nutrición. México: Limusa, 43-48

Martínez, M., Medina, A. & Quiroz, A. (1997). Identificación de trastornos alimentarios en una población de alto riesgo. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, E.N.E.P. Iztacala, 5-17

Mateos, A. & Solano, N. (2000, Octubre). Trastornos alimentarios: Anorexia y bulimia. (En Red). Disponible en: Ciencia y salud.com

Matey, P. (1996). La nueva epidemia de los adolescentes. (En Red). Disponible en ciencia y salud. Com

Mc Clelland, L. & Crisp, A. (2001) Anorexia nerviosa y social class. International Journal of Eating Disorders, 29, 150-156

Melamed, F., Kohan, C.A., Bunge, T. & Arias, C. (2000) Conducta dietante y conformidad con el cuerpo: Diferencias de género, nivel socioeconómico y edad. (En Red). Disponible en: CIPA.com

Merien, D. (1998). Las claves de la nutrición: Compatibilidades, asociaciones y modulaciones alimentarias. España: Océano, 141-150

Mintz, L.B. & Betz, N.E. (1988). Prevalence y correlates of eating disordered behavior among undergraduate women. Journal of Counseling Psychology, 35, 463-471

Mora, G.M. (1992). Bulimia y variables de riesgo. Un análisis causal. Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología.

Morejón, C. (2000). La alimentación del hombre a través del tiempo. México, D.F.: Silanes, 2-23

Nagelberg, B.D., Hale, L.S. & Ware, L.S. (1984). The assesment of bulimyc symptoms and personality correlates in female collage students. Journal of Clinic Psychology, 40, 440-445

Palma, E.M. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de nutrición, 20, 21-28

Pereda, O. (2000, Octubre). Alerta médica por el culto al cuerpo. (En Red). Disponible en: Sociedad, Org.

Pérez, A.B. (1995). Lograr el equilibrio para una buena nutrición. Cuadernos de nutrición, 18, 43-48

Plazas, M. (1995). La alimentación en los niños. Cuadernos de nutrición, 18, 21-28

Poblano, A.C. & Trigueros, V.P. (2000). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de población adolescente. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 60-100

Raich, R. M. (1994). Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide, 13-40

Raich, R.M. & Vázquez, A.R. (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. Psicología y Ciencia Social, 2, 59-66

Raich, R.M., Mora, M., Sánchez-Carracedo D., Torras, M.C., Viladrich, M.C., Zapater, L., Mancilla, J.M., Vázquez, A.R., Alvarez, R.G. (2000). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviors in two spanish-speaking countries: Spain and México. European Eating Disorders, 00, 1-11

Rausch, C. (1996). La esclavitud de las dietas. Argentina: Paidós, 1-27

Rodríguez, M.A., Martínez, N.M., Novalbos, R.P., Ruíz, J.M. & Jiménez, B.D. (1998). Ejercicio físico y hábitos alimentarios: Un estudio en adolescentes de Cádiz. (En Red). Disponible en: electrónicaUCA.com

Rogers, L., Rosnick, M., Mitchell, E.J. & Blum, W.R. (1997). The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescence girls. International Journal of Eating Disorders, 22, 15-23

Sánchez, C. (2000). Las dietas, mitos y verdades. ¿Cómo me ves?, 18, 10-13

Sánchez, M.T. (1991). Dieta, nutrición y la prevención de enfermedades crónicas. Menú de nuevas en nutrición, 6, 1-16

San Germain, J.L. (2000). Factores de riesgo asociados a la conducta alimentaria: Obesidad en preadolescentes. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Autónoma de México, Facultad de Psicología, 91-105

Saucedo, T.J. & Gómez, G. (1997). Validez Diagnóstica del Índice de Masa Corporal en adolescentes mexicanas. Acta Pediátrica de México, 1, 19-27

Schur, A.E., Sanders, M. & Steneir, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in your children. International Journal of Eating Disorders, 27, 74-82

Schiltz, T. (2001, Abril). Varones y trastornos de la conducta alimentaria. (En Red). Disponible en: Menresearch/edap.org

Smith, M.C. & Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5, 863-872

Steinhausen, H.C., Winkler, C. & Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. International Journal of Eating Disorders, 22, 147-151

