



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**"SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO ALIMENTARIO
Y FACTORES COGNITIVOS ASOCIADOS:
COMPARACIÓN ENTRE ESTUDIANTES DE
DOS POBLACIONES DE MÉXICO"**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA PRESENTAN:**

**GUTIÉRREZ GARCÍA MARIBEL
ROMERO ANAYA ULISES**

**DIRECTORA: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN
ASESORAS: DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO
DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
PAPIIT IN-301901**



Tlalnepantla, Estado de México, Noviembre del 2003.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES TEÓRICOS	
1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS	5
1.1. Anorexia Nerviosa	5
1.1.1. Criterios diagnósticos	5
1.1.2. Caracterización cognitiva y conductual.....	7
1.2. Bulimia	10
1.2.1.Criterios diagnósticos	10
1.2.2.Caracterización cognitiva y condutal	11
1.3. Trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TANE)	12
2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	15
3. EL GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO	24
3.1. Modelo estético corporal femenino	24
3.2. Modelo estético corporal masculino	31
3.3. Investigación sobre trastornos alimentarios en varones	33
OBJETIVOS	40
MÉTODO	42
Muestra	42
Instrumentos	43
Procedimiento	45
Recabación de datos	45
Análisis de datos	46
RESULTADOS	48
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES	83
REFERENCIAS	87

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario entre jóvenes mexicanos, así como de algunos aspectos cognitivo-conductuales con base a las siguientes variables: género, tipo de institución educativa (pública ó privada) y lugar de residencia (Cd. de México y Cd. de Monterrey).

El estudio comprendió dos fases, en la primera la muestra estuvo conformada por 764 estudiantes con un rango de edad de 16 a 26 años (\bar{X} = 19.5, DE= 1.8), 414 mujeres y 350 varones, mismos que fueron evaluados a través del EAT-40, BULIT y EDI. Los resultados mostraron que las mujeres se caracterizaron por presentar mayor sintomatología anoréxica, motivación para adelgazar, restricción alimentaria, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta e insatisfacción corporal; mientras que los varones se caracterizaron por mayor sintomatología bulímica, sobreingesta y miedo a madurar. Los jóvenes de institución privada –tanto mujeres como varones– se caracterizaron por presentar mayor sintomatología bulímica e ineffectividad; de forma específica, las mujeres por mayor restricción alimentaria, motivación para adelgazar y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta; y los varones por sobreingesta, desconfianza interpersonal, miedo a madurar y perfeccionismo. Mientras que en el caso de la ciudad de procedencia, no se observó ningún patrón característico.

Para la segunda fase se retomaron aquellos casos detectados con sintomatología de trastorno alimentario (EAT \geq 28 y/o BULIT \geq 85), conformando dos grupos –uno por sexo- y sus dos respectivos grupos control. Los resultados mostraron que las mujeres con sintomatología se inclinaron por presentar mayor sintomatología anoréxica, restricción alimentaria, motivación para adelgazar, preocupación por la comida, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, desconfianza interpersonal e insatisfacción corporal; mientras que los hombres con sintomatología por mayor sintomatología bulímica, sobreingesta, conductas compensatorias y miedo a madurar.

Se concluye que se observan importantes resultados con base a las variables género y tipo de institución, pero no así con relación a la ciudad de procedencia. Se confirma lo señalado por la literatura en cuanto a que la sintomatología anoréxica es prácticamente inexistente entre los varones, así como el hecho de que en éstos la sintomatología de trastorno alimentario parece asociarse en mayor medida con factores emocionales, principalmente el miedo a madurar. En cuanto al tipo de institución, también se confirma que son los de instituciones privadas –tanto mujeres como hombres– los que se ubican en un mayor riesgo de desarrollar una patología alimentaria.

INTRODUCCIÓN

Etimológicamente hablando, el término Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) o Trastorno Alimentario (TA) hace referencia a todas aquellas circunstancias que supongan una disfunción en la conducta alimentaria del paciente. Por tanto, no se hace referencia a la simple existencia de un inadecuado hábito alimentario o a un deseo excesivo por adelgazar, sino que bajo este término existe una compleja patología que incluye aspectos tales como: desequilibrios emocionales, trastornos de la personalidad, conductas autolíticas, distorsiones perceptivas, pensamientos obsesivos, autovaloraciones negativas y todo un sinfín de componentes que dan idea de la complejidad del trastorno.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por comprender graves alteraciones de la conducta alimentaria, los cuales vienen de la mano de la denominada “cultura de la delgadez”. Esto ocurre porque en las últimas décadas el ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los principales objetivos de las sociedades desarrolladas, es una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto físico parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad y de salud. Sin embargo, en la adolescencia o adultez temprana –cuando la personalidad aún no está del todo configurada ni aceptada– este tipo de obsesión se puede convertir en una pesadilla, incluso sacrificando su salud para llegar hasta las últimas consecuencias en sus conductas inadecuadas, las que pueden llevar al desarrollo de un trastorno alimentario (Toro, 1996).

Dado el incremento de los trastornos de la alimentación “mayores” (anorexia y bulimia nerviosa) así como de los cuadros subclínicos (los llamados “síndromes parciales”), se plantea la necesidad de realizar estudios que aporten a una mayor comprensión de dichos trastornos (Hsu, 1990; Rodríguez, Riquelme y Buendía, 1996). Lo anterior aunado a que los profesionales de la salud alertan que en los próximos años aumentará la prevalencia de los trastornos alimentarios.

