



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**" CONSISTENCIA INTERNA Y VALIDEZ FACTORIAL DEL
EAT-40 PARA VARONES EN POBLACIÓN MEXICANA"**

REPORTE D E INVESTIGACIÓN

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

IVAN ALEJANDRO SAUCEDO VÁZQUEZ

DIRECTORA: DRA. ROSALIA VÁZQUEZ ARÉVALO

**ASESORES: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN
DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ**

PAPIIT IN301901



Tlalnepantla, Estado de México

Marzo 2004



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.

Este trabajo está dedicado a:

Yola, por ser siempre de los motores que mueven mi vida, eres la persona que más admiro. Estas letras son para ti, y por lo que falta...

Juan, por todo lo que ya no eres, y que por partes comencé a ser yo (debieras haber visto esto).

Denisse, siempre vas a ser mi amor, te quiero. Y te toca.

Mis tíos **Paty** y **Enrique**, que han sido como padres para mí. Esto no lo hubiera podido conseguir sin su ayuda, y gracias por su vida y regalarnos un pedazo a nosotros.

La doctora **Rosalía Vázquez**, por su apoyo e infinita paciencia, y por ser tan genial universitaria.

La Lic. **Herlinda Amante**, por todo su apoyo brindado durante mi titulación.

Georgina, Manuel, Xóchitl, Karina, por su apoyo a mis dudas durante la elaboración de estas hojas.

La **UNAM**, por todo lo que le he aprendido de lo que quiero y no quiero ser, y por tener tan buenos profesores.

Fredy, Alex, Asdrubal, Carlos, Nico, Rubén, Valdo, Julián, Paco, Kory, por su amistad, ustedes son mi esencia.

Hili, parte de esto es tuyo, y por todo lo que ya no y lo que siempre.

Amaranta, eres mi espejo.

A todos los demás que, por ser medio animal para eso de la memoria, no puse aquí, y que también me ayudaron en este proyecto.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. TRASTORNO ALIMENTARIO	4
1.1 Factores de riesgo	9
1.1.1. Factores biológicos	9
1.1.2. Factores socioculturales	10
1.1.3. Factores familiares	11
1.1.4. Factores individuales	11
1.2 Anorexia nerviosa	12
1.3 Bulimia nerviosa	14
1.4 Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE)	16
1.5 Trastornos de la conducta alimentaria en hombres	17
1.5.1. Antecedentes históricos	17
1.5.2. Epidemiología y prevalencia	19
1.5.3. Investigaciones más relevantes relacionadas con el trastorno del comportamiento alimentario en varones	22
1.5.3.1. Diferencia de géneros con respecto a las dietas y a la forma corporal	22
1.5.3.2. Factores de riesgo vinculados a la ocupación	24
1.5.3.3. Sexualidad	24
1.5.3.4. Disforia relacionada al género y homosexualidad	25
1.5.3.5. Imagen corporal	26
1.5.3.6. Evolución del trastorno	27
2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ	28
2.1 Confiabilidad	28
2.2 Validez	30
2.3 Instrumentos utilizados para la valoración de signos y síntomas de trastorno del comportamiento alimentario	31
2.4 Test de actitudes hacia la alimentación	32
OBJETIVO GENERAL	38
MÉTODO	
Sujetos	38
Tipo de diseño	38
Instrumento de evaluación	39
Procedimiento	39
Evaluación de las propiedades psicométricas	39
RESULTADOS	41
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	57

RESUMEN

Los estudios sobre los trastornos del comportamiento alimentario en varones son recientes, y se han puesto en boga hacia las últimas décadas; no obstante, aún no existen instrumentos adecuados para la valoración de sus signos y síntomas. El objetivo de la presente investigación fue valorar las propiedades psicométricas del EAT-40 (Eating Attitudes Test) en población masculina mexicana. Se aplicó el EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979) en una muestra conformada por 566 estudiantes varones con el fin de determinar la confiabilidad y estructura factorial de dicho instrumento para este tipo de población. El EAT-40 mostró tener un adecuado grado de consistencia interna ($\alpha=0.72$) y a través del análisis de componentes principales, de realizar la rotación VARIMAX y las elecciones correspondientes se obtuvieron cinco factores: Preocupación por la delgadez ($\alpha= 0.70$), Presión social percibida ($\alpha= 0.59$), Conductas restrictivas y de tipo compensatorio ($\alpha= 0.49$), Control alimentario y ejercicio ($\alpha= 0.48$) y Estilos alimentarios ($\alpha= 0.55$). Los niveles de Coeficiente Alpha de Cronbach, tanto en el test completo como en la organización factorial, muestran al EAT-40 como un instrumento eficaz para evaluar signos y síntomas de trastorno alimentario al ser aplicado a población masculina; no obstante, los resultados obtenidos sugieren la elaboración de un instrumento que establezca criterios para la identificación de trastorno alimentario exclusivamente en varones, acorde con los aportes de la investigación vigente con respecto al tema.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la alimentación ha cumplido una función primordial en el desarrollo del ser humano. Siendo el hombre esencialmente un ser social, el acto de comer, además de cumplir su papel dentro de la nutrición, se encuentra ligado profundamente a significados de tipo social o afectivo.

La alimentación del hombre es un proceso complejo, que da lugar a diversas significaciones simbólicas relacionadas con su hacer cotidiano, de tal forma que la manera en que una persona interacciona con su medio se verá reflejada en su forma de alimentarse y viceversa. Esto puede dar pie a que surjan diversas alteraciones, entre éstas los denominados trastornos del comportamiento alimentario.

La aproximación hacia los varones con trastorno se ha dado de una manera distinta a la de las mujeres. Durante gran parte del siglo pasado, dichos casos fueron ignorados (Korkina, Marilov, Tsvilko y Kareva, 1980; Brunch, 1981) o poco estudiados, y hasta años recientes existía poca investigación al respecto, en relación con la llevada a cabo para población femenina. No obstante, en la actualidad cada vez se identifican más casos de varones con trastorno, lo cual ha traído como consecuencia que surja más investigación al respecto. De esta forma, se requiere de herramientas que puedan acercarse más eficazmente a las problemáticas específicas de trastorno del comportamiento alimentario en población masculina.

Existen diversos instrumentos creados para la detección, valoración y diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario; no obstante, éstos fueron diseñados para mujeres. Esto tiene implicaciones significativas para la investigación sobre varones, ya que en dichos casos lo que se ha hecho es adaptar instrumentos ya existentes para población masculina lo cual adquiere relevancia, ya que aunque la sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario -exceptuando el criterio de amenorrea- es muy similar para hombres y mujeres (Serna de Pedro, Moreno y Viñas, 1990; Fichter y Daser, 1987; Carlat y Camargo, 1991), existen divergencias

importantes entre las formas en que se desarrolla el trastorno para cada género que exigen un acercamiento distinto, como por ejemplo, el hecho de que los varones al tiempo que quieren reducir peso también desean poseer una figura musculosa, sin que esto implique aumentar grasa (Bruchon-Schweitzer, 1992), o que en la mujer los trastornos del comportamiento alimentario se encuentren más asociados con la estética corporal a diferencia de los varones, en quienes la manifestación de síntomas de trastorno del comportamiento alimentario parece asociarse principalmente con problemas de tipo emocional (Mateo, 2002).

Uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para identificar síntomas de trastorno del comportamiento alimentario es el Eating Attitudes Test (EAT), el cual presenta propiedades psicométricas adecuadas, y ha sido validado en más de 100 países.

Dentro de la literatura revisada, no existen antecedentes en ningún país con respecto a la validación del EAT en población masculina, ni existe alguna prueba destinada exclusivamente a la identificación de síntomas o factores relacionados con los trastornos del comportamiento alimentario en varones. Se considera necesario saber hasta qué punto el EAT es útil para identificar sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario en varones, de acuerdo con los aportes de la investigación vigente al respecto. Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue valorar las propiedades psicométricas del EAT-40 en población mexicana masculina.

1. TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Para todo ser vivo, el hecho de abastecerse de los nutrimentos necesarios para poder subsistir es una actividad cotidiana, la cual permite que dicho organismo pueda desarrollarse de manera armónica, favoreciendo la homeostasis de éste. Dicha actividad implica una serie de complicados procesos internos, los cuales serán constantemente repetidos por el organismo a lo largo de su vida.

Los términos alimentación y nutrición han sido comúnmente utilizados como sinónimos, no obstante, se debe aclarar que la alimentación es una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles y está mediada por la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales e incluso los estados de ánimo; mientras que la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos (Higashida, 1992).

En un estudio realizado por Baas, Wakefield y Kolasa (1979) se enumeraron los diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos y, por consiguiente, de los distintos significados que se les puede atribuir:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensa o castigos.

12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

Como se puede observar, el acto de comer ha dado pie a una serie de ritualizaciones, cada una con significados distintos, y que socialmente son aceptados e implican mensajes tanto explícitos como ocultos. Éstos satisfacen las necesidades del individuo en diversos planos, y cualquier ser humano inmerso dentro de algún núcleo social ha hecho y seguirá haciendo uso de éstos. De esta forma, para Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostroski (1995) el estudio de la conducta alimentaria debe ir más allá de su base biológica, lo que inevitablemente exige una aproximación multifactorial que conciba al individuo desde una perspectiva biopsicosocial.

La actividad alimentaria tiene tanto impacto dentro de la actividad cotidiana de una persona, que se puede suponer que acontecimientos importantes dentro de la vida del individuo o modificaciones en su entorno podrán tener un impacto en sus conductas de ingestión, ocasionando procesos mórbidos dentro de ésta, o viceversa.

De acuerdo con el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) el término *trastorno mental* implica –desafortunadamente– una distinción entre trastornos *mentales* y *físicos* (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales permiten afirmar que hay mucho de *físico* en los trastornos *mentales* y viceversa.

Debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto trastorno mental, al igual que otros términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción —como patología estructural (p. ej., colitis ulcerosa), forma de presentación de los síntomas (p. ej., migraña), desviación de la norma fisiológica (p. ej., hipertensión) y etiología (p. ej., neumonía neumocócica)—. Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística), cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale a un concepto general o globalizador, y cada caso requiere una definición distinta. A pesar de estas consideraciones, la definición de trastorno mental del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) es la misma que la del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) y la del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), ya que es útil y además ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre lo normal y lo patológico (American Psychiatric Association, 1994).

Los trastornos del comportamiento alimentario se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. De acuerdo con Raich (1994, pág. 20), este término hace alusión a “trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingestión; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica”. Éstos no se consideran privativos de una etapa del desarrollo de los sujetos, lo que se modifica es la forma de presentación y expresión de dichos trastornos (Pedreira, 1998). Para Andersen y Mickalide (1983), éstos poseen dos componentes básicos: el temor a aumentar de peso y la pérdida de control en los episodios alimentarios.

Agrupados bajo el término de Trastornos del Comportamiento Alimentario, la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa, y los llamados Trastornos de la

Conducta Alimentaria no Especificados (TANE)¹ aparecen descritos en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Cabe mencionar que, aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) no aparece como una psicopatología, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico, estableciendo una relación de comorbilidad o efectuando el diagnóstico de Trastorno por Atracón, el cual está caracterizado por los siguientes criterios (American Psychiatric Association, 1994):

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

- 1) Ingestión por un periodo corto de tiempo (por ejemplo, 2 horas) de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
- 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio.

B. Los episodios de atracón se asocian a 3 (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Ingestión mucho más rápida de lo normal
- 2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno

¹ El denominado Trastorno por Atracón (Binge Eating Disorder) se encuentra contemplado dentro de la categoría de TANE, aunque a diferencia de éstos posee criterios específicos, los cuales se encuentran en investigación con el fin de determinar si éste puede ser agrupado posteriormente dentro de los trastornos del comportamiento alimentario específicos.

- 3) Ingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
- 4) Comer a solas para esconder su voracidad
- 5) Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón

- C. Profundo malestar al recordar los atracones.
- D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.
- E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (por ejemplo, purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

La relevancia del estudio de los trastornos del comportamiento alimentario se debe a que, de acuerdo con algunos autores (Killen et al., 1986; Welch, Nidiffer, Zager y Lyerla, 1992), en los últimos años ha ido incrementando el número de personas adolescentes con anorexia y bulimia nerviosas; esto puede ser explicado por dos situaciones principales:

- ∴ Primero, al poseerse en la actualidad un conocimiento más amplio acerca de los trastornos del comportamiento alimentario, se puede sospechar más frecuentemente de su presencia; muchos de los casos de trastorno que antes eran ignorados, o se conocían hasta sus fases más crónicas, ahora son detectados más frecuentemente debido a que los términos anorexia, bulimia o trastorno del comportamiento alimentario se han vuelto de uso más común dentro de las actuales sociedades de occidente, lo que ha dado lugar a que se reconozca un número mayor de casos (Viniegra y Salinas, 1984).