Striegel-Moore, R., Garvin, V., Dohm, F.A. & Rosenheck, R. (1999). Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: A national study of hospitalized veterans. International Journal of Eating Disorders, 25, 399-404

- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: el peso de la cultura y la sociedad. España: Ariel, 1-16.
- Toro, J., Salamero, & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nerviosa. Acta Psychiatrica Scandinava, 89, 147-151
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa. España: Martínez-Roca, 159-189
- Turón, V.J. (1997). Trastornos de la alimentación. España: Masson, 59-66
- Unikel, S.C., Villatoro, V.J., Medina-Mora, I.M., Fleiz, B.C., Alcántar, M.E. & Hernández, S.A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. Revista de Investigación Clínica, 52, 140-147
- Uribe, G.T. (2000). Identificación de las actitudes alimentarias y sintomatología de trastorno alimentario en estudiantes mexicanas. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, E.N.E.P. Iztacala, 91-141
- Van Way, C. (1999). Secretos de la nutrición. México, D.F.: Mc Graw Hill, 55-60
- Vázquez, A.R. (1997). Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona, España, 29-50
- Vázquez, A.R., Alvarez, R.G. & Mancilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal. (CIMEC) en población mexicana. Salud Mental, 23, 19-24

Vázquez, A.R., Mateo, G.C., Galdós, C.J. & Alvarez, R.G. (en prensa). Comparación de la presencia de sintomatología de trastorno alimentario entre niños y jóvenes varones mexicanos.

Vega, L. (1992). Alimentación y nutrición en la infancia. México, D.F.: Cervantes, 221-230

Villaruel, M. & Cortés, I. (2000). Detección de factores que inciden en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en muestras de hombres deportistas y no deportistas. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 33-50

Walsh, T.B. & Devlin, J.M. (1998). Eating disorders: Progress and problems. Science, 28, 1387-1390

Wiederman, W.M. & Prior, L.T. (2000). Body dissatisfaction, bulimia and depresión among womwn: The mediating role of drive for thinness. International Journal of Eating Disorders, 27, 90-95

Williamson, D., Kelly, M., Davis, L., Ruggiero, L. & Blouin, D. (1985). Psychopatology of eating disorders: A controlled comparasion of bulimic, obese and normal subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychopatology, 53, 161-166

Williamson, D.A. (1990). Assesment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nerviosa. New York: Pergamon Press, 14-28