Así, a través del conocimiento de los niveles de presencia de los componentes de los trastornos alimentarios se puede realizar una estimación preliminar del grado de afectación en una población específica, o bien de la población que podría presentar un alto riesgo de desarrollar una psicopatología alimentaria. Por este motivo, en México si bien se han realizado estudios con la finalidad de explorar el nivel de presencia de los componentes de trastorno alimentarios o de algunos de sus factores de riesgo, sin embargo, se observan las siguientes limitantes:

a) La mayor parte de la investigación se ha realizado exclusivamente en muestras femeninas, por lo que resulta de suma importancia el comparar los resultados obtenidos entre hombres y mujeres, ya que existen pocos estudios destinados a estimar la presencia de *sintomatología de trastorno alimentario de acuerdo al género, así como de las características específicas que la pueden estar acompañando. Recordemos que el escaso conocimiento que aún se posee de los trastornos alimentarios en varones –particularmente en México- ha llevado a que hasta la fecha de forma intuitiva se tienda a extrapolar lo identificado en mujeres hacia los varones.

b) La investigación realizada se ha focalizado a la población residente en la zona metropolitana de la ciudad de México, ya que en la actualidad aún se desarrolla de forma incipiente y aislada en otras ciudades del país, notándose la carencia de estudios que incluyan muestras de mujeres y varones provenientes de otra región del país.

A partir de lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario entre jóvenes mexicanos, así como de algunos aspectos cognitivo-conductuales considerados factores de riesgo con base a las siguientes variables: género, tipo de institución educativa (pública ó

* El término sintomatología de trastorno alimentario hace referencia a aquellos casos que hallan rebasado los puntos de corte de los instrumentos de tamizaje sin que se cuente con información que verifique y presice la existencia del síndrome.

privada) y lugar de residencia (Cd. de México y Cd. de Monterrey). En este caso se decidió retomar muestras de estudiantes residentes de dichas ciudades en razón de que pueden ser consideradas representativas de las zona urbanas del centro y norte del país, cuya población incluye a personas de diferentes estados de la república debido a que cuentan con sistemas económicos industrializados los cuales representan las más atractivas oportunidades laborales y educativas; asimismo, la Cd. de Monterrey resulta de especial interés en este estudio dada su cercanía con la zona fronteriza con Estados Unidos de Norteamérica, por tanto, se supondría mayormente expuesto a la asimilación de los estándares y estilos de vida que representa dicho país.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1.1. Anorexia nerviosa

1.1.1. Criterios diagnósticos

Los métodos de clasificación y diagnóstico de la anorexia nerviosa han variado en las últimas décadas, como resultado de la comprensión que se ha desarrollado en la psicopatología de este trastorno. Los mejores resultados han sido reportados con base a criterios operativos que enfatizan signos y síntomas, los más usados son los proporcionados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), que son los siguientes:

- a) Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado).
- 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 corporal o la silueta, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos).

Mediante la aplicación de estos criterios se pueden distinguir dos tipos de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a “atracones” o conductas purgativas (por ejemplo, provocación de vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a “atracones” o conductas purgativas (por ejemplo, provocación de vómitos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

Por otro lado, autores como Crosscope-Happel, Hutchins, Getz y Hayes (2000) han realizado una caracterización de la anorexia nerviosa en hombres. Esto como respuesta a que los criterios existentes muestran un marcado sesgo al género femenino, por ejemplo, uno de los rasgos característicos para el diagnóstico de la anorexia nerviosa es la amenorrea, pero éste no es aplicable en hombres; y en cambio, si se producen alteraciones endocrinas reflejadas en una disminución en los niveles de producción de testosterona, los cuales provocan un decremento del deseo sexual. En este caso, los rasgos característicos en los hombres anoréxicos —de acuerdo a estos autores— son los siguientes:

- Los hombres anoréxicos tienen ligeramente menor insatisfacción corporal en comparación con las mujeres anoréxicas;
- En contraste con las mujeres anoréxicas, la mayoría de los hombres con este trastorno tienen bajo peso aún antes de desarrollar un cuadro anoréxico;
- En adición a la dieta, el ejercicio excesivo es frecuentemente un precursor de la conducta anoréxica;
- La orientación sexual y la identificación con el rol sexual pueden ser factores determinantes del trastorno;

- El ordenamiento social o la tendencia a ser solitario es un rasgo común;
- Los rasgos característicos frecuentemente presentes son: indecisión, conductas obsesivo-compulsivas, dependencia, conductas pasivo-agresivas y evitación a ser el más prominente;
- Cambios frecuentes de estado de ánimo;
- El decremento gradual de los niveles de testosterona es un resultado de lastarvación;
- Disminución en la actividad y función sexual;
- En comparación con las mujeres, existe un menor nivel de búsqueda de perfeccionismo, baja autoestima, empleo de pensamientos dicotómicos (todo-nada).

1.1.2. Caracterización cognitiva y conductual

Las pacientes con anorexia nerviosa parecen caracterizarse por presentar ciertos patrones cognitivos y conductuales.