- ∴ Por otro lado, las nuevas tecnologías y el ritmo de vida actual han modificado las formas de alimentación. La aparición de alimentos procesados fáciles de cocinar, de lugares de “comida rápida”, y –en general- la acelerada vida moderna han favorecido la sustitución de alimentos naturales ricos en nutrimentos por un consumo de alimentos de alto contenido calórico, y dudoso valor nutritivo. Al mismo tiempo estas sociedades, caracterizadas por la existencia de un hedonismo físico, hacen una llamada constante a estrictas reglas dietéticas que favorezcan la delgadez y una alimentación equilibrada, libre de excesos de grasas y carbohidratos, manifestando rechazo a una imagen corporal con exceso de grasa e idealizando una delgada incluso a nivel del infrapeso, lo cual se convierte en una paradoja que está repercutiendo en la aparición más frecuente de personas con trastorno del comportamiento alimentario.

Dicho incremento ha propiciado un estudio a mayor profundidad con respecto al tópico. A partir de esto, se han podido identificar distintas variables que son consideradas como factores de riesgo para presentar estos trastornos, los que en el siguiente apartado se abordarán.

1.1 Factores de riesgo

1.1.1. Biológicos

Diversos autores (Casullo, González y Sifre, 2000; Mancilla et al., 1999; Vázquez, 1997) han considerado a la edad (principalmente a los periodos de juventud y adolescencia) y al género como factores de riesgo, aunque estos no pueden ser considerados como determinantes de trastorno en sí mismos. Otra variable que debe ser tomada en cuenta es el peso corporal, el cual -al tener un referente de distribución normal en la población- marca estándares que favorecen una extrema delgadez, de tal forma que mujeres con una predisposición genética hacia un peso corporal elevado se verán más

presionadas socialmente con respecto a hacia su imagen corporal, lo cual generará una propensión mayor a contraer un trastorno del comportamiento alimentario (Robin, Siegel, Koepke, Moye y Tice, 1994).

1.1.2. Socioculturales

La utilización del cuerpo implica un manejo y manipulación que no es neutral ni mucho menos inocente, ya que éste, como producción social, es un lugar de contradicciones en las que cada sociedad le crea y recrea una imagen social, la cual se traduce en códigos estéticos, ritos relacionales (códigos de cortesía), prácticas amorosas y sexuales, así como disciplinas y regímenes de salud, cuidado y conservación del cuerpo sustentados en prácticas y discursos médicos, religiosos, etc., de tal forma que para Casullo et al. (2000), el género, la edad y la ciudad de procedencia son considerados como factores de riesgo asociados con algunas dimensiones psicológicas vinculadas a la aparición de alteraciones en la conducta alimentaria.

Anteriormente se consideraba que los trastornos del comportamiento alimentario eran característicos de las naciones de primer mundo donde abunda la comida (Kaplan y Sadock, 1994), pero datos recientes confirman que las sociedades en vías de desarrollo también presentan este tipo de trastorno (Mateo, 2002). Las personas que proceden de lugares donde la anorexia nerviosa es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más frecuente pueden presentar la enfermedad cuando han interiorizado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza (Kaplan et al., 1994).

Un factor fundamental para entender las formas de alimentación actuales y los trastornos derivados de dichas formas, es el ideal estético imperante. A partir de la segunda mitad del siglo XX, en las sociedades occidentales se ha puesto un especial énfasis en la figura esbelta, predominando una suma preocupación por la comida, su contenido calórico, las dietas y la imagen. Por tanto, las preferencias sociales por la delgadez (y sus no claras ventajas sobre el estado

de salud) han afectado a la conducta alimentaria, y a todas las actividades que giran alrededor de la comida (Dorian y Garfinkel, 2001).

Los medios de comunicación y la sociedad occidental en general exponen imágenes ideales de mujeres delgadas y hombres delgados pero musculosos, lo cual puede afectar el nivel de satisfacción con el propio cuerpo de muchos individuos. Y es que los intentos por acercarse al ideal corporal promovido socialmente se ha convertido en una norma biológica, generalmente incompatible con el balance corporal normal, lo cual lleva a que el control del peso corporal o su reducción sea extremadamente difícil y, por tanto, el cumplimiento de dicha norma social sea virtualmente insostenible la mayoría de las veces (Alvarez, 2000).

1.1.3. Familiares

Para el caso de los trastornos del comportamiento alimentario, también las relaciones familiares han sido consideradas como un factor de riesgo (Killen et al., 1994; Mildred, Paxton y Wertheim, 1995; Strober, 1981; Vandereycken, 1994), y son tomadas como punto de atención en tratamientos, para evitar que la familia funcione como un factor de mantenimiento. Es importante mencionar que el estudio del papel de la familia en los trastornos del comportamiento alimentario no supone la búsqueda de la etiología causal de éstos, sino de las variables familiares que, en conjunto con características individuales y socioculturales, intervienen en la gestación de esta patología (Vázquez, 1997).

1.1.4. Individuales

Diversos autores mencionan que la insatisfacción corporal es un rasgo de las personas que presentan algún trastorno del comportamiento alimentario, ésta se vería reflejada en una sobreestimación de la silueta (Raich, 1994; Fernández y Pobst, 1994; Gardner y Bokenkamp, 1996). Al respecto, Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla (1996) encontraron que dichas personas tienden

a ser más susceptibles a la presión social que incita a la delgadez, de esta manera no están satisfechas con su imagen corporal; asimismo, las personas con sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario tienen mayor insatisfacción con su imagen corporal en comparación con aquellas personas que no presentan dicho trastorno (Alvarez et al., 1996).

1.2 Anorexia nerviosa

La palabra *anorexia* era utilizada en la literatura médica antigua como sinónimo de ausencia de apetito, de acuerdo con el significado del vocablo griego *anorektous*. En diccionarios médicos del siglo XVII se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago (Toro, 1996). El primer acercamiento de tipo científico al trastorno del comportamiento alimentario se encuentra en 1874 por parte del Dr. William Gull, el cual hace referencia a ésta como *Apepsia histérica*. Posteriormente, el francés Laseguè bautizaría al trastorno como *Anorexia nerviosa*, nombre con el que se le conoce hasta nuestros días.

Cabe mencionar la importancia de utilizar -cuando se habla de trastornos del comportamiento alimentario- el término “anorexia nerviosa”, ya que confiere a la enfermedad una base psicológica e incluso multifactorial, y hace referencia a un trastorno con criterios diagnósticos bien delimitados, ya que la anorexia por sí misma –entendida como la mera ausencia de hambre o la pérdida del apetito- puede estar presente como síntoma en otras enfermedades de origen fisiológico (por ejemplo, el cáncer). Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982) realizaron un análisis con respecto a la etiología de la anorexia nerviosa, agrupando una serie de factores en: predisponentes, desencadenantes y perpetuantes. Éstos posteriormente son revisados por Toro y Villardel (1987), quienes agrupan esquemáticamente dicha organización de factores.

De acuerdo con el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), los criterios necesarios para poder establecer un diagnóstico de anorexia nerviosa son los siguientes:

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

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando

diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Los datos epidemiológicos marcan que, en el momento actual y en el mundo occidental, sufren de anorexia nerviosa del 0.2 al 0.8 % de la población general y entre el 1 % y el 2 % de las muchachas adolescentes. Con respecto a México, los datos indican que en la actualidad la ocurrencia de anorexia nerviosa fluctúa entre un 0.2 y un 0.5% de la población, presentándose de cada 20 casos, uno de paciente varón (Unikel et al., 2000). La anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad, sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable.

1.3 Bulimia nerviosa

La bulimia –que significa “hambre de buey”– se deriva del griego *bous-buey* y *limos-hambre*. En la antigüedad fue considerada como consecuencia de un estado de ánimo anormal, y después apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica (Alvarez, 2000).

Con anterioridad la bulimia nerviosa era considerada como un trastorno secundario a la anorexia nerviosa, pero las fuertes diferencias encontradas entre las pacientes hicieron que ésta fuera considerada como una entidad psicopatológicamente distinta, presentándose con el término bulimia en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) y adoptándose el término de

bulimia nerviosa en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

Los criterios para efectuar el diagnóstico de bulimia nerviosa, de acuerdo con el DSM-IV, son:

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

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

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingestión del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

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

Además, de acuerdo con el DSM-IV, la bulimia se puede clasificar en los siguientes tipos:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

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

En un estudio clínico realizado en Estados Unidos por Heffernan (1994), se observó que las personas con este trastorno son mayoritariamente de raza blanca, aunque el trastorno también puede afectar a otros grupos étnicos; por lo menos un 90 % de las personas que padecen bulimia nerviosa (personas hospitalizadas y población general) son mujeres. Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres. En cuanto a su incidencia en población mexicana, ésta es de entre 2 y 3% (Hsu, 1996), presentándose un caso de hombres por cada 9 de mujeres.

1.4 Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE)

Esta categoría se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen en su totalidad los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) contempla los siguientes ejemplos:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa

1.5 Trastornos de la conducta alimentaria en hombres

1.5.1. Antecedentes históricos

La historia previa al siglo XX cuenta con pocos casos documentados referentes a conductas alimentarias alteradas que hagan alusión a varones.

En el siglo XI Avicena escribe acerca de la enfermedad del príncipe Hamadham, el cual estaba muriendo por negarse a comer, preso de una intensa melancolía. Esta descripción, si bien no cumple con todos los criterios diagnósticos requeridos para dicho cuadro, es considerada la primera relacionada con anorexia dentro de un contexto médico, aunque es muy probable que los síntomas relacionados con un trastorno del comportamiento alimentario sean secundarios en relación con el cuadro depresivo que presentaba el paciente (Sours, 1980).

Ricard Morton, a finales del siglo XVII, resume dos casos de probable anorexia nerviosa, y uno de estos era varón: éste fue víctima de una pérdida gradual del apetito, la cual era ocasionada por las largas horas de estudio y las altas metas que se autoexigía:

“El hijo del reverendo Mr. Steele, mi muy buen amigo, a los 16 años de edad aproximadamente cayó de un modo gradual en una pérdida total del apetito, ocasionada por los duros estudios y las pasiones de su mente, y

esto le llevó a una atrofia general. Yo juzgué esta consunción como algo nervioso, y que se asentaba en la totalidad de su cuerpo. El chico recuperó su salud en gran medida” (cit. en Andersen, 1997).

En 1764 un profesor de medicina de Edimburgo, Robert Whytt, publicó un tratado en el cual describe el caso de un joven de 14 años, el cual primero pasa por un periodo de restricción alimentaria, durante el cual adelgazó considerablemente; tiempo después, atravesó por un periodo durante el cual ingería grandes cantidades de alimento de manera irracional e impulsiva, Whytt atribuyó a estos trastornos una etiología de tipo “nervioso” (Silverman, 1987).

Para 1790, Robert Willan publica *A remarkable case of abstinence*, donde habla acerca del caso de un joven que ayunó durante 78 días por causa de sus creencias religiosas, lo que propició en él un alejamiento de las demás personas; a los 60 días de ayuno, comenzó a presentar episodios de atracones acompañados de vómitos, y murió pocos días después (Silverman, 1987). Posteriormente, William Gull en 1874 advirtió también la ocurrencia de anorexia nerviosa en hombres, al realizar el diagnóstico de un paciente varón.

A lo largo del siglo XX, se puede considerar que el estudio de los trastornos del comportamiento alimentario en varones siguió por dos caminos principales:

- Negar la existencia de éstos (Korkina et al., 1980; Brunch, 1981), arguyendo que cuando se consideraban tales eran casos atípicos o consecuencia de un mal diagnóstico. Un factor importante que contribuyó a reforzar esta postura fue el hecho de considerar a estos trastornos como exclusivos del sexo femenino, considerando la amenorrea como síntoma patognomónico. Desde el psicoanálisis se consideraba que estos síntomas formaban parte de un padecimiento de tipo histérico, también característico de las mujeres.