Anexos

	Total BSQ	Total CIMEC	F I	F II	F III	F IV	EDI I	EDI II	EDI III	EDI IV	EDI V	EDI VI	EDI VII	EDI VIII	IMC	EDAD	NSE
Total EAT	r=.72 ***	r=.60 ***	r=.55** *	r=.56 ***	r=.47 ***	r=.18 p=.11	r=.71 ***	r=.35 **	r=.20 p=.08	r=.42 ***	r=.41 ***	r=.29 **	r=.33 **	r=.02 p=.87	r=.21 p=.06	r=.03 p=.78	r=.14 p=.25
F I	r=.84 ***	r=.70 ***	r=.70** *	r=.73 ***	r=.58 ***	r=.20 p=.09	r=.77 ***	r=.46 ***	r=.05 p=.66	r=.37 ***	r=.33 **	r=.20 p=.08	r=.29 **	r=.03 p=.80	r=.33 **	r=.24 *	r=.25 *
F II	r=.53 ***	r=.41 ***	r=.41** *	r=.35 **	r=.35 **	r=.17 p=.15	r=.45 ***	r=.15 p=.18	r=.21 p=.06	r=.17 p=.14	r=.19 p=.10	r=.12 p=.31	r=.24*	r=.03 p=.81	r=.20 p=.09	r=.04 p=.75	r=.21 p=.07
F III	r=.44 ***	r=.24 *	r=.18 p=.11	r=.25 *	r=.25 *	r=.07 p=.55	r=.44 ***	r=.24 *	r=.04 p=.71	r=.64 ***	r=.43 ***	r=.26 *	r=.10 p=.39	r=.12 p=.27	r=.08 p=.51	r=.11 p=.36	r=.003 p=.98
F IV	r=.14 p=.24	r=.09 p=.43	r=.06 p=.58	r=.03 p=.78	r=.17 p=.14	r=.09 p=.44	r=.13 p=.26	r=.07 p=.56	r=.36 **	r=.12 p=.29	r=.26 *	r=.21 p=.08	r=.27 *	r=.05 p=.68	r=.20 p=.08	r=.21 p=.07	r=.08 p=.48
F V	r=.09 p=.43	r=.06 p=.59	r=.12 p=.29	r=.02 p=.85	r=.02 p=.88	r=.11 p=.35	r=.17 p=.14	r=.02 p=.85	r=.16 p=.16	r=.08 p=.49	r=.11 p=.36	r=.11 p=.35	r=.15 p=.19	r=.18 p=.13	r=.05 p=.70	r=.11 p=.33	r=.11 p=.35
F VI	r=.14 p=.22	r=.21 p=.08	r=.20 p=.08	r=.20 p=.09	r=.22 p=.07	r=.11 p=.35	r=.05 p=.64	r=.001 p=.99	r=.22 p=.06	r=.03 p=.80	r=.05 p=.69	r=.33**	r=.20 p=.08	r=.10 p=.39	r=.01 p=.92	r=.40 ***	r=.36 ***
F VII	r=.11 p=.34	r=.12 p=.29	r=.02 p=.87	r=.16 p=.18	r=.12 p=.30	r=.13 p=.25	r=.10 p=.39	r=.03 p=.80	r=.15 p=.19	r=.04 p=.97	r=.09 p=.43	r=.008 p=.94	r=.09 p=.44	r=.09 p=.43	r=.17 p=.14	r=.05 p=.67	r=.07 p=.53
Total BULIT	r=.60 ***	r=.56 ***	r=.52** *	r=.53 ***	r=.48 ***	r=.32** *	r=.51 ***	r=.44 ***	r=.06 p=.59	r=.57 ***	r=.29 **	r=.26 *	r=.06 p=.58	r=.22 *	r=.19 p=.11	r=.25 p=.62	r=.11 p=.33
F I	r=.47 ***	r=.43 ***	r=.42** *	r=.39 ***	r=.38 ***	r=.30** *	r=.35 **	r=.25 *	r=.01 p=.94	r=.54 ***	r=.22 *	r=.19 p=.10	r=.08 p=.47	r=.21 p=.08	r=.14 p=.25	r=.14 p=.23	r=.04 p=.74
F II	r=.79 ***	r=.65 ***	r=.62** *	r=.65 ***	r=.56 ***	r=.21 p=.07	r=.65 ***	r=.53 ***	r=.13 p=.28	r=.58 ***	r=.31 **	r=.20 p=.07	r=.10 p=.41	r=.16 p=.16	r=.35 **	r=.27 *	r=.21 p=.06
F III	r=.03 p=.81	r=.08 p=.80	r=.02 p=.84	r=.04 p=.71	r=.11 p=.35	r=.19 p=.09	r=.05 p=.69	r=.14 p=.22	r=.01 p=.91	r=.22 *	r=.24 *	r=.21 p=.07	r=.06 p=.57	r=.15 p=.21	r=.11 p=.37	r=.01 p=.93	r=.02 p=.85