Suelen comer utilizando las manos, comen lentamente, sacan la comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen, la desmenuzan y terminan estropeando los alimentos, por lo que al final, la cantidad de comida rechazada es superior a la ingerida. Es necesario mencionar, que aún cuando presentan gran rechazo a la ingestión de comida, tienen gran deseo de que el resto de su familia se alimente bien, por lo que algunas de ellas cocinan con frecuencia, e incluso, llegan a coleccionar diferentes tipos de recetas de cocina o de dietas (Turón, 1997). Asimismo, presentan una actividad física superior a la normal, tanto en intensidad como en frecuencia, presentándose incluso de manera obsesiva-compulsiva; es decir, realizan ejercicio de forma compulsiva, comen de pie, duermen poco, etc. Esta hiperactividad suele ser utilizada para demostrar que no sólo no están debilitadas, sino que incluso gozan de más energía que nunca (Parra y Solano, 1997)

Por lo general, con la manifestación conductual que suponen los cambios en el patrón normal de •ingesta, comienzan otras conductas como los engaños y las mentiras a la hora de la comida, la evitación de comer tanto con los demás miembros de la familia como en cualquier otra situación social, lo que suele traer como resultado un deterioro de las relaciones sociales. Además aparecen conductas alimentarias de ocultación, manipulación de la comida (tiran, esconden, seleccionan, trocean los alimentos, reducen porciones, eliminan determinadas categorías de alimentos, etc.), se preocupan por aprender el contenido calórico exacto de cada alimento, pesan cada ración de comida que van a ingerir; y este patrón parece extenderse con respecto al peso corporal, así se pesan prácticamente a diario o ante la más mínima sospecha de aumento de peso, o bien presentan un temor fóbico a la báscula (Parra y Solano, 1997; Turón, 1997).

Así, se ha observado que estas pacientes suelen presentar ansiedad desde el principio de su patología, por lo que se ha referido que lo que genera dicha ansiedad es el miedo a engordar y la valoración excesivamente crítica de su cuerpo; lo que suele generalizarse, apareciendo actitudes fóbicas con respecto a la alimentación, miedo a comer, a deglutir y a ciertos alimentos, fobias relativas al cuerpo, aversión a sus muslos, caderas o a mirarse al espejo y temor a situaciones vinculadas a su patología: a la cocina, la familia, el comedor, etc. Asimismo, con el transcurso de la enfermedad suele aparecer una fobia social: miedo a hablar, comer o beber en público, miedo a sentirse observadas o a hacer el ridículo. Muchas de sus cogniciones tienen que ver con características obsesivo-compulsivas, ya que los pensamientos que la paciente tiene acerca de su cuerpo, peso, necesidad de control, comidas, etc., son reiterativos y de carácter intrusivo, por lo que ocupan la mayor parte de su tiempo, asimismo, estos pensamientos obsesivos pueden condicionar la aparición de rituales que intentan reducir dicha ansiedad (Cía, 1995).

• El término ingesta también puede ser considerado como ingestión sin embargo en este caso solamente se hará uso del primero.

Aunado a lo anterior, las personas que sufren anorexia nerviosa pueden presentar una alteración de la imagen corporal, la que es una variable cognitiva que produce, que aún estando extremadamente delgadas, nieguen dicha delgadez así como su enfermedad. Y a medida que el cuadro progresa se va haciendo cada vez mayor el miedo a engordar, conceptualizando a la delgadez como una forma de vida, y pudiéndolas llevar hasta la desnutrición; pero aún en este estado se sienten gordas, lo que les lleva a restringir aún más su ingesta alimentaria (Hsu, 1990; Raich, 1994; Toro y Vilardell, 1987). Ya que la pérdida de peso o el adelgazamiento es considerado por las anoréxicas como un triunfo sobre la impotencia, creyendo haber alcanzado una importante victoria social y personal, debido a que recrean una imagen corporal (delgada) que es idealizada por los medios de comunicación e introyectada por ellas.

Como resultado de lo antes dicho, la anorexia nerviosa suele asociarse a la presencia de depresión y baja autoestima, aunados al aislamiento social, ya que dado su rechazo al propio cuerpo, tienden a evitar situaciones donde la comida se plantee como obligación o tentación, además que tienden a ocultar sus problemas (Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy y Broulliete, 1988). Otras características que suelen presentar son: mayor ansiedad neurótica, excesiva conformidad social, hipercontrol de la emocionalidad, carácter rígido, obsesivo, conducta "regimentada" e inhibición de la emotividad, inseguridad social, excesiva dependencia y complacencia, poca espontaneidad y falta de autonomía (Toro y Vilardell, 1987).

1.2. Bulimia nerviosa

1.2.1. Criterios diagnósticos

La bulimia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento superiores a lo que es "normal" ingerir. De acuerdo al DSM-IV (APA, 1994), la bulimia nerviosa se diagnostica bajo los siguientes criterios:

- a) Episodios recurrentes de *sobreingesta. Un episodio de sobreingesta se caracteriza por:
 1. Comer en un período discreto de tiempo (por ejemplo, durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un tiempo similar y en circunstancias parecidas.
 2. Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante este episodio (por ejemplo, sentir que uno no es capaz de dejar de comer o de controlar la cantidad que está comiendo).
- b) Recurrentes conductas inadecuadas para compensar y/o prevenir el aumento de peso, como vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.
- c) Los episodios de sobreingesta y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren, como media, dos veces a la semana durante tres meses.
- d) La autoestima está excesivamente influida por la figura y por el peso.
- e) El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

De acuerdo con estos criterios, se identifican dos tipos de bulimia nerviosa:

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

* A lo largo de este trabajo, los términos sobreingesta y atracón serán utilizados como sinónimos

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona emplea otras conductas inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso, pero no recurre regularmente al vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas.

1.2.2. Caracterización cognitiva y conductual

Este trastorno —al igual que la anorexia nerviosa— conlleva cambios tanto cognitivos y conductuales, como físicos en las personas que los padecen.