- No tomar en cuenta los casos de varones. Durante la primera mitad del siglo XX, la mayoría de las investigaciones referentes a trastornos del comportamiento alimentario no tuvieron en cuenta a los varones a causa del inconveniente de tener un número de sujetos que no estaba equiparado con las mujeres, lo cual no proporcionaría resultados confiables. De esta forma, al no tener una población estadísticamente relevante de varones con trastorno, dichos casos eran omitidos del grueso de las investigaciones realizadas con respecto al tema.

Retomando las consideraciones diagnósticas, es Hilde Bruch (1973) quien proporciona los primeros tratamientos detallados de anorexia en varones. Pero es a partir de 1990 que se ha incrementado la cantidad de investigaciones que consideran a la población masculina dentro de la psicopatología de trastorno del comportamiento alimentario.

1.5.2. Epidemiología y prevalencia

La clasificación propuesta en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) es la fuente más usada de criterios para el diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario a nivel mundial. No obstante, los criterios existentes para establecer un cuadro de anorexia nerviosa permanecen sesgados en cuanto a sexo, al considerar como criterio tres meses de amenorrea para las mujeres, pero ningún criterio equivalente para los hombres como por ejemplo tres meses de niveles disminuidos de impulso sexual, o de niveles bajos de testosterona (Andersen, 1997). La codificación propuesta por la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) para este criterio contempla pérdida de interés y potencia sexual, para el caso de hombres con trastorno (American Psychiatric Association, 1994).

La prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario es superior en mujeres que en hombres, se considera una incidencia anual de anorexia nerviosa del 0.02% y una prevalencia de bulimia del 0.1 al 0.5 % (Olivardia,

Harrison, Mangweth y Hudson, 1995); en relación con las mujeres, se reporta 1 hombre por 10 casos femeninos (Gross y Rosen, 1988; Rastam, Gilberg y Garton, 1989) o de 1 por 16 (Vandereycken y Van Den Brouche, 1984). Además, en éstas se ha encontrado una edad promedio de inicio del trastorno más tardía que en el caso de los hombres, con una diferencia entre 1.5 y 2 años (Sharp, Clark, Dunan, Blackwood y Shapiro, 1994). En la actualidad, con el cambio de ideales estéticos y una preocupación mayor del varón por la imagen y el esquema corporal, el número de casos entre ellos está aumentando (Serna de Pedro de Pedro, 2001; Carbajo, Canals, Fernández-Ballart y Doménech, 1995; Holtz y Tena-Suck, 1995; Vírseda, 1995), ya que actualmente existe una mayor presión hacia el género masculino con respecto a su figura.

Al respecto, en los varones se presenta una variación de la anorexia, una condición llamada “anorexia inversa” por Pope, Katz y Hudson (1993), dentro de la cual el varón desea estar delgado, pero -al mismo tiempo- poseer una figura atlética. Este trastorno también fue denominado “anorexia atlética” por Sundgot-Borgen (1992).

En estudios realizados por Carlat, Camargo y Herzog (1997), se acepta que la bulimia es dos veces más frecuente que la anorexia y aún lo serían más los casos de TANE, más frecuentes en adultos que en adolescentes (Spitzer et al., 1992). Además, el desarrollo de trastornos del comportamiento alimentario en varones, parece asociarse principalmente con problemas de tipo emocional (Mateo, 2002), y la aparición de éstos en hombres de edad madura se ha relacionado con el miedo a envejecer (Zerbe, 1993; Gupta, 1995).

La proporción de hombres identificados con trastorno del comportamiento alimentario en casos clínicos ha sido sustancialmente más pequeña que la proporción identificada en muestras comunitarias (Lucas, Beard, O'Fallon y Kurland, 1991; Carlat y Camargo, 1991; Beumont, Schrader y Lennerts, 1995). Con base en esto, se puede inferir que los hombres presentan menos interés por buscar tratamiento para trastornos del comportamiento alimentario que las mujeres (Wolf, 1991; Fairburn y Beglin, 1990). También esto se explica debido

a que el estar preocupado por el peso o la comida, o estar insatisfecho con la imagen corporal eran considerados como conductas, problemas o trastornos femeninos (Cash, Counts y Huffine, 1990). De esta manera, se puede entender: a) que sujetos del sexo masculino diagnosticados con algún trastorno de la alimentación hayan ingresado a la clínica por otros problemas de salud, por ejemplo, endocrinos o gastrointestinales (Romero, 1994); y b) que se resistan a buscar tratamiento (Andersen, 1990; Gómez-Peresmitré, 1995). Esto permite suponer que gran parte de la población masculina con trastorno se encuentre infradiagnosticada debido a que, hablando por ejemplo en el caso de Trastorno por Atracción, una conducta de alimentación anormal como es ingerir grandes cantidades de comida se atribuye a patrones culturales normativos con más frecuencia en los hombres que en las mujeres.

Con respecto a la prevalencia del trastorno en población homosexual, existen un desacuerdo: algunos autores plantean que existe una proporción mayor de TCA en varones homosexuales (Sheiner y Agras, 1987; Fichter y Daser, 1987; Carlat et al., 1997), mientras que otros estudios no han confirmado esta información (Serna de Pedro de Pedro, Moreno y Viñas, 1990; Pope et al., 1986; Olivardia, Pope, Mangweth y Hudson, 1995).

Hacia la última década del siglo XX y hasta la actualidad, la población de varones con trastorno del comportamiento alimentario adquirió más importancia por parte de la comunidad científica y ha sido objeto de diversas investigaciones. A continuación se presentan algunos de los datos más relevantes referentes a el trastorno del comportamiento alimentario en varones, abarcando las líneas de investigación fundamentales abordadas con respecto al tema.

1.5.3. Investigaciones relacionadas con el trastorno del comportamiento alimentario en varones

1.5.3.1. Diferencia por género con respecto a las dietas y a la forma corporal.

- Una investigación realizada por Serdula (1993) en los Estados Unidos, con una población de 11,467 estudiantes de preparatoria y 60,861 adultos permitió establecer las siguientes diferencias entre géneros: entre los adultos, un 38% de las mujeres y un 24% de los hombres estaban tratando de perder peso. Y con respecto a los jóvenes, 44% de las mujeres y un 15% de los hombres habían estado intentando perder peso.
- En 1987 Drewnowski y Yee, a través de un cuestionario aplicado a 226 estudiantes (98 hombres y 128 mujeres) que hablaba acerca del peso, forma corporal, dietas e historia personal con respecto al ejercicio, encontraron que un 26% de los hombres y un 48% de las mujeres se describían a sí mismos con sobrepeso. Para reducir peso las mujeres utilizaban las dietas más frecuentemente que los hombres, mientras que éstos optaban más por hacer ejercicio.
- En una encuesta realizada por Rosen y Gross (1987) a una muestra de 1,373 estudiantes de preparatoria, se encontró que en las mujeres (63%) fue más frecuente que en los hombres (16%) el tratar de moldear la figura a través del ejercicio y de una reducción de las calorías en su dieta. Por otra parte, en los hombres fue más frecuente que en las mujeres el tratar de ganar peso (28%, frente a un 9% de las mujeres). Cash, Winstead y Janda en 1986 encontraron que un 41% de los hombres se encuentra insatisfecho con su cuerpo, en comparación con un 55% de las mujeres; además, un 77% de los hombres con bajo peso estaban

a gusto con su apariencia, así como el 88% de las mujeres con bajo peso.

Como se puede observar, estos datos indican que en la actualidad el ideal físico preocupa más a las mujeres que a los hombres, no obstante, en varones también aparecen proporciones importantes, lo que indica que cada vez aparece más preocupación en los varones por reducir su peso corporal o modificar su figura.

De acuerdo con Andersen & Di Domenico (1992) los hombres presentan menos presión social hacia la dieta que las mujeres. Se ha sugerido que para que se desarrolle un trastorno del comportamiento alimentario en varones con predisposición, es necesario que se encuentren factores de riesgo adicionales que los induzcan a llevar a cabo una dieta, o a centrarse en la imagen corporal (Siever, 1994; Steiger, 1989). Y aunque muchos chicos también quieren cambiar su aspecto, la proporción que hace dieta es mucho menor que la de las chicas (8.4 frente a 48.1%) y además ellas son más expertas en composiciones características de los alimentos (Kelly & Patten, 1986).

Tanto para la bulimia como para la anorexia sería más frecuente la obesidad previa en los varones (Carlat y Camargo, 1991; Serna de Pedro de Pedro, 1998b; Barry y Lipman, 1990) y menor distorsión de la imagen corporal (Scheiner & Agras, 1987). Los individuos con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y «mórbida». Algunos datos sugieren que, antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reducen la ingestión calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico («dietéticos»), a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón (American Psychiatric Association, 1994). Aunque en un estudio realizado por Carlat y Camargo (1991) se encontró que los varones son menos propensos a deprimirse después de un atracón.

1.5.3.2. Factores de riesgo vinculados a la ocupación

Gimnastas, corredores, fisicoculturistas, jockeys, luchadores, bailarines y nadadores son particularmente susceptibles de padecer un trastorno del comportamiento alimentario, debido a que las actividades que llevan a cabo requieren de una figura esbelta (Andersen, Barlett, Morgan y Brownell, 1995). Esta incidencia en algunas profesiones específicas, permite inferir acerca de profesiones de riesgo para la enfermedad (Serna de Pedro, 2001; Ziegler, Jonnalagadda y Lawrence, 2001).

1.5.3.3. Sexualidad

- Fichter y Daser (1987), al comparar hombres y mujeres con anorexia, encontraron que los hombres manifiestan significativamente más ansiedad hacia temas relacionados con la sexualidad que las mujeres. Los autores observaron que el 80% de los hombres participantes en estudio habían crecido en familias donde el sexo era considerado como un tabú. Además, estos pacientes reportaban una baja actividad sexual .
- Burns y Crisp (1984) encontraron en un estudio que los hombres con anorexia admitían un “alivio” en la disminución de su deseo sexual durante la fase aguda de su trastorno.
- Es menos probable que hombres con trastorno del comportamiento alimentario hayan tenido relaciones sexuales antes de que iniciara el problema, y es menos probable que mantengan alguna relación de tipo sexual con alguien, en comparación con las mujeres. Sin embargo, los hombres con bulimia nerviosa parecen ser sexualmente más activos que los que presentan anorexia nerviosa (Pope et al., 1986).

- Un estudio realizado por Andersen y Mickalide (1983) sugiere que los hombres con anorexia nerviosa presentan alteraciones en su producción de testosterona.

Los hombres con trastorno del comportamiento alimentario difieren significativamente de las mujeres con trastorno en relación con su vida sexual, presentando una menor actividad al respecto. Esto se encuentra relacionado con los bajos niveles de testosterona derivados del estado de emaciación, además de factores de tipo social, vinculados principalmente con la familia y la forma en que la sexualidad es asumida dentro de ésta.

1.5.3.4. Disforia relacionada al género y homosexualidad

- De acuerdo con los resultados proporcionados por Knowlton (2000) en un estudio realizado con varones, se encontró que el conflicto de identidad sexual propició el inicio del trastorno del comportamiento alimentario en el 50% de los casos diagnosticados, lo cual confirma resultados encontrados previamente (Carlat et al., 1997; Scott, 1986; Dally, 1969; Crisp, 1967). Con respecto a esto, en una investigación realizada por Herzog, Bradburn y Newman (1990) se encontró que los hombres homosexuales pesaban significativamente menos que los heterosexuales, y era más probable que desearan un peso ideal por debajo del normal.
- Fichter y Daser (1987) encontraron que los hombres con anorexia se veían a sí mismos más femeninos que otros hombres.

Debido a su estado de emaciación, los hombres con anorexia adquieren un cuerpo de efébo, es decir, que pareciera asexual. No hay un desarrollo pleno de las características físicas constitutivas de un varón, lo cual los hace verse más femeninos con respecto a otros hombres. Por otro lado, los hombres

homosexuales asimilan un ideal estético más semejante al de la mujer, lo cual corresponde a desear una figura delgada, y a asumir conductas semejantes a las de ellas para llegar a tales fines.