Anexo 1. Matriz de correlaciones r de Pearson en el grupo de mujeres

	Total BSQ	Total C/MEC	F I	F II	F III	F IV	EDI I	EDI II	EDI III	EDI IV	EDI V	EDI VI	EDI VII	EDI VIII	IMC	EDAD	NSE
Total EAT	r=.37 **	r=.26 *	r=.34 **	r=.19 p=.10	r=.17 p=.16	r=.03 p=.81	r=.45 ***	r=-.05 p=.66	r=.03 p=.75	r=.20 p=.09	r=.05 p=.66	r=.22 p=.07	r=.009 p=.94	r=-.04 p=.73	r=-.01 p=.88	r=-.19 p=.12	r=-.10 p=.40
F I	r=.36 **	r=.21 p=.08	r=.18 p=.13	r=.19 p=.12	r=.21 p=.08	r=.13 p=.28	r=.33 **	r=-.05 p=.68	r=.05 p=.67	r=.12 p=.33	r=-.07 p=.57	r=.14 p=.26	r=-.07 p=.54	r=-.05 p=.64	r=.16 p=.18	r=-.20 p=.11	r=.19 p=.13
F II	r=.39 ***	r=.21 p=.07	r=.33 **	r=.13 p=.28	r=.14 p=.24	r=.007 p=.95	r=.29 **	r=-.20 p=.09	r=.008 p=.94	r=.17 p=.15	r=-.02 p=.83	r=.12 p=.30	r=.03 p=.80	r=-.03 p=.76	r=.12 p=.33	r=-.15 p=.21	r=.04 p=.76
F III	r=.58 ***	r=.41 ***	r=.52 ***	r=.30 **	r=.31 **	r=.03 p=.76	r=.34 **	r=-.01 p=.92	r=-.12 p=.32	r=.25*	r=.06 p=.61	r=.08 p=.50	r=-.02 p=.87	r=.12 p=.33	r=.04 p=.74	r=-.15 p=.23	r=-.02 p=.86
F IV	r=.01 p=.91	r=.07 p=.54	r=.15 p=.23	r=.10 p=.39	r=-.02 p=.84	r=-.10 p=.40	r=.25 *	r=-.07 p=.57	r=.13 p=.26	r=.18 p=.12	r=.19 p=.12	r=.15 p=.22	r=.10 p=.40	r=.02 p=.81	r=.27 *	r=-.06 p=.60	r=-.23 p=.06
F V	r=.07 p=.59	r=-.05 p=.66	r=-.05 p=.64	r=-.10 p=.41	r=-.03 p=.77	r=.04 p=.71	r=.25*	r=-.05 p=.63	r=.07 p=.52	r=.13 p=.29	r=.10 p=.41	r=.07 p=.55	r=.07 p=.56	r=.11 p=.35	r=-.18 p=.13	r=-.16 p=.20	r=-.18 p=.15
F VI	r=.18 p=.13	r=.31 **	r=.31 **	r=.23 p=.06	r=.30 **	r=.25 *	r=.20 p=.09	r=.13 p=.29	r=.02 p=.84	r=.08 p=.49	r=.005 p=.96	r=.30 **	r=.27 *	r=.07 p=.53	r=-.06 p=.59	r=.05 p=.69	r=-.35 **
F VII	r=.31 **	r=.16 p=.18	r=.26 *	r=.13 p=.30	r=.08 p=.51	r=-.08 p=.48	r=.06 p=.59	r=-.14 p=.25	r=-.07 p=.52	r=.06 p=.60	r=.10 p=.40	r=.005 p=.96	r=.007 p=.95	r=-.15 p=.22	r=.05 p=.66	r=.21 p=.08	r=.05 p=.67
Total BULIT	r=.54 ***	r=.60 ***	r=.59 **	r=.51 ***	r=.56 ***	r=.33 ***	r=.40 ***	r=.19 p=.11	r=-.07 p=.52	r=.41 ***	r=.10 p=.39	r=.43 ***	r=.16 p=.18	r=-.13 p=.29	r=.15 p=.22	r=.17 p=.17	r=.03 p=.81
F I	r=.51 ***	r=.61 ***	r=.57 ***	r=.53 ***	r=.57 ***	r=.36 ***	r=.33 **	r=.15 p=.21	r=.02 p=.84	r=.44 ***	r=.17 p=.17	r=.39 ***	r=-.09 p=.44	r=.11 p=.34	r=.18 p=.13	r=.13 p=.30	r=.05 p=.70
F II	r=.61 ***	r=.50 ***	r=.54 ***	r=.40 ***	r=.44 ***	r=.27 *	r=.43 ***	r=.12 p=.32	r=.08 p=.50	r=.31 *	r=-.04 p=.72	r=.31 **	r=-.05 p=.65	r=.04 p=.74	r=.07 p=.54	r=.19 p=.11	r=.09 p=.45
F III	r=.33 ***	r=.43 ***	r=.42 ***	r=.37 ***	r=.48 ***	r=.24 *	r=.33 **	r=.20 p=.08	r=.02 p=.83	r=.28 p=.02	r=.03 p=.79	r=.49 ***	r=-.26*	r=.17 p=.14	r=.02 p=.85	r=.12 p=.32	r=.15 p=.23