Se ha encontrado que una de las consecuencias de seguir una dieta restrictiva es sufrir de excesivo apetito y la fuerte necesidad (metabólica) de ingerir hidratos de carbono, lo cual muchas veces ocasiona el primer atracón. Éste se caracteriza por la ingesta de una enorme cantidad de alimentos —especialmente ricos en carbohidratos— en un lapso corto de tiempo y con sensación de no poder controlar la cantidad de alimento que se ingiere; después de esto, la persona se siente culpable y disgustada consigo misma. Es necesario mencionar que el atracón sólo se interrumpe si alguien se acerca o llega al lugar, cuando se acaba la comida y/o por una dolorosa sensación de distensión abdominal. Como consecuencia del atracón y del miedo a engordar se recurre a la práctica de conductas compensatorias, como vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos, etc. (Toro y Vilardell, 1987). Dichas conductas compensatorias son un método por el cual se intenta eliminar las calorías ingeridas durante el atracón, sin embargo, representan al final un nuevo fracaso sobre el autocontrol, ya que terminan legitimando al atracón, y por tanto, el descontrol, comenzando de nuevo una supuesta dieta restrictiva, un atracón y el uso de diferentes purgas (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

El circuito cognitivo y conductual que supone la bulimia nerviosa (restricción alimentaria, atracones, conductas compensatorias y nuevamente restricción alimentaria) afecta enormemente a nivel anímico y psicológico a aquellas

personas que lo padecen. Las pacientes bulímicas presentan preocupación extrema por la forma y el peso corporal, exacerbado temor a engordar y a volverse obesas, inestabilidad afectiva, ansiedad, depresión, culpa y vergüenza por los episodios de descontrol alimentario y purga, baja autoestima e inmensa necesidad de ser aprobadas (Cía, 1995).

Cloninger (1987) concibe a la personalidad de las bulímicas como el resultado de tres dimensiones: búsqueda de novedades, evitación del peligro y dependencia del refuerzo. Así, encontró que las bulímicas tienen conductas hostiles, extravagantes y desordenadas, también suelen ser persistentes, sentimentales, dependientes y muestran una gran facilidad para establecer vínculos con los demás. Las jóvenes con bulimia nerviosa muestran excesiva impulsividad, lo cual representa el nexo de unión entre la bulimia nerviosa y otras conductas que con frecuencia se asocian a ella, como el abuso de alcohol y drogas, conducta autolesiva, parasuicida, desinhibición sexual, robo y cleptomanía. Específicamente, las bulímicas del tipo no purgativo presentan una personalidad limítrofe y con frecuencia desarrollan pequeños hurtos en las tiendas y actividad sexual que les ocasiona daño, su sentido de la identidad no está consolidado y se deprimen excesivamente cuando están solas. Su afecto es lábil y oscila entre la furia y la depresión. Suelen plantear excesivas demandas en sus relaciones sociales, lo que puede generar rechazo, y así fracasan en el establecimiento de relaciones interpersonales, ya que son excesivamente demandantes.

1.3. Trastornos de la conducta alimentaria no específicos

Históricamente, Garner, Olmstead, Polivy y Garfinkel (1984) acuñaron el término de “anorexia nerviosa subclínica o parcial” para un grupo de sujetos de alto riesgo que estaban excesivamente preocupados por el peso y la dieta, y que aunque no cubrían todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, si presentaban algunos comportamientos afines.

De tal forma, que dichos trastornos de la alimentación que no pueden ser diagnosticados utilizando los criterios para los trastornos específicos, se clasifican en el DSM-IV (APA, 1994) como trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TANE), en donde se enfatiza la importancia de estos nuevos grupos de población, que sin llegar a desarrollar el síndrome completo, presentan graves problemas en su alimentación. Algunos ejemplos son:

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 significativa pérdida de peso, éste 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 y 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 (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido 2 galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Así, las personas con este tipo de trastornos pueden tener un peso promedio (normopeso) y quizá se provoquen vómito o abusen de los laxantes (pero no en excesivos episodios) para el control del peso, o pueden ser de bajo peso y quizá exhiban actitudes anormales al comer o una conducta de alimentación anormal,

pero que de cualquier manera, si bien no satisfacen los criterios para diagnosticarse como anorexia nerviosa y/o la bulimia nerviosa, si presentan gran parte de sus síntomas (Garfinkel y Kaplan, 1995).

2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los trastornos alimentarios generalmente tienen su inicio en la adolescencia, caracterizándose por su mayor prevalencia entre las mujeres. En un trabajo de Dancyger y Garfinkel (1995) en población general, encontraron que el 1% cumplía con los criterios diagnósticos para un cuadro completo de anorexia o bulimia nerviosa, mientras que un 5% cumplía los criterios para el diagnóstico de un síndrome parcial; aunque autores como Patton (1988) fundamentan la existencia de trastornos subclínicos en un mayor rango, hasta del 10% en mujeres postpuberales. Como se puede notar, cuando se toman en cuenta los grupos de mujeres con trastornos subclínicos, las cifras de incidencia y prevalencia aumentan considerablemente.