1.5.3.5. Imagen corporal

- En un estudio llevado a cabo por Edwards y Launder (2000) donde se aplicó a 300 varones un cuestionario que evalúa actitudes y conductas asociadas a la musculatura, encontraron que en ellos existió un mayor deseo por conseguir musculatura. Además, existió una percepción positiva de la musculatura; estando, ésta, asociada con masculinidad y atractivo físico.
- En un estudio llevado a cabo por Pope et al. (2000), donde la muestra masculina de población fue de tres países distintos (Austria, Francia y Estados Unidos), no se hallaron diferencias significativas entre ellos en cuanto a su ideal estético; se encontró que su figura ideal es un cuerpo alrededor de 13 kgs. más musculoso que ellos, ya que consideran que ese es el cuerpo que las mujeres prefieren. No obstante, en un estudio piloto realizado por los mismos autores, se encontró que la mujer actual prefiere un cuerpo masculino ordinario, sin una excesiva musculatura.
- Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000) aplicaron a 1,646 varones cuyas edades fluctuaban entre los 14 y los 24 años un instrumento que evalúa imagen corporal. Encontraron que en los varones existe una preferencia por la figura musculosa, sin que esto implique un incremento en la grasa corporal.

- Wertheim et al. (1992), encontraron que el deseo de delgadez era el más importante predictor de conductas relacionadas con la pérdida de peso, aún mas que las variables psicológicas o familiares, tanto para hombres como para mujeres adolescentes.

Como se puede observar, mientras que en las mujeres la figura ideal preponderante es la de una mujer delgada, en el caso de los hombres, al tiempo que quieren reducir peso, también desean poseer una figura musculosa. De acuerdo con Bruchon-Schweitzer (1992), los hombres prefieren una figura mesomorfa (con músculos), sin que esto implique aumentar grasa.

1.5.3.6. Evolución del trastorno

La evolución del trastorno del comportamiento alimentario en hombres es similar a la de las mujeres dependiendo, como en ellas, de los años de evolución, intensidad de los síntomas, el contexto dentro del cual desarrollen el trastorno y las expectativas del paciente (Serna de Pedro, 1996). Si la duración de la enfermedad es larga, hay malas relaciones familiares, ausencia de fantasías sexuales y el comienzo es más tardío, por tanto, el pronóstico de curación es menos favorable. No obstante, algunos autores plantean que la evolución del trastorno en el varón es más optimista que en el caso de las mujeres (Daniel, 1994).

2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La medición psicológica es un proceso por medio del cual se compara la puntuación obtenida por un sujeto en una prueba contra una puntuación normativa, la cual se ha derivado a partir de la puntuación a su vez obtenida por un grupo de referencia en la misma prueba o test (Alvarez, 2000). Sin embargo, cómo saber si la comparación y, por tanto, el resultado de ésta es o no confiable y/o válido; entonces la confiabilidad y la validez son dos criterios que deben evaluarse en todo sistema de medición.

2.1 Confiabilidad.

Se dice que una medida es fiable si al repetirla, proporciona resultados suficientemente estables, que como mucho, difieren entre sí por variaciones pequeñas y atribuibles al azar (Viladrich, 1997). La verificación empírica de esta propiedad se realiza obteniendo al menos dos medidas independientes de los mismos objetos y analizando el grado de concordancia entre ellas; cuanto mayor sea dicha concordancia, mayor es la fiabilidad de la medida.

En términos de la teoría clásica de los tests (Viladrich, 1997), “la fiabilidad sería la proporción de varianza de la puntuación verdadera sobre la variabilidad de la puntuación total observada”.

En la práctica esta definición se operacionaliza calculando correlaciones entre dos aplicaciones del mismo test, dos formas paralelas o entre puntuaciones de dos o más partes de un mismo test (Martínez, 1995). Así, existen tres métodos para obtener la estimación del coeficiente de fiabilidad (García, 1993):

1. **Método de formas paralelas.** Posterior a la construcción de un test se aplica a un grupo normativo pertinente y se hace una forma paralela a dicho test (otro que mida lo mismo que el anterior) con el

mismo formato, número de ítems y del mismo tipo, pero que sus ítems estén redactados de forma distinta. Este nuevo test se aplica al mismo grupo y la fiabilidad estará expresada por el coeficiente de correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambas pruebas.

2. **Método de repetición del test o test-retest.** Consiste meramente en la aplicación del test en dos ocasiones diferentes al mismo grupo, de modo que la fiabilidad se estima con base en el coeficiente de correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambas aplicaciones.
3. **Métodos basados en una sola aplicación del test.** Comprende básicamente dos métodos:

ω Uno de estos consiste en el método de las dos mitades, su procedimiento supone que una vez aplicado el test se divide en dos mitades aleatorias (o puede también dividirse con base en los reactivos pares y nones) y se calcula el coeficiente de correlación entre ambas partes.

ω Otro método es a través de la estimación de la consistencia interna (Crocker y Algina, 1986). Una forma de estimar cómo el rendimiento de los sujetos en el test puede generalizarse al dominio de ítems es ver hasta qué punto los sujetos tienen un rendimiento consistente en diversas partes del test. Este método, examina fundamentalmente errores derivados del muestreo de contenidos de los ítems del test (Alvarez, 2000). La estimación de la consistencia interna se emplea para determinar en qué medida los elementos que componen un test (sus ítems) son equivalentes (Viladrich, 1997). Lo anterior se puede obtener y expresar a partir del coeficiente alfa de Cronbach, con el cual se persigue estimar el grado en que covarían los ítems que constituyen el test y comprobar, por tanto la fiabilidad del mismo (Martínez, 1995; Muñiz, 1992).

2.2 Validez.

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

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

1. **Validez de constructo**, la cual refiere al grado en que la escala usada concuerda con los objetivos para los que fue creada, es decir que refleja el alcance que tiene para satisfacer las expectativas teóricas. Dentro de ésta, García (1993) identifica tres tipos específicos:
 - *Validez factorial*, ésta se determina por medio de un modelo estadístico multivariado denominado análisis factorial, el cual examina la estructura interna de la unidad de medida, mide si los indicadores tienen algo en común, es decir, si tienen un común denominador, mide las correlaciones entre los indicadores e intenta descubrir si hay un constructo subyacente. Los ítems deben tener un común denominador que debe aflorar estadísticamente. La estructura subyacente o común denominador se llama factor.

El principio básico del análisis factorial es el procesamiento de correlaciones entre las variables, esto con la finalidad de analizar las asociaciones lineales entre ellas. Este análisis parte de dos métodos específicos, que son: el *método de componentes principales*, y la *rotación varimax* de los factores.

- *Validez convergente*, es cuando el test presenta altas correlaciones con otros tests que miden el mismo rasgo, aunque con métodos diferentes, por lo que ofrecen evidencias de que la medida en cuestión está coherentemente correlacionada con otra medida del constructo.
 - *Validez divergente*, ésta se establece cuando un test presenta correlaciones bajas con tests que, utilizando el mismo método, miden distintos rasgos.
2. **Validez de contenido**, se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se desea medir (García, 1993). Es decir, hasta qué punto están recogidos todos los aspectos relevantes de la variable que se quiere someter a medida y de la que se van a extraer conclusiones a posteriori con el uso del test.
 3. **Validez de criterio**, se establece a partir de la comparación de un instrumento de medición con algún criterio estándar externo, entre más relacionados estén éstos, la validez de criterio será mayor (Namakforoosh, 1995).

2.3 Instrumentos utilizados para la valoración de signos y síntomas de trastorno del comportamiento alimentario

Existen distintos procedimientos e instrumentos de evaluación empleados para la valoración y detección de la anorexia y bulimia nerviosas. Sin embargo, quizás los más utilizados son las entrevistas y los autoinformes o tests.

Cabe aclarar la diferencia entre los instrumentos denominados de criba o tamizaje y las entrevistas de diagnóstico: mientras que los primeros funcionan como un filtro al ser aplicados a muestras grandes de población con el propósito de identificar signos y síntomas de trastorno, las entrevistas de

diagnóstico tienen como finalidad el establecer un diagnóstico, con base en los criterios correspondientes. Es decir, que el proceso ideal para determinar cuadros de trastorno del comportamiento alimentario en muestras numerosas, consiste en realizar la aplicación de un instrumento de tamizaje, con la finalidad de identificar a los sujetos con más posibilidad de presentar dicho trastorno; posteriormente, el diagnóstico se llevará a cabo a través de una entrevista.

Dentro de los autoinformes, uno de los más conocidos y ampliamente utilizados para detectar signos y síntomas de trastorno del comportamiento alimentario, es el Eating Attitudes Test (EAT, Test de actitudes Alimentarias de Garner y Garfinkel, 1979).

2.4 Test de Actitudes hacia la Alimentación

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT) es un cuestionario de autoreporte que consta de 40 reactivos, bajo una escala bipolar de seis opciones, el cual fue diseñado y validado originalmente en población canadiense (Garner y Garfinkel, 1979) basándose en los criterios para anorexia nerviosa establecidos por Feighner et al. (1972). Sin duda, es el cuestionario más utilizado como medida de síntomas y preocupaciones características de los trastornos de la alimentación ya que ha demostrado ser un predictor confiable de éstos (Garner, 1996); y aunque el EAT no proporciona un diagnóstico específico de trastorno del comportamiento alimentario, ha mostrado ser un eficaz instrumento de criba (Buendía, 1996).

Su procedimiento de validación (Garner y Garfinkel, 1979) estuvo basado en dos grupos: uno de personas con anorexia (n= 33), cuya edad promedio fue de 23.5 años, y otro grupo de sujetos control (n= 59). La población empleada fue relativamente heterogénea, en razón de que las pacientes estaban en diversas fases del tratamiento; además, algunas de ellas previamente habían sido hospitalizadas por anorexia nerviosa, y en otras este padecimiento era relativamente de reciente inicio. La edad promedio de inicio de la enfermedad en el grupo de anoréxicas fue de 18.4 años. Cabe mencionar que para la

época en que el EAT-40 fue creado, no existía la bulimia nerviosa como una categoría independiente, sino que ésta era considerada como un subtipo de la anorexia nerviosa. Entonces, aunque dicho instrumento fue creado para la valoración de características de la anorexia nerviosa, identifica síntomas de ambos trastornos.

En este caso, el EAT mostró un coeficiente de fiabilidad o de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.79 para la muestra de anoréxicas (n= 33) y de 0.94 para el grupo control. Por lo que Garner y Garfinkel (1979) determinan que este instrumento mostró poseer un alto grado de consistencia interna. A su vez, estos autores evaluaron la validez predictiva del EAT. Para ello, realizaron una correlación biserial entre la puntuación total en el EAT con los grupos, obteniendo un coeficiente de validez de $r = 0.87$ ($p < 0.001$), lo cual reveló que el test es un buen predictor de los miembros del grupo.

En cuanto a la validez discriminante, los autores inicialmente compararon a cuatro grupos: anorexia nerviosa (n= 33), control (n= 59), hombres (n= 49), y obesos (n= 16), en cuanto a la puntuación promedio total del EAT. El análisis de varianza reveló que la puntuación del primer grupo ($\bar{X} = 58.9 \pm 13.3$) era significativamente mayor a la de los otros grupos ($p \pm .001$), particularmente el grupo control tuvo una puntuación promedio de 5.6 ± 9.3 .

El procedimiento de validez predictiva ubicó el punto de corte ideal en 30, el cual permitió eliminar casi totalmente los falsos negativos de anorexia nerviosa y obtener sólo un 13% (n= 6) de falsos positivos. El análisis factorial (empleando el método VARIMAX) derivó siete factores:

- 1) Preocupación por la comida;
- 2) Imagen corporal e idealización de la delgadez;
- 3) Autoprovocación del vómito, o bien el uso de vomitivos y laxantes, esto como medidas de control del peso;
- 4) Práctica de un régimen dietario restrictivo;

- 5) Alimentación lenta;
- 6) Alimentación clandestina; y
- 7) Presión social percibida respecto a la indeseabilidad del aumento de peso.

Finalmente, el EAT y sus siete factores demostraron ser buenos predictores de TCA, dentro de los grupos empleados para la investigación.

Los mismos autores (Garner et al., 1982) realizaron un segundo análisis factorial del EAT, pero en esta ocasión con una muestra de 140 pacientes anoréxicas que estaban en tratamiento, y obtuvieron tres factores:

- a) Dieta;
- b) Bulimia y preocupación por la comida; y
- c) Control oral.

Debido a su frecuente uso con fines tanto epidemiológicos, clínicos y de investigación, el EAT se ha traducido al idioma español y validado en población española (Castro, Salamer y Guimerá, 1991), estableciendo un punto de corte de 30, y posteriormente en población mexicana (Alvarez, 2000).