Anexo 2. Matriz de correlaciones r de Pearson en el grupo de hombres

145

IMC Sexo	Total FAI	Total BULIT	Total BSQ	Total CIMEC	EDI I	EDI II	EDI III	EDI IV	EDI V	EDI VI	EDI VII	EDI VIII
Hombres (n= 237)	r= 0.02 p= 0.80	r= 0.06 p= 0.36	r=0.08 p= 0.23	r=0.14 p= 0.4	r=0.04 p= 0.55	r=-0.12 p= 0.07	r=-0.08 p=0.23	r=0.008 p= 0.91	r=-0.07 p=0.32	r=-0.14 p=0.03	r=0.02 p=0.74	r=-0.20 **
Mujeres (n= 288)	r=0.12 *	r= 0.10 p= 0.08	r= 0.34 ***	r=0.21 ***	r=0.21 ***	r= 0.23 ***	r=-0.06 p=0.29	r= 0.11 p= 0.07	r= -0.04 p= 0.47	r= -0.004 p=0.94	r=-0.05 p=0.42	r=0.03 p=0.66
Total (N= 525)	r= 0.07 p= 0.09	r=0.08 p= 0.06	r=0.21***	r=0.17***	r=0.14 ***	r=0.08 p=0.06	r=-0.07 p=0.12	r=0.05 p= 0.21	r=-0.05 p= 0.27	r=-0.08 p=0.08	r=-0.008 p=0.86	r=-0.09 *

Anexo 3. Matriz de correlaciones entre el Índice de Masa Corporal, la sintomatología de trastorno alimentario y sus factores asociados

IMC= Índice de Masa Corporal

EDI III= Miedo a Madurar

EDI VI= Inefectividad

EDI I= Motivación por adelgazar

EDI IV= Bulimia

EDI VII= Perfeccionismo

EDI II= Insatisfacción Corporal

EDI V= Identificación Interoceptiva

EDI VIII= Desconfianza Interpersonal

*** p≤.001 ** p≤.01 * p≤.05

NSE Sexo	Total EAT	Total BULIT	Total BSQ	Total CIMEC	EDI I	EDI II	EDI III	EDI IV	EDI V	EDI VI	EDI VII	EDI VIII
Hombres (n= 237)	r= 0.15 p= 0.02	r= -0.01 p= 0.86	r=-0.01 p= 0.83	r=-0.04 p= 0.49	r=-0.09 p= 0.21	r=-0.23 ***	r=-0.18 **	r=0.04 p= 0.55	r=-0.12 *	r=-0.20 **	r=-0.09 p=0.15	r=-0.16 *
Mujeres (n= 288)	r= -0.02 p= 0.75	r= 0.003 p= 0.96	r= 0.06 p= 0.33	r=0.15 **	r= 0.06 p=0.27	r= -0.04 p= 0.56	r=-0.16 **	r= 0.006 p= 0.92	r= -0.02 p= 0.70	r= -0.13 p=0.04	r=0.18**	r=0.15 **
Total (N= 525)	r= -0.08 p= 0.07	r=-0.02 p= 0.72	r=-0.007 p= 0.88	r=0.04 p= 0.38	r=-0.003 p= 0.95	r=-0.12 **	r=-0.17 ***	r=0.02 p= 0.66	r=-0.07 p= 0.10	r=-0.15 ***	r=0.11 **	r=-0.12 **

Anexo 4. Matriz de correlaciones entre el Nivel Socioeconómico, la sintomatología de trastorno alimentario y sus factores asociados

NSE= Nivel Socioeconómico EDI I= Motivación por adelgazar EDI II= Insatisfacción Corporal EDI III= Miedo a Madurar
 EDI IV= Bulimia EDI V= Identificación Interoceptiva EDI VI= Inefectividad EDI VII= Perfeccionismo
 EDI VIII= Desconfianza Interpersonal

*** p≤.001 ** p≤.01 * p≤.05

24