Por tanto, como es de suponer, la prevalencia de los **trastornos alimentarios** que reportan los diferentes estudios variará dependiendo de la población con que se realicen, los criterios de evaluación empleados, así como —en general— de la metodología que se emplea. Uno de los problemas que se ha arrastrado desde hace dos décadas en la detección de casos es la definición del trastorno, ya que los criterios de diagnóstico empleados en los estudios realizados son diferentes, puesto que algunos trabajaron con el DSM-III-R (APA, 1987) y otros con la siguiente versión (DSM-IV, APA, 1994). Sin embargo, esto tiene implicaciones, ya que algunos de los criterios diagnósticos se han precisado o modificado en medida de los avances que la investigación ha aportado a su comprensión. A partir de la revisión de algunos de estos trabajos (ver tabla 1), se pueden determinar cinco elementos que por su constante presencia en el contenido de los mismos, se convierten en premisas básicas, tal es el caso de:

- La existencia de un incremento de los trastornos alimentarios a través del tiempo. Esto se confirma en dos estudios europeos en los que se denotan

* En el contenido de éste trabajo, los términos incidencia, presencia, ocurrencia y frecuencia, serán considerados como sinónimos.

marcadas diferencias entre un periodo evaluado y otro (Morandé, Celada y Casas, 1999; Willi y Grossmann, 1983). Mientras que en el caso de otras dos investigaciones (Kennedy, Hall y Hailey, 1973; Szmulker, McCance, McCrone y Hunter, 1986), se observa que ambos fueron hechos con población escocesa y con base a reportes hospitalarios, lo que permite hacer una comparación entre los datos que cada uno reporta de los diferentes periodos que abarcaron, notándose nuevamente un incremento en la incidencia del trastorno alimentario. Sin embargo, aunque dichos estudios concuerdan con la mayoría de la literatura, en el sentido de que han incrementado los niveles de frecuencia, debe tomarse en cuenta que la información de tres de estos estudios (Kennedy *et al.*, 1973; Szmulker *et al.*, 1986; Willi y Grossmann, 1983) fue extraída únicamente de expedientes clínicos, lo que puede tener considerables consecuencias cuando se habla de ocurrencia, ya que se dejan de lado a todos los posibles casos que no estén recibiendo atención clínica.

- Otro elemento que podría influir en los niveles de incidencia registrados en estos estudios, son los criterios diagnósticos utilizados (algunos de versiones previas al DSM-IV), mismos que podrían haber subestimado el número de casos diagnosticados debido a que suponían un criterio de pérdida de peso corporal más acusada y a la ausencia de valoración de la amenorrea, a la vez que dejaban a un lado a los TANE´s o síndromes parciales.

- La ocurrencia del trastorno alimentario es menor en hombres. Si bien la presencia reportada en varones entre los trabajos revisados no es la misma (Carlat y Camargo, 1991; Mateo, Vázquez, Alvarez, Franco, López y Mancilla, 2002; Morandé *et al.*, 1999), hay poca variación entre uno y otro. Estos datos confirman una significativa menor frecuencia entre los varones respecto a las mujeres, y esto en parte puede verse afectada por la carencia de criterios diagnósticos específicos para varones, que de existir permitiría formular un diagnóstico más preciso.

AUTORES Y AÑO	POBLACIÓN	FUENTE(S)	RESULTADOS
Kennedy <i>et al.</i> (1973)	Escocia	Registros hospitalarios	1.6/cien mil (1956-64) en población general.
Szmulker <i>et al.</i> (1986)	Escocia: 238 mujeres de registros psiquiátricos	Registros hospitalarios	4.1/cien mil (1978-82) en población general, y de 30.0/cien mil en mujeres de 16 a 25 años.
Willi y Grossmann (1983)	Suiza: 65 mujeres de registros psiquiátricos	Registros hospitalarios	Incremento en la incidencia, de 0.4/cien mil (1956-58) a 1.1(1973-75) en población general. Y en mujeres de 12 a 25 años una variación de 4.0 a 16.8/cien mil.
Carlat y Camargo (1991)	Multinacional	Revisión documental	1966-1990 prevalencia en hombres de 1.1%.
Chinchilla (1994)	España	Revisión documental	Entre 0.2% y 0.8% en la población general, y entre 1 ó 2% en mujeres adolescentes.
Taraldse <i>et al.</i> (1996)	Noruega: 234 adultos en consulta psiquiátrica (157 mujeres y 77 hombres).	Entrevista basada en el DSM-III-R	16.7% de TA (18.7% de mujeres y 14.7% de varones). Mujeres: 1.9% AN, 5.2% BN, 3.2% TPA y 8.4% TANE. Varones: 0% AN, 2.7% BN, 5.3% TPA y 6.7% TANE. Destaca entre los adultos jóvenes.
Ghaderi y Scott (2001)	Suecia: 1157 adultas jóvenes	Encuesta basada en el DSM-IV	TA en 3.1%: 0.1% AN, 1.3% BN, 1.2% TPA y 0.5% TANE.
Carlat <i>et al.</i> (1997)	Estados Unidos	Registros hospitalarios	De 1980 a 1994, fue identificado en 135 hombres: 44% bulímicos, 22% anoréxicos y 34% TANE.
Morandé <i>et al.</i> (1999)	España: Adolescentes (724 mujeres y 557 varones).	EDI, IMC y entrevista basada en el DSM-IV.	3.1% con TA (4.7% de las mujeres y 0.9% de los varones). Mujeres: 0.7% AN, 1.2% BN y 2.8% TANE. Varones: 0% AN, 0.4% BN y 0.5% TANE. Al comparar estos resultados con los obtenidos en 1985-1986 y con los de otros países, concluyen que los TA han incrementado en Madrid durante los últimos años.
Mateo <i>et al.</i> (2002)	México: Adolescentes y jóvenes (237 varones y 288 mujeres)	EAT-40, BULIT y entrevista basada en el DSM-IV	5.5% con TA (4.9% de mujeres y 0.6% de varones): 0.4% AN, 0.9% BN, 3.8% TANE y 0.4% de TPA). AN y BN inexistentes en hombres, 0.4% TANE y 0.2% TPA; en mujeres: 0.4% AN, 0.9% BN, 3.4% TANE y 0.2% de TPA

Tabla 1. Resumen de algunos estudios epidemiológicos sobre la incidencia de trastornos alimentarios. TA= Trastorno alimentario, AN= Anorexia nerviosa, BN= Bulimia nerviosa, TPA= Trastorno por atracón y TANE= Trastorno alimentario no específico.