El procedimiento de validación consistió en dos fases: en la primera se aplicó el instrumento a 2168 jóvenes mexicanas tanto de instituciones públicas como privadas, con un rango de edad de 15 a 30 años. Para la segunda fase, la muestra consistió en 140 jóvenes mexicanas del sexo femenino y un rango de edad de 10 a 27 años, a las cuales por medio de una entrevista diagnóstica se les dividió en dos grupos: con trastorno del comportamiento alimentario (n= 60) y sin trastorno del comportamiento alimentario (n= 80).

Los resultados obtenidos demostraron que el EAT-40 posee una adecuada consistencia interna para población mexicana femenina ($\alpha= 0.72$ y $\alpha= 0.83$, respectivamente para cada fase). A través del análisis factorial se derivaron siete factores:

Factor 1. Motivación para adelgazar, el cual incluye las preguntas que reflejan la preocupación respecto a la obesidad o sobrepeso, el deseo de adelgazar y la práctica de algunos patrones o conductas para lograrlo (Preguntas: 4, 15, 22, 25 y 37). Su coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.79.

Factor 2. Evitación de alimentos engordantes, conformado por preguntas que reflejan específicamente la evitación de alimentos hipercalóricos (Preguntas: 9, 10 y 29). Este factor reportó un coeficiente alpha de Cronbach de 0.63.

Factor 3. Preocupación por la comida, el cual agrupa preguntas que identifican pensamientos obsesivos respecto a la alimentación, la presencia de sobreingesta y culpabilidad posterior a la ingesta (Preguntas 7, 14, 31 y 34). Su coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.64.

Factor 4. Presión social percibida, el cual incluye las preguntas que miden el grado de presión social para que el sujeto aumente su ingesta o su peso (Preguntas: 12, 33 y 24), cuyo coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.69.

Factor 5. Obsesiones y compulsiones, conformado por preguntas que reflejan patrones estereotipados respecto a la alimentación y al pesarse continuamente (Preguntas: 17, 18, 21 y 30). El coeficiente alpha de Cronbach obtenido para este factor, fue de 0.51.

Factor 6. Patrones y estilos alimentarios, que incluye las preguntas que hacen referencia a la evitación de alimentos diferentes a los habituales, de comer acompañado o en lugares fuera de casa (Preguntas: 1, 19, 27 y 39), y cuyo coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.57.

Factor 7. Conductas compensatorias, identifica el deseo o la práctica de conductas compensatorias, específicamente el vómito, y el uso de laxantes y/o diuréticos (Preguntas: 13, 40, 28). El coeficiente alpha de Cronbach para este factor fue de 0.53.

Con base en su puntuación total, el EAT-40 mostró ser válido para predecir la presencia o ausencia del trastorno del comportamiento alimentario, y de manera específica la de anorexia nerviosa, y TANE asociados a la anorexia nerviosa. A partir de esto, el punto de corte sugerido para población femenina de México fue de 28, ya que presenta el mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad, en relación con los trastornos detectados.

King (1989) refiere que si bien el EAT no proporciona un diagnóstico específico de trastorno del comportamiento alimentario, diversos estudios han mostrado que puede ser un instrumento eficaz de criba, de modo que aquellos sujetos cuya puntuación sea igual o mayor a treinta (en el caso de población española) o a veintiocho (en población mexicana), deberán ser remitidos a una entrevista de valoración.

Una línea de investigación poco explorada dentro del campo de los trastornos del comportamiento alimentario en población mexicana, ha sido la aparición, desarrollo y características particulares de los trastornos del comportamiento alimentario en varones. Pieza clave para esto, sería el hecho de contar con un instrumento que permitiera el diagnóstico y la evaluación de éstos específicamente en población masculina.

La presente investigación se lleva a cabo con la finalidad de poder contar con un instrumento estadísticamente confiable, el cual favorezca la detección de

trastornos del comportamiento alimentario en varones. El EAT-40, cumple con esa función, sin embargo éste se enfoca exclusivamente en mujeres. En los últimos años se ha puesto un mayor énfasis en estudiar los TCA en población masculina, y en México el hecho de contar con un instrumento que posea las propiedades psicométricas adecuadas para ello, será de gran utilidad en el curso de la investigación de TCA en varones.

OBJETIVO GENERAL

Valorar las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en población masculina mexicana.

MÉTODO

MUESTRA

Fue de tipo no probabilístico, constituida por 566 estudiantes varones provenientes de instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad de México, cuyo promedio de edad fue de 18.11 (tabla 1).

Escolaridad	Tipo de escuela	Escuela	\bar{X} Edad	TOTAL
Licenciatura	Pública	FES Iztacala	20.20	283
Licenciatura y preparatoria	Privada	Universidad del Valle de México	19.13	114
Preparatoria	Pública	CCH Vallejo	18.23	13
Secundaria	Pública	Escuela Secundaria 110	13.61	98
Secundaria	Privada	Instituto San Ángel	14.00	25
Secundaria	Privada	Escuela Justo Sierra	13.15	33
MUESTRA TOTAL			18.11	566

TABLA 1. Características de la población en cuanto a escolaridad, tipo de escuela, escuela de procedencia y promedio de edad.

TIPO DE DISEÑO

Fue no experimental de tipo transeccional. Se considera no experimental debido a que no se manipulan deliberadamente las variables, de manera que los fenómenos observados se pueden analizar tal y como se presentan en el ambiente natural del individuo.

INTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40, Garner y Garfinkel, 1979; Garner et al., 1982). Se empleará la traducción llevada a cabo por Castro et al. (1991), de la cual se manejará la adaptación realizada para población masculina realizada por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-FES Iztacala, ya que dicho test originalmente está elaborado para población de género femenino.

PROCEDIMIENTO

Se presentó el protocolo del proyecto a las instituciones de las cuales provendrían los sujetos, con el acuerdo de que los participantes que rebasaran el punto de corte para población mexicana (Alvarez, 2000) serían entrevistados para poder establecer un posible diagnóstico y, en caso necesario, canalizar a la institución correspondiente.

Se llevó a cabo la aplicación del EAT en las instalaciones de las instituciones educativas antes nombradas, de manera grupal (de 15 a 20 sujetos por aplicación) y voluntaria. Una vez realizada la calificación de los instrumentos, los datos fueron capturados en las correspondientes bases de datos dentro del programa SPSS.

EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

CONFIABILIDAD. Se utilizó un procedimiento basado en una sola aplicación del test, evaluando específicamente la consistencia interna de la escala; para tal fin, se emplearon los siguientes métodos:

Método de matriz covariante, para calcular el coeficiente Alpha de Cronbach, y posteriormente el *coeficiente de correlación de Pearson (r)* existente entre cada uno de los ítems con la puntuación total de cada instrumento.

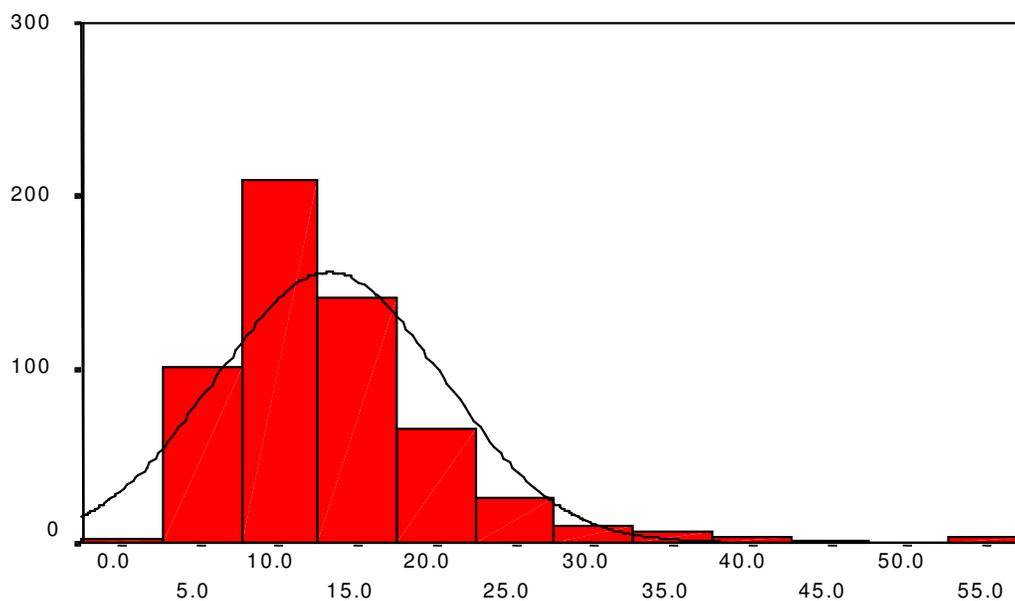
VALIDEZ, el presente estudio estuvo enfocado a evaluar la validez factorial, lo que supone estudiar la forma en que se pueden organizar los datos obtenidos por el EAT, para poder analizar posteriormente los resultados que proporciona de una forma simplificada. Para tal fin, se emplearon los siguientes métodos:

Validez factorial, ésta se determinó por medio de un modelo estadístico multivariado (análisis factorial), con la finalidad de explorar y analizar las interrelaciones existentes entre el conjunto de ítems y obtener una organización de resultados más concisa e interpretable por medio de la derivación de factores a partir de los tests.

Rotación VARIMAX, la cual es útil para facilitar la interpretación de los datos obtenidos a partir del análisis factorial. En síntesis, consiste en hacer girar los ejes de coordenadas que representan a los factores, hasta conseguir que se aproxime al máximo a las variables en que están saturados.

RESULTADOS

Primero, se analizó la distribución de frecuencia de la población (n= 566) en cuanto a su puntuación total en el EAT (gráfica 1). El promedio de ésta fue de 13.19 (DE= 7.23), situándose el pico de frecuencia entre 7.5 y 12.5.



GRÁFICA 1. Frecuencia de puntuaciones totales obtenidas en el EAT.

22 sujetos rebasaron el punto de corte de 28 estimado por Alvarez (2000), lo cual representa un 3.6% de los casos con respecto a la población total. Cabe mencionar que dicho punto de corte se encuentra establecido para población mexicana de mujeres; sin embargo, este dato es importante como punto de comparación.

Análisis de Confiabilidad de la Escala

Se realizó calculando el Coeficiente *Alpha* de Cronbach, utilizando el método de matriz covariante. Al aplicar este método a los ítems, el análisis

correspondiente mostró que éste cuenta con un coeficiente *alpha* de Cronbach estandarizada de 0.72.

Por otro lado, si los ítems 18, 20, 27 y 31 fueran eliminados incrementaría el valor del coeficiente *alpha* (sin estandarizar), lo cual incrementaría el índice de confiabilidad del instrumento. Sin embargo, ninguno de los incrementos en el coeficiente *alpha* observados por la eliminación de alguno de los ítems es sustancial, de tal manera que se conservarán todos, a excepción del antes mencionado (ítem 23).

Con respecto a la correlación existente entre cada uno de los ítems del EAT-40 con el valor total, a través del coeficiente de correlación Pearson se pudo observar que todos los reactivos del EAT se encuentran correlacionados de manera positiva y significativa (tabla 3). En el caso de 15 reactivos, su correlación fue moderada ($r \geq 0.30$, $p \leq .0001$); 15 ítems mostraron una correlación débil ($r \geq 0.20$), y finalmente 9 reactivos estuvieron pobremente relacionados con la puntuación total ($r \leq 0.20$).

ÍTEMS	Coefficiente de Correlación	INTERPRETACIÓN	SIGNIFICACIÓN
4, 6, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 22, 25, 31, 33, 36, 38, 40	0.31-0.49	MODERADA	.0001
2, 3, 5, 10, 11, 19, 20, 24, 26, 27, 29, 30, 32, 37, 39	0.21-0.30	DÉBIL	.0001
1, 7, 13, 17, 18, 21, 28, 34, 35	0.04-0.19	POBRE	.0001 (ítem 1= .05)

TABLA 3. Correlaciones obtenidas entre la puntuación total del EAT y cada uno de los ítems.

Análisis de validez factorial

Para conformar los factores, se tomaron en cuenta los siguientes criterios (Yela, 1997):

- o El ítem debe tener una saturación igual o superior a 0.40.
- o Un ítem se incluye en un solo factor, aquél en el que presente un mayor nivel de saturación.