- La presencia de trastornos alimentarios es significativamente mayor entre las mujeres adolescentes y jóvenes. Esto, de acuerdo con los reportes registrados en la literatura, entre ellos los de Szmulker *et al.* (1986), Willi y Grossmann (1983) y Chinchilla (1994), quienes específicamente refieren mayores índices en población femenina que va de los 12 a los 25 años. Estos autores confirman lo

expuesto por la literatura, en el sentido de que es ésta la población más vulnerable ante las exigencias de la sociedad respecto a la deseabilidad de la delgadez.

- Tres de los estudios revisados coinciden en que la anorexia nerviosa es prácticamente inexistente entre los varones (Mateo *et al.*, 2002; Morandé *et al.*, 1999; Taraldse *et al.* 1996), contrariamente, entre éstos destaca la presencia del trastorno por atracón (TPA). Por tanto, entre las mujeres es mayor la incidencia de TANE, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa, en este orden.

- Aquí cabe señalar que también pueden registrarse ciertas divergencias concepto-metodológicas entre los estudios realizados, con su inevitable efecto sobre los hallazgos, esto en razón de que algunos investigadores incluyen —en estricto apego con el DSM-IV (1994)— al TPA en la categoría diagnóstica de TANE, en tanto que otros autores la clasifican y evalúan de forma independiente.

- Se confirma la existencia de una alta presencia de TANE's o síndrome parcial en la población general, y tanto en hombres como en mujeres muestran una mayor incidencia que los trastornos específicos, llámense anorexia y bulimia nerviosas (Mateo *et al.*, 2002; Morandé *et al.*, 1999).

- De acuerdo con Mateo *et al.* (2002), los índices de TPA son iguales tanto en hombres como en mujeres, pero no así los otros casos de TANE's, donde las mujeres siguen registrando mayores índices que los hombres.

- Es mayor la frecuencia de bulimia nerviosa que la de anorexia nerviosa. Esto se confirma, particularmente en el caso de las mujeres, en el estudio de Carlat, Camargo y Herzog (1997) —realizado con base a registros hospitalarios— y en el de Morandé *et al.* (1999) y Mateo *et al.* (2002), ambos realizados con muestras comunitarias.

En lo que respecta a los estudios realizados sobre **anorexia nerviosa**, la mayoría de los estudios son hechos con muestras hospitalarias (ver tabla 2) diagnosticados bajo los criterios del DSM-III-R o DSM-IV, por lo que es pertinente considerar este elemento a la hora de revisar los registros de incidencia, sin embargo, de manera general pueden comprobarse tres supuestos:

- Entre las mujeres se ha registrado un incremento en la incidencia de anorexia nerviosa a través de tiempo (Lucas, Beard, O' Fallon y Kurkland 1991), particularmente a partir de la sexta década del siglo pasado (Eagles, Johnston, Hunter, Lobban y Millar, 1995).

AUTORES Y AÑO	POBLACIÓN	FUENTE(S)	RESULTADOS
Buhrich (1981)	Países no occidentales	Registros hospitalarios	En un periodo de 6 meses a 26 años sólo se reportaron 28 casos de mujeres y 2 de hombres, siendo el 90% de China o la India y de clase social alta.
Nielsen (1990)	Dinamarca: 744 mujeres y 63 hombres	Registros hospitalarios	Incidencia estable de 1973 a 1987 (1.9/cien mil) en población general. Y en mujeres de 15 a 19 años fue de 9.9/cien mil.
Lucas <i>et al.</i> (1991)	Estados Unidos: 166 mujeres y 15 hombres	Registros hospitalarios	8.2/cien mil (1935-79), 13.5% mujeres y 1.6% varones. De 56.7 en mujeres de entre 15 y 19 años. En mujeres de entre 10 y 19 años aumentó de 16.6 a 26.3 (1935-49 a 1965-69), en los otros grupos de edad no varió. Una extensión hasta 1984 mostró incremento en mujeres de entre 15 y 24 años, pero no en mayores u hombres.
Eagles <i>et al.</i> (1995)	Escocia: 287 mujeres	Registros hospitalarios	Durante 27 años (1965-1991), 428 mujeres fueron diagnosticadas. Incremento promedio anual de incidencia: 5.3%, particularmente a partir de los 60's.

Tabla 2. Resumen de algunos estudios epidemiológicos sobre la incidencia de anorexia nerviosa.

- Es mayor la presencia de anorexia nerviosa entre mujeres adolescentes y jóvenes (Lucas *et al.*, 1991; Nielsen, 1990), y es precisamente en dicho sector de la población es donde se ha registrado el mayor incremento en la ocurrencia de este padecimiento a lo largo del tiempo. Esto concuerda con la literatura (Toro, 1996) respecto a que es en la adolescencia —etapa en la que la personalidad aún no está del todo configurada ni aceptada— cuando se es más vulnerable para desarrollar un trastorno alimentario.

- Nuevamente se confirma una mayor frecuencia de la anorexia nerviosa en mujeres que en hombres (Buhrich, 1981; Lucas *et al.*, 1991). Esto puede deberse a que la cultura de la delgadez está principalmente dirigida a la mujer.

- Existe una mayor incidencia en culturas occidentales. Lucas *et al.* (1991), quienes trabajaron con una muestra estadounidense, registraron una presencia mucho mayor respecto a las cifras planteadas por Buhrich (1981), quien trabajó con muestras de países no occidentales; lo que constata lo mencionado en la literatura con respecto a que si bien los países industrializados no son los únicos en presentar trastornos alimentarios si son en los que se encuentra una mayor ocurrencia.

Por su parte, la **bulimia nerviosa** también ha sido objeto de algunos estudios epidemiológicos, entre ellos los orientados a comprobar el incremento en la frecuencia de este trastorno alimentario (ver tabla 3), de acuerdo a esta literatura se derivan ciertas premisas:

- Existe una mayor incidencia de bulimia nerviosa en mujeres que en hombres (Groos y Rosen, 1998; Fombonne, 1996; Westenhofer, 2001), incluso Fombonne señala una proporción de 3 a 1.

- En hombres la bulimia nerviosa tiene mayor presencia en adolescentes y jóvenes (Fombonne, 1996). Esto se puede atribuir a que al igual que las mujeres adolescentes y jóvenes, los varones de estas edades son más vulnerables a las exigencias de la sociedad (modelo de delgadez).

- Se confirma que tanto en varones como en mujeres la bulimia nerviosa es menos frecuente que el trastorno por atracón (Westenhofer, 2001).

AUTORES Y AÑO	POBLACIÓN	FUENTE(S)	RESULTADOS
Fombonne (1996)	Multinacional	Revisión documental	En el periodo analizado (1980-94), entre 10-15% de adolescentes y jóvenes varones la padecen. Es mayor a la establecida típicamente en casos clínicos, que en hombres va de 1% a 11% con una media de 6%. Predominancia femenina en proporción de 3 a 1.
Groos y Rosen (1998)	Estados Unidos: adolescentes (653 hombres y 677 mujeres)	EAT, EDI y Entrevista basada en el DSM-III-R	BN en 9.6% de las mujeres (2.2% purgativas y 7.4% no purgativas) y en 1.2% de los varones (0.1% purgativos y 1.1% no purgativos).
Westenhofer (2001)	Alemania: 1058 adultos de ambos sexos.	BULIT y Entrevista basada en el DSM-IV	1.3% de TPA (1.6% de los varones y 1.0% de las mujeres) y 0.7% de BN: 0.6% del tipo no purgativo (0.6% de varones y 0.6% de mujeres) y 0.9% purgativa (0.7% de varones y 1.1% de mujeres).

Tabla 3. Resumen de algunos estudios epidemiológicos respecto a la incidencia de bulimia nerviosa. BN= Bulimia nerviosa y TPA= Trastorno por atracón.

- Entre adolescentes —tanto varones como en mujeres— parece predominar la bulimia nerviosa no purgativa (Gross y Rosen, 1998), sin embargo, esta tendencia parece invertirse en la edad adulta (Westenhofer, 2001). Esto puede deberse a que las medidas que caracterizan a un cuadro de bulimia nerviosa no purgativa (ayuno y ejercicio excesivo) pueden evolucionar posteriormente hacia métodos más invasivos, como lo son la autoinducción del vómito y el consumo productos con efectos purgativos (laxantes o diuréticos).

- Existe una mayor ocurrencia en población comunitaria que en clínica. De acuerdo a Fombonne (1996), esto puede deberse a que es menos probable que los bulímicos hombres recurran a tratamiento que sus contrapartes femeninas.

Por otra parte, Fombonne (1996) recomienda prestar especial atención a la metodología que sigue cada uno de los trabajos revisados, ya que de acuerdo a sus estudios constató que elementos como las características de la muestra, criterios diagnósticos, así como instrumentos de medición, son algunas de las variables que pueden influir en los niveles de frecuencia obtenidos. Dando un

mayor voto de confianza a aquellas investigaciones que trabajando con población comunitaria emplean diseños de dos etapas, la primera dedicada a un tamizaje y una segunda en la que se realiza entrevista diagnóstica.

Debido al incremento de los trastornos alimentarios, existe un considerable número de estudios que se han enfocado a evaluar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario, esto por medio de instrumentos de autoreporte, como son: cuestionarios o encuestas. El objetivo de estos estudios básicamente consiste en brindar algunos índices de la población que podrían estar presentando un trastorno alimentario que no ha sido diagnosticado o que pueden presentar un mayor riesgo de desarrollarlo (ver tabla 4). De acuerdo a la revisión de algunos trabajos, se pueden deducir tres premisas:

- Tanto los varones como las mujeres pueden presentar sintomatología de trastorno alimentario, aunque son estas últimas las que muestran una mayor vulnerabilidad (Alvarez, Franco, Vázquez, Escarria, Haro, y Mancilla, *en prensa*; Engström y Noring, 2002; Miotto, De Coppi, frezza, Rossi y Preti, 2002; Neumark-Sztainer y Hannan, 2000; Ricciardelli, Williams y Kiernan, 1999).

- La sintomatología de trastorno alimentario también está presente entre la población femenina de países del medio oriente, oriente y Oceanía (Nakamura, Hocino, Watanabe, Honda, Niwa, Tominaga, Shimai y Yamamoto, 1999; Ricciardelli *et al.*, 1999; Stein, Meged, Bar-hanin, Blank, Elizur y Weisman, 1997).