- o Debe existir una congruencia conceptual entre todos los ítems que se incluyen en un factor.
- o Un factor para ser considerado como tal debe comprender al menos tres reactivos.

El análisis de componentes principales, después de realizar la rotación VARIMAX, extrajo inicialmente catorce factores con valores propios superiores a la unidad. Después de tomar en cuenta el criterio de Yela que contempla al menos tres ítems por factor, el número de éstos se vio reducido a seis, lo cual explicaba un 33.94% de la variabilidad total. No obstante, algunos de estos factores manifestaban algunas deficiencias teóricas. Realizando el análisis correspondiente, se probaron diversas organizaciones por factores (desde cuatro hasta nueve factores, y dichas organizaciones presentaban grandes inconsistencias teóricas, además de índices *alpha* demasiado bajos en algunos de los casos. En relación con los criterios anteriormente expuestos, se forzó a una estructura de cinco factores, los cuales explican un 30.18% de la variabilidad total (tabla 4).

FACTOR	VALOR PROPIO	% DE VARIANZA	% VARIANZA ACUMULADA
1	2.91	7.47	7.47
2	2.33	5.98	13.45
3	2.24	5.74	19.19
4	2.24	5.73	24.92
5	2.05	5.26	30.18

TABLA 4. Varianza explicada por factor.

Los factores quedaron organizados de la siguiente manera:

El **primer factor** explicó un 7.47% de la variabilidad total y reportó un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0.70. Los cuatro ítems que lo componen hacen alusión a la obsesión por poseer una figura libre de excedentes de grasa (tabla 5).

MOTIVACIÓN PARA ADELGAZAR

Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
25	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	0.75
15	Me preocupa el deseo de estar más delgado	0.63
37	Me comprometo a hacer dietas	0.56
4	Me da mucho miedo pesar demasiado	0.54

TABLA 5. Primer factor obtenido.

El **segundo factor** posee cuatro ítems, tiene que ver con la presión por parte del medio social hacia el consumo de alimentos, y explica un 5.98% de la variabilidad total, teniendo un índice de consistencia interna de 0.59 (tabla 6).

PRESIÓN SOCIAL PERCIBIDA

Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
12	Noto que los demás preferirían que yo comiese más	0.71
33	Noto que los demás me presionan para que coma	0.69
24	Los demás piensan que estoy demasiado delgado	0.57
26	Tardo en comer más que las otras personas	0.50

TABLA 6. Segundo factor obtenido.

El **tercer factor** explica un 5.74% de la variabilidad total , con un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0.47. Los seis ítems que se incluyen en este factor tienen que ver con situaciones de estrés alrededor de las horas de comida, y conductas compensatorias (tabla 7). El ítem 2 será eliminado, ya que presenta incongruencia teórica con respecto a los demás ítems que conforman el factor, además de que al eliminarse, el coeficiente *alpha* de Cronbach se elevará a 0.49.

CONDUCTAS COMPENSATORIAS

Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
40	Tengo ganas de vomitar después de las comidas	0.61
13	Vomito después de haber comido	0.61
3	Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de las comidas	0.58
28	Tomo laxantes (purgantes)	0.49
5	Procuro no comer aunque tenga hambre	0.42
2	Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	0.40

TABLA 7. Tercer factor obtenido.

En el **cuarto factor** confluyeron 6 ítems, referentes a la restricción de alimentos engordantes, y a ejercicio realizado con la finalidad de obtener una figura más estética; este factor explicó un 5.73% de la variabilidad total, con un coeficiente *alpha* de 0.48 (tabla 8).

CONTROL ALIMENTARIO Y EJERCICIO

Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
9	Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como	0.54
32	Me controlo en las comidas	0.48
22	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	0.45
10	Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos	0.45
20	Me levanto pronto por las mañanas	0.44
16	Hago mucho ejercicio para quemar calorías	0.41

TABLA 8. Cuarto factor obtenido.

Por último, el **quinto factor** explicó un 5.26% de la variabilidad total. Los cinco ítems en éste incluidos refieren preferencias en cuanto a alimentación y contextos donde ésta se lleva a cabo, y posee un índice de consistencia interna de 0.55 (tabla 9).

ESTILOS ALIMENTARIOS

Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
19	Disfruto comiendo carne	0.59
27	Disfruto comiendo en restaurantes	0.50
39	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	0.49
36	Me siento incómodo después de comer dulces	0.47
1	Me gusta comer con otras personas	0.41

TABLA 9. Quinto factor obtenido.

DISCUSIÓN

La presente investigación fue desarrollada con la finalidad de evaluar la confiabilidad y la validez factorial del EAT-40, aplicado en una muestra de varones. Este estudio adquiere relevancia al no poseerse datos en la literatura revisada respecto a alguna investigación de este tipo, lo cual ya se considera necesario debido a que los estudios acerca de trastorno del comportamiento alimentario en varones se encuentran en boga actualmente.

Existen dos aspectos que deberán ser contemplados para el análisis del EAT-40 en varones dentro de la presente investigación:

- Primero, al ser las mujeres la población para la que fue destinada la elaboración del EAT-40, algunas preguntas debido a referentes biológicos y culturales evidenciarán respuestas esencialmente distintas, dependiendo de que sea un hombre o una mujer quien las conteste.
- Además, si para el momento en que el EAT-40 es creado, no existe una caracterización nosológica independiente de la bulimia nerviosa con respecto a la anorexia nerviosa, menos aún se encuentran establecidas las diferencias existentes cuando se presenta un trastorno del comportamiento alimentario en hombres, en contraste con las mujeres. De esta forma queda excluida, por ejemplo, la forma de anorexia nerviosa en varones donde al tiempo que se desea una figura delgada, se busca una figura musculosa; o se excluye el uso de esteroides o anabólicos, más común en el caso de varones.

La validez y la confiabilidad son dos criterios indispensables de ser evaluados en todo sistema de medición, dichas propiedades psicométricas fueron evaluadas para esta investigación.

Con respecto a la confiabilidad del EAT-40 en varones, se analizó a través del coeficiente alpha de Cronbach, por medio del cual se encontró que dicho instrumento posee un coeficiente estandarizado de 0.72, y aunque no es la población de varones a la que está dirigida el instrumento, el coeficiente alpha indicó que existe una adecuada consistencia entre los ítems. Este índice es semejante a los reportados por Garner y Garfinkel (1979) y Alvarez (2000) que fueron de 0.79 y 0.72, respectivamente. Por otra parte, las correlaciones obtenidas por cada uno de los ítems en relación con la puntuación total del test, son positivas y estadísticamente significativas, y en general van de moderadas a débiles.

Con respecto a la validez, la que se llevó a cabo fue únicamente de tipo factorial. El análisis correspondiente después de efectuar la rotación VARIMAX derivó 14 factores, los cuales luego de probar distintas formas de organización (desde cuatro hasta nueve factores), se optó por cinco factores: Preocupación por la delgadez, Presión social percibida, Conductas compensatorias, Control alimentario y ejercicio, y Estilos alimentarios, los cuales explican un 33.94% de la varianza total, y cuyos coeficientes Alfa de Cronbach de 0.70, 0.59, 0.49, 0.48 y 0.55, respectivamente. Esta decisión fue tomada por las siguientes razones:

- ⊗ Fue la organización factorial que agrupó los ítems de la forma más adecuada, con respecto a su correspondencia teórica.
- ⊗ En esta forma de agrupar, fue donde se encontraron los índices más elevados con respecto al coeficiente de consistencia interna.

Como se puede observar, dos de los factores obtenidos (3 y 4) poseen coeficientes Alfa menores a 0.50, por lo cual se sugiere ponerlos a prueba, con el fin de determinar su pertinencia.

Si se compara la organización factorial obtenida con la que presentaron Garner y Garfinkel en 1982, se puede observar lo siguiente:

- El factor 1 (Dieta) de dicho agrupamiento contiene los ítems incluidos en el factor 1 (motivación para adelgazar) de la presente investigación, así como los ítems 9, 10 y 22 del factor 4 (control alimentario y ejercicio) y los ítems 39 y 36 del factor 5 (estilos alimentarios); además, Garner y Garfinkel incluyen los ítems 14, 29, 30, 38.
- el factor 2 (Bulimia y preocupación por la comida) de la investigación presentada por Garner y Garfinkel (1982) contiene los ítems 40 y 13 del factor del factor 3 (conductas compensatorias) de la validación para varones mexicanos; también se encuentran dentro de este factor los ítems 6, 7, 31 y 34.
- por último, el tercer factor (Control oral) presentado por Garner y Garfinkel (1982) contiene los todos los ítems del factor 2 (presión social percibida) definido para esta investigación, además del ítem 32, situado en el factor 4 (control alimentario y ejercicio) y el ítem 8.

Como se puede observar, la organización factorial de esta investigación es muy distinta a la presentada por Garner y Garfinkel (1982), ya que los ítems se encuentran distribuidos de forma distinta, además de que 7 ítems considerados en esta investigación no se contemplan en los factores presentados por el estudio en mujeres, mientras que 9 ítems de dicha investigación no son contemplados en la presente distribución factorial.

Los factores obtenidos en este estudio, respecto a su contenido teórico, enmarcan características más específicas relacionadas con el trastorno alimentario en comparación con la organización factorial obtenida por Garner y Garfinkel; por ejemplo, el factor con la carga ponderal más elevada en dicho estudio es denominado Dieta; para éste, los ítems que representan este factor se encuentran distribuidos en tres factores: Motivación para adelgazar, Control alimentario y ejercicio, y Estilos alimentarios, lo cual permite hacer más

definibles los aspectos relacionados con la dieta que explora este instrumento; lo mismo ocurre en cuanto a los dos factores restantes obtenidos por Garner y Garfinkel (1982).

Por otro lado, la organización factorial es muy semejante en cuatro factores a la obtenida por Alvarez (2000), no obstante varía en la importancia de éstos, de acuerdo con su carga ponderal y los índices de coeficiencia interna obtenidos dentro de éstos:

El factor 1 para hombres se denominó MOTIVACIÓN PARA ADELGAZAR, recibió el mismo nombre y contempló los mismos ítems que el análisis de Alvarez (2000) con excepción del ítem 22, siendo el primer factor de ambos análisis (tabla 10).

FACTOR	NOMBRE	ÍTEMS	PONDERA-CIÓN
1 $\alpha=0.79$	MOTIVACIÓN PARA ADELGAZAR	25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	0.80
		15. Me preocupa el deseo de estar más delgada	0.79
		4. Me da mucho miedo pesar demasiado	0.78
		22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	0.60
		37. Me comprometo a hacer dietas	0.44
1 $\alpha=0.70$	MOTIVACIÓN PARA ADELGAZAR	25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	0.75
		15. Me preocupa el deseo de estar más delgado	0.63
		37. Me comprometo a hacer dietas	0.56
		4. Me da mucho miedo pesar demasiado	0.54

TABLA 10. Comparación entre el factor 1 obtenido por Alvarez (2000) y el factor 1 obtenido en esta investigación (los factores obtenidos en el análisis de mujeres aparecen siempre en color gris, y los realizados para la investigación en varones en blanco).

El factor 2 de la versión para hombres posee el mismo nombre que el factor 4 obtenido en la validación para mujeres: PRESIÓN SOCIAL PERCIBIDA. Ambos factores contienen los mismos ítems, estando agrupado un ítem más (26) dentro del factor obtenido en el presente estudio (tabla 11).

FACTOR	NOMBRE	ÍTEMS	PONDERACIÓN
4 $\alpha=0.69$	PRESIÓN SOCIAL PERCIBIDA	12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	0.82
		33. Noto que los demás me presionan para que coma	0.78
		24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado	0.71
2 $\alpha=0.59$	PRESIÓN SOCIAL PERCIBIDA	12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	0.71
		33. Noto que los demás me presionan para que coma	0.69
		24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado	0.57
		26. Tardo en comer más que las otras personas	0.50

TABLA 11. Comparación entre el factor 4 obtenido por Alvarez (2000) y el factor 2 obtenido en esta investigación.

En el presente estudio el factor 3 (CONDUCTAS COMPENSATORIAS), contiene los mismos ítems que el factor 7 (CONDUCTAS COMPENSATORIAS) obtenido por Alvarez (2000), además de los ítems 3, y 5 (tabla 12).

FACTOR	NOMBRE	ÍTEMS	PONDERACIÓN
7 $\alpha=0.53$	CONDUCTAS COMPENSATORIAS	13. Vomito después de haber comido	0.72
		40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	0.65
		28. Tomo laxantes (purgantes)	0.46
3 $\alpha=0.47$	CONDUCTAS COMPENSATORIAS	40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	0.61
		13. Vomito después de haber comido	0.61
		3. Me pongo nervioso cuando viene la hora de las comidas	0.58
		28. Tomo laxantes (purgantes)	0.49
		5. Procuero no comer aunque tenga hambre	0.42

TABLA 12. Comparación entre el factor 7 obtenido por Alvarez (2000) y el factor 3 obtenido en esta investigación.

Por último, el factor 5, ESTILOS ALIMENTARIOS, contiene los mismos ítems que los obtenidos para la versión mexicana femenina (Alvarez, 2000) en su análisis para el factor 6 (PATRONES Y ESTILOS ALIMENTARIOS), además del ítem 36 (tabla 13).

FACTOR	NOMBRE	ÍTEMS	PONDERACIÓN
6 $\alpha=0.57$	PATRONES Y	27. Disfruto comiendo en restaurantes	0.66
		19. Disfruto comiendo carne	0.61
	ESTILOS ALIMENTARIOS	1. Me gusta comer con otras personas	0.57
		39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	0.56
5 $\alpha=0.55$	ESTILOS ALIMENTARIOS	19. Disfruto comiendo carne	0.59
		27. Disfruto comiendo en restaurantes	0.50
		39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	0.49
		36. Me siento incómodo después de comer dulces	0.47
		1. Me gusta comer con otras personas	0.41

TABLA 13. Comparación entre el factor 6 obtenido por Álvarez (2000) y el factor 5 obtenido en esta investigación.

Con respecto a la comparación de los factores obtenidos en la presente investigación, en relación con los obtenidos por Álvarez et al., (en prensa), cabe mencionar los siguientes puntos:

- Los cuatro ítems comprendidos dentro del factor 1 (MOTIVACIÓN PARA ADELGAZAR) se encuentran distribuidos en el factor 3, MOTIVACIÓN PARA ADELGAZAR (4, 15, 25) y 1, RESTRICCIÓN DIETARIA (37).
- 3 de los 4 ítems comprendidos dentro del factor 2 (PRESIÓN SOCIAL PERCIBIDA) se encuentran dentro del factor del mismo nombre para la investigación en mujeres.
- 3 de los 5 ítems comprendidos dentro del factor 3 (CONDUCTAS COMPENSATORIAS) se encuentran incluidos dentro del factor 1, RESTRICCIÓN DIETARIA (5) y 2, BULIMIA (ítems 13 y 40).
- 3 de los 6 ítems contemplados dentro del factor CONTROL ALIMENTARIO Y EJERCICIO dentro de la investigación para varones, se encuentran comprendidos dentro del factor 1 (9, 10) y el factor 3 (22) de la validación realizada en mujeres.
- Por último, 3 de los 5 ítems que conforman el factor 5 (ESTILOS ALIMENTARIOS) se encuentran contemplados dentro del factor 1 (36, 39) y el factor 4, PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA (1).

La organización factorial obtenida presenta relación con la información referente a trastorno del comportamiento alimentario en varones con que se cuenta actualmente, ya que muchas de las características de la sintomatología de varones se puede evidenciar dentro de los factores agrupados. Por ejemplo, la similitud entre los factores obtenidos en la presente investigación y el acomodamiento de los ítems obtenido en el análisis factorial para mujeres mexicanas, permite confirmar lo dicho por Serna *et al*, (1990), Fitchter y Daser (1987), y Carlat y Camargo (1991), los cuales plantean que la sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario en varones, exceptuando el criterio de amenorrea, es muy similar a la de las mujeres. No obstante, es importante remarcar que a pesar de las semejanzas encontradas entre dichos estudios, los coeficientes de consistencia interna tanto para los factores como para el test en general son más bajos dentro del estudio de varones en comparación con el realizado en mujeres mexicanas; es importante remarcar la naturaleza del instrumento, habiendo sido este creado para población femenina, además de que deberán considerarse las diferencias estructurales en cuanto a la conformación del trastorno del comportamiento alimentario para cada género; por ejemplo, el hecho de que en la mujer los trastornos alimentarios parecen asociarse más por 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 (Mateo, 2002).

Los resultados obtenidos muestran que el EAT-40 es un instrumento adecuado para identificar síntomas característicos de trastorno del comportamiento alimentario en varones, enfocado principalmente a aspectos relacionados con La preocupación por poseer un cuerpo delgado, a la presión percibida por el medio para tener una figura estética socialmente aceptada, a conductas restrictivas y de tipo compensatorio alrededor de las horas de comida, a las medidas llevadas a cabo con el fin de controlar la alimentación tales como el ejercicio, y respecto a hábitos y estilos alimentarios.

Esta investigación adquiere su relevancia tomando en cuenta que el EAT es el único instrumento que ha sido revisado con la finalidad de identificar signos y síntomas de trastorno del comportamiento alimentario en varones, al menos en

México; no obstante, éste es perfectible, en relación con los aportes y avances obtenidos con respecto a la investigación acerca de trastorno del comportamiento alimentario en población masculina. Por tanto, se considera necesario la creación o adaptación de un instrumento que sea enfocado directamente a una población de varones, abarcando en su totalidad esta problemática.

Para poder realizar un instrumento que identifique sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario en varones, será necesario tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Las características de la anorexia nerviosa presentada en hombres, principalmente lo relacionado con respecto a las diferencias en cuanto a ideal estético (los deseos, en el caso de trastorno en varones, de poseer una imagen delgada, pero con musculatura; o su principal preocupación hacia determinadas partes del cuerpo: nalgas, hombros, estómago).
- El uso de esteroides o anabólicos, con el fin de incrementar musculatura.
- El abuso de alcohol u otro tipo de sustancias adictivas
- La disminución en la producción de testosterona, o alguna pregunta que contemple criterios equivalentes a la presencia de amenorrea, en el caso de las mujeres.

Con respecto al EAT-40, existen ítems que cultural y biológicamente parecen inadecuados para su aplicación en varones.

2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.

23. Tengo la menstruación regular.

Otros ítems que, aunque parecen ser útiles para discriminar, son confusos en cuanto a su formulación, incluso para población de mujeres:

18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.

20. Me levanto pronto por las mañanas.

Por otro lado, otros ítems que pueden ser tomados en cuenta para la elaboración de un instrumento homólogo al EAT, pero adaptado para su aplicación en varones, son:

- ⊖ Me siento ansioso gran parte del tiempo.
- ⊖ Alguna vez he usado esteroides o anabólicos
- ⊖ Cuando quiero dormir, me siento inquieto o ansioso
- ⊖ He contemplado que tengo problemas en mi alimentación.
- ⊖ Me preocupa mi forma de comer, por comer demasiado.
- ⊖ Me preocupa mi forma de comer, por comer tan poco.
- ⊖ No es importante para mí el hecho de ser activo sexualmente.
- ⊖ Quisiera una figura con más musculatura.
- ⊖ Suelo ser agresivo.
- ⊖ Consumo alcohol, o alguna sustancia adictiva.

De lo anterior, se puede establecer que el EAT-40 requeriría de una revisión a fondo, para su posible adaptación destinada a población de varones, ya que incluso históricamente ha sido muy pocas veces utilizado directamente con este fin. Estas propuestas de organización de ítems pueden ser útiles para la elaboración posterior de un instrumento que pueda identificar de manera sustancial signos de trastorno del comportamiento alimentario en poblaciones masculinas.

CONCLUSIONES

Con respecto al análisis de las propiedades psicométricas del EAT-40 en población de jóvenes mexicanos, se puede concluir lo siguiente:

- El EAT-40 es un instrumento consistente ($\alpha=0.72$) para valorar signos y síntomas de trastorno del comportamiento alimentario en varones en México.
- Con respecto a la correlación existente entre cada uno de los ítems del EAT-40 con el valor total, a través del coeficiente de correlación Pearson se pudo observar que todos los reactivos del EAT se encuentran correlacionados de manera positiva y significativa.
- A través del análisis factorial, se obtuvieron cinco factores: 1) Preocupación por la delgadez, 2) Presión social percibida, 3) Conductas compensatorias, 4) Control alimentario y ejercicio, y 5) Estilos alimentarios.
- Los cinco factores derivados del análisis factorial correspondiente, presentan algunas inconsistencias teóricas, especialmente los factores 4 y 5, y en la organización del test en sí, en relación con la población estudiada.
- Se propone una reestructuración del instrumento que establezca criterios para la identificación de trastorno del comportamiento alimentario exclusivamente en varones, acorde con los aportes de la investigación vigente con respecto al tema.

BIBLIOGRAFÍA

Agras, W. S. (1987). Bulimia in males: A matched comparison with females. *International Journal of Eating Disorders*, 6.

Álvarez, G.; Mancilla, J.; Unikel, Claudia; Caballero y Mercado, D. (en prensa). Validity of the Eating Attitudes Test: a study of mexican eating disorders patients.

Álvarez, G.; franco, K.; Vázquez, R.; Escarria, A.; Haro, M. y Mancilla, J. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y salud*, 13:2.

Álvarez, D.; Franco, K.; Mancilla, J.; Álvarez, G. Y López, X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Psicología Contemporánea*, 1 (7), 26-35.

Álvarez, Georgina (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos del comportamiento alimentario: EAT y BULIT. Tesis de maestría. UNAM.

Álvarez, G.; Mancilla, J.; Martínez, M. Y López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 50-58.

Álvarez, G.; Román, M.; Manríquez, E. Y Mancilla, J. (1996). Imagen corporal y trastornos del comportamiento alimentario en una muestra de universitarias mexicanas. *Psicología Social en México*, 6, 536-541.

Andersen, A. (2001). The Adonis Complex: The secret crisis of male body obsession. *American Psychiatric Association*. Volume 158 (11). Pag. 1947-1948.

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

Andersen, R.; Barlett, S.; Morgan, G. y Brownell, K. (1995). Weight loss, psychological, and nutritional patterns in competitive male body builders. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 49-57.

Andersen, A. E. Y Di Domenico, L. (1992). Diet vs shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (4), 389-394.

Andersen, A. (1990). *Males with eating disorders*. Nueva York, EUA: Bruner Mazel.

Andersen, A. E. y Mickalide, A. D. (1983). Anorexia Nervosa in the males and underdiagnosed disorder. *Psychosomatics*, 24, 1066-1076.

American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington: APA.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. Washington: APA.

Baas, M.; Wakefield, L. y Kolasa, K. (1979). *Community nutrition and individual food behavior*. Minnesota: Burgess.

Barber, S.; Bolaños-Cacho, P; López-Jensen, C. H. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos en los trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 3, 20-34.

Barry, A. y Lippmann, B. (1990). Anorexia nervosa in males. *Postgraduated medicine*, 87: 161-165.

Beumont, P.; Schrader, E. y Lennerts, W. (1995). Eating disorder patients at a NSW teaching hospital: A comparison with state-wide data. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 96-103.

Braun, D.; Sunday, S.; Huang, A. y Halmi, C. (1998). More Males Seek Treatment for Eating Disorders. Pag. 415-424.

Bruch, H. (1973). Eating disorders. Basic books, Nueva York.

Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Biblioteca de Psicología. Barcelona, España: Herder.

Brunch, H. (1981). Anorexia nervosa in the male. *Psychol Med*, 33, 11-147.

Buendía, J. (1996). Psicopatología en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide.

Burns, T. y Crisp, A. (1984). Outcome of anorexia nervosa in males. *British Journal of Psychiatry*, 145: 319-325.

Carbajo, G.; Canals, J.; Fernández-Ballart, J. y Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: Dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16, 21-26.

Carlat, D.; Camargo, C. y Herzog, D. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154: 1127-1132.

Carlat, D. J. y Camargo, C. A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148.

Carmody, T.; Brunner, R. y Sachiko, T. (1998). Hostility, dieting, and nutrition attitudes in overweight and weight-cycling men and women. Pág. 37-42.

Cash, T.; Counts, B. y Huffine, C. (1990). Current and vestigial effects of overweight among women: Fear or fat, attitudinal body image, and eating behaviors. *Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment*, 12 (2), 157-167.

Cash, T. (1986). The great american shape-up. *Psychology today*, april, 30-37.

Castro, J.; Toro, J.; Salamero, M. y Guimera, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the spanish versión.

Casullo, M.; González, R. y Sifre, S. (2000). Factores de riesgo asociados y comportamientos alimentarios. *Revista Psicología Contemporánea*, 1 (7), 66-73.

Coolican, H. (1994). Métodos de investigación y estadística en psicología. México: Manual Moderno.

Cooper, Z.; Cooper, P. y Fairburn, C. G. (1989). The validity of the eating disorder examination. *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.

Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.

Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well being: a theory of gender and health. *Social Science y Medicine*. Pág. 1385-1401.

Crisp, A. (1967). Anorexia Nervosa. *Hospital Medicine*, 1, 713-718.

Crocker, L. y Algina, J. (1986). Introduction to classical and modern tests theory. New York: Holt, Rinehart y Winston.

Dally, P. (1969). Anorexia Nervosa. Grune and Stratton: New York.

Dorian, L. y Garfinkel, P. E. (2001). Culture and body image in Western society. EW

Drewnowski, A. y Yee, D. K. (1987). Men and body image: are males satisfied with their body weight? *Psychosomatic Medicine*, 49 (626-634).

Edwards, S. Y Launder, C. (2000). Investigating muscularity in male body image: Development of the Swansea Muscularity Attitudes Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 1200-1240.

Fairburn, C.G.; Beglin, S.J. (1990). Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147.

Feighner, J.; Robins, E.; Guze, S.; Woodruff, R.; Winol, G. y Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in Psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.

Fernández, F. y Pobst, M. (1994). Evaluación de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la alimentación y controles: Técnica de distorsión de la imagen corporal. *Revista de Psicología de la Salud*, 6, 59-73.

Fichter, M. y Daser, C. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychol med*, 17: 409-418.

García, E. (1993). Introducción a la psicometría. España: Siglo XXI.

Gardner, R. y Bokenkamp, E. (1996). The role of sensory and nonsensory Factors in body size stimations of eating disorder subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 3-15.

Garner, D. (1996). Factores culturales y educación en el tratamiento de los trastornos de la alimentación (pág. 461-476). En: J. Buendía (Comp.). *Psicopatología en niños y adolescentes*. España: Pirámide.

Garner, D.; Olmsted, M.; Bohr, Y. y Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

Garner, D. y Garfinkel, E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Gómez, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 (2), 185-198.

Gómez, G.; Granados, A.; Jáuregui, J.; Tafoya, S. y Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras de género masculino. *Revista Psicología Contemporánea*, 7 (1), 4-15.

Gross, J. y Rosen, J. (1988). Bulimia in adolescents: Prevalence and psychosocial correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1), 51-61.

Gupta, M. (1995). Concerns about aging and a drive for thinness: a factor in the biopsychosocial model of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 18: 351-357.

Hartung, C. y Widiger, Thomas (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychological Bulletin*. pp 260-278.

Heffernan, K. (1993). Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nerviosa: A review. *International Journal of Eating disorders*, 16: 335-347.

Henderson, M. y Freeman, C. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.

Hernández, S.; Fernández, C. y Baptista, L. (1991). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.

Herzog, D. B.; Bradburn, I. S y Newman, K. (1990). Males with eating disorders. Ed. A. E. Andersen, nueva York: Brunner/Mazel.

Higashida, H. B. (1992). Ciencias de la salud. México: McGraw-Hill.

Holtz, V. y Tena-Suck, A. (1995). Terapia de grupo: Una alternativa en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. *Psicología Iberoamericana*, 3, 53-59.

Hsu, L. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatry Clinical North American*, 19, 681-700.

Kaplan, A. S. y Sadock, B. J. (1994). Eating Disorders. (p. 689-698). En: *Synopsis of Psychiatry*. USA: Williams y Wilkins.

Kelly, J. y Patten, S. (1986). Adolescent behaviors and attitudes toward weight and eating in "anorexia nervosa y bulimia : Diagnosis and Treatment". Mitchell, J. E., editor, Minneapolis: University of Minnesota Press, 191-204.

Kerlinger, F. (1979). Enfoque conceptual en la investigación del comportamiento. México: McGraw-Hill.

Killen, J., Hayward, C., Wilson, D., Taylor, C., Hamer, L., Litt, I., Simmonds, B. y Haydel, F. (1994). Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th ad 7th grade girls. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (15), 357-367.

Killen, J., Taylor, C., Telch, M., Saylor, K., Manon, D. y Robinson, T. (1986). Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: Precursors of the binge-purge syndrome? *Journal of the American Medical Association*, 255, 1447-1449.

King, M. (1989). Eating disorders in a general practice: Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine*, 14, 1-34.

Knowlton, L. (2000). Trastornos del comportamiento alimentario en varones (en Red). Disponible en: Psychiatrictimes.com.

Korkina, M.; Marilov, V.; Tsivilko, M. y Kareva, M. (1980). Anorexia nerviosa in males. *Soviet Neurology & Psychiatry*, 13: 27-38.

Kutlesic, V.; Williamson, D.; Gleaves, D.; Barbin, J. y Murphy-Eberenz, K. (1998). The interview for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10 (1), 41-48.

Lucas, A.; Beard, C.; O'Fallon, W. y Kurland, L. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*. 151, 80-83.

Mancilla, J.; Mercado, L.; Manríquez, E.; Álvarez, G.; López, X. y Román, M. (1999). Factores de riesgo en los Trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Mexicana de Psicología*, 1, 37-46.

Margo, J. (1987). Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients. *British Journal of Psychiatry*, 151. 80-83.

Martínez, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.

Mateo, C. (2002). Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastorno del comportamiento alimentario y sus factores asociados. Tesis de licenciatura.

Melamed, F., Kohan, C. A., Bunge, T. y Arias, C. (2000). Conducta dietante y conformidad del cuerpo: Diferencia de género, nivel socioeconómico y edad (en red). Disponible en: CIPA.com.

Mildred, H.; Paxton, S. y Wertheim, E. (1995). Risk factors for eating disorders in Greek and Anglo-Australian adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*. 17 (1), 91-96.

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

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

Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill.

O'Dea, J. y Suza, A. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight and age. *Adolescence*, Vol. 34, pág. 671-679.

Olivardia, R.; Pope, H.; Mangweth, B. y Hudson, J. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1279-1285.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor: Madrid.

Pedreira, J. (1998). Los trastornos alimenticios en la primera infancia: Mi niño/a no me come nada. *Psiquis*. Pag. 127-136.

Pope, H.; Gruber, A; Mangweth, B.; Bureau, B.; deCol, Christine; Jouvent, R. y Hudson, J. (2000). Body image perception among men in three countries. *The American Journal of Psychiatry*. pp. 1297-1301.

Pope H. Katz, A. y Hudson, J. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 body-builders. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (6), 406-409.

Pope, H.; Hudson, J. y Jones, J. (1986). Bulimia in men: A series of fifteen cases. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 174: 117-119.

Raich, R.M. (1994). Anorexia y bulimia: Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Pirámide.

Rastam, M., Gilberg, C. y Garton, M. (1998). Anorexia nervosa in a Swedish region: A population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 642-646.

Robin, A; Siegel, P.; Koepke, T; Moye, A. y Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with Anorexia nervosa. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15 (2).

Román, M.; Mancilla, J.; Álvarez, G. y López, X. (1997). Evaluación de la imagen corporal como predictor de trastorno del comportamiento alimentario. *Psicología Contemporánea*, 5, 22-29.

Romero, F. (1994). Adolescent boys and anorexia nervosa. *Adolescence*, 29 (115), 643-647.

Rosen, J. y Gross, J. (1987). Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. *Health Psychology*, 6 (1), 1-14.

Scott, D. (1986). Anorexia nervosa in the male: a review of clinical epidemiological and biological findings. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 799-820.

Serdula, M. et al.(1993). Weight control practices of U.S. adolescents and adults. *Annals of Internal Medicine*. 119, 667-671.

Serna de Pedro, I. (2001). Factores biológicos y psicosociales relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en varones. *Interpsiquis*. Psiquiatría.com.

Serna de Pedro, I. (1998). Comer no es un placer: Anorexia, bulimia, obesidad. Madrid: editorial Litofinter.

Serna de Pedro, I. (1998-b). Aspectos clínicos diferenciales de la bulimia. *Psiquis*, 19(5): 201-207.

Serna de Pedro, I. (1996). Aspectos clínicos de la Anorexia nerviosa en el varón. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 24, 2.

Serna de Pedro, I.; Moreno, I.; Viñas, R (1990). Estudio comparativo de la Anorexia nerviosa entre un grupo de varones y hembras. *Actas Luso-Españolas, Neurología Psiquiátrica*, 18, 5.

Sharp, C.; Clark, S.; Dunan, J.; Blackwood, D. y Shapiro, C. (1994). Clinical presentation of Anorexia Nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders*. 15, 125-134.

Siever, M. D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (2), 252-260.

Silva, A. (1998). La investigación asistida por computadora: En las ciencias sociales y de la salud. México: UNAM-Campus Iztacala.

Silva, A. (1992). Métodos cuantitativos en psicología: Un enfoque metodológico. México: Trillas.

Silverman, J. (1987). Robert Whytt 1714-1766, eighteenth limner of anorexia nervosa and bulimia: An essay. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (1), 43-46.

Smith, M. y Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (5), 863-872.

Sours, J. (1980). *Starving to death in sea of objets: The anorexia nervosa syndrome*. New York: J Aronson.

Spitzer, R.; Devlin, M.; Walsh, B.; Hasin, D.; Wing, R.; Marcus, M.; Stunkard, A.; Wadden, T.; Yanovsky, S.; Agras, S.; Mitchell, J. y Nonas, C. (1992). Binge eating

disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.

Steiger, B. (1989). Anorexia Nervosa and bulimia in males: Lessons from a low-risk population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 419-424.

Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An explanation of possible etiological factors. *International Journal of Eating Disorders*, 1:28-43.

Sundgot-Borgen, L. (1992). Eating Disorders in Female Elite Athletes (Thesis). *The Norwegian University of Sport and Physical Education*, Lobogafisk, Norway.

Toro, J. y Villardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa. España: Martínez Roca.

Toro, Joseph (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad. Ariel, ciencia.

Unikel, C.; Villatoro, J.; Medina-Mora, M; Fleiz, C.; Alcántar, E. Y Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *La Revista de Investigación Clínica*, vol. 52, 2: 140-147.

Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behavior and eating disorders, en Perris, D., Arrindell, W. A. y Eissemann, M. (eds.). *Parenting and Psychopathology* (pp. 219-234). Chichester, John Wiley and sons.

Vandereycken, W. y Van Den Brouche, S. (1984). Anorexia Nervosa in males, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 447-454.

Vázquez, R.; Fuentes, S.; Báez, M.; Álvarez, G. y Mancilla, J. (2002). Sociocultural influences of a esthetic figure models on the presence of eating disorder symptoms. *Psicología y Salud*, 12:1, 73-82.

Vázquez, R. (1997). Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.

Viladrich, M.; Prat, R.; Doval, E. y Vall-Lovera, M. (1996). Psicometría. Barcelona: UAB.

Viniegra, L. y Salinas, J. L. (1984). Anorexia Nerviosa ¿un problema de ingestión de alimentos? *Cuadernos de Nutrición*, 6, 33-36.

Vírseda, J. (1995). Autoimagen y alimentación: Un estudio preliminar. *Psicología Iberoamericana*, 3, 35-39.

Welch, T.; Nidiffer, M.; Zager, K. y Lyerla, R. (1992). Attributes and perceived body image of students seeking nutrition counseling at a university wellness program. *Journal of the American Dietetic Association*, 92, 609-612.

Wertheim, E.; Paxton, S.; Maude, S.; Szmuckler, G.; Gibbons, K. y Hiller, L. (1992). Psychosocial predictors of weight loss behaviors and binge eating in adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 151-160.

Williamson, D. (1990). Assesment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa. USA: Pergamon Press.

Wolf, N. (1991). The beauty myth. New York: William Morrow.

Yela, M. (1997). La técnica del análisis factorial: Un método de investigación en psicología y pedagogía. España: Biblioteca Nueva.

Zerbe, K. (1992). Why eating-disordered patients resist sex therapy: A response to Simpson and Ramberg. *Journal of sex and mental therapy*. 18 (1), 55-64.

Ziegler, P.; Jonnalagadda, S. y Lawrence, C. (2001). Dietary intake of elite of elite figure skating dancers. *Nutrition Research*, 21, 983-992.