- Parecen ser las mujeres adolescentes las más proclives a presentar sintomatología de trastorno alimentario (Jones, Benett, olmsted, Lawson y Rodin, 2001), particularmente del tipo anoréxico (Alvarez, Vázquez, Uribe y Mancilla, 2001).

- Además, es importante advertir que los índices de ocurrencia de la sintomatología de trastorno alimentario dependen estrechamente de la variabilidad de parámetros e indicadores para su detección.

AUTORES Y AÑO	POBLACIÓN	FUENTE(S)	RESULTADOS
Stein <i>et al.</i> (1997)	Israel: 534 mujeres adolescentes	EAT-26 y cuestionario basado en el DSM-III-R	18% de STA (9.8% de SA y 8.2% de SB).
Nakamura <i>Et al.</i> (1999)	Japón: 2685 mujeres adolescentes	EAT-26 e IMC	5.4% de STA.
Ricciardelli <i>Et al.</i> (1999)	Australia: 777 adolescentes (427 mujeres y 350 varones)	BITE	4.5% de SB (3.9% de mujeres y 0.6% de varones).
Alvarez <i>et al.</i> (en prensa)	México: 339 universitarios (222 mujeres y 117 hombres)	EAT-40 y BULIT	31.6% de STA (12.7% de los varones y 18.9% de las mujeres). En mujeres: SB= 6.2%, SA= 3.8% y SM= 8.8%. En varones: SB= 9.7%, SA= 0.3% y SM= 2.6%.
Anstine y Grinenko (2000)	Estados Unidos: 865 mujeres universitarias	EAT-26	17% de STA.
Neumark-Sztainer y Hannan (2000)	Estados Unidos: 6728 adolescentes (3279 mujeres y 3449 varones)	Encuesta basada en el DSM-IV	10% de STA (13% de las mujeres y 7% de los varones).
Alvarez <i>et al.</i> (2001)	México: 2968 estudiantes mujeres (14-29 años)	EAT-40 y BULIT	28.5% de STA (17.0% de SB, 7.1% de SA y 4.4% de SM. La SA destacó entre las jóvenes de bachillerato de institución privada (10.5%), en tanto que la SB lo hizo entre las de bachillerato en institución pública (20.5%) y en las de nivel profesional en institución privada (19.8%).
Jones <i>et al.</i> (2001)	Canadá: 1739 mujeres adolescentes	EAT-26, 3 escalas del EDI y DSED	27% de STA, particularmente el 20% se ubicó entre lo 12 y 14 años.
Engström y Norring (2002)	Suecia: 6780 universitarios, 1993/3082 mujeres y 773 varones, 1998/2432 mujeres y 493 varones)	EDI	6.4% de STA (6.1% de mujeres y 0.3% de varones). No se detectó cambio entre los 2 períodos evaluados.
Miotto <i>et al.</i> (2002)	Italia: 916 adolescentes (286 varones y 630 mujeres)	EAT-40	23% de STA (20% de mujeres y 3% de varones). 18.6% de SA (15.8% en mujeres y 2.8% en varones) y 4.4% de SB (4.1% mujeres y 0.3% varones)

Tabla 4. Resumen de algunos estudios epidemiológicos respecto a la incidencia de sintomatología de sintomatología de trastorno alimentario (STA). SA= Sintomatología anoréxica
SB= Sintomatología bulímica y SM= Sintomatología mixta.

3. EL GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO

3.1. Modelo estético corporal femenino

De acuerdo con Toro (1996), el patrón de belleza femenina basado en la figura, sobre todo en la delgada, ha sido establecido desde la antigüedad, acentuándose éste en el último tercio del siglo XIX, tiempo en el que empiezan a cobrar auténtica importancia social los medios de comunicación, prensa y revistas ilustradas, los que difunden criterios y valores con mucha mayor frecuencia e intensidad que en épocas anteriores. Paralelamente, la familia también fue la responsable de inculcar y propiciar la práctica de las correspondientes normas sociales de la época, utilizando principalmente métodos de control que con frecuencia se asociaban a los alimentos. Por ello, que el comedor se haya instaurado en el centro del culto familiar.

Durante esa época se difundía la imagen de la mujer frágil —propia de las clases superiores—, que llegó a ser interiorizada por las mujeres de clase media de la sociedad victoriana. De acuerdo con ésta, era normal que las adolescentes tuvieran poco apetito o que fueran sumamente caprichosas en sus comidas; y para entonces, los médicos ya habían difundido la concepción de que la mujer era proclive a los trastornos gástricos debido a una mayor sensibilidad del sistema digestivo, particularmente a partir de que la mujer llegaba a la adolescencia. Esta supuesta propensión al descontrol durante la adolescencia no era atribuida exclusivamente a la alimentación, ya que la sexualidad también era juzgada de modo similar; esto debido a que el sexo entrañaba un impulso que debía ser controlado, pero a diferencia del apetito alimentario, en este caso por completo. Así, el pudor femenino implicaba la anulación de cualquier manifestación que pudiera interpretarse como señal sexual y se consideraba que el apetito manifestado era un reflejo de la impulsividad sexual, por lo que las madres se ocupaban de adiestrar el apetito de sus hijas, de modo que su satisfacción contribuyera a un reflejo permanente de los más elevados valores estéticos y

éticos. Asimismo, se consideraba que las apariencias, sobre todo en cuanto al comer, eran el espejo del alma, del sexo, de la impulsividad, pero también de la práctica de actos inconfesables. Por tanto, la restricción alimentaria se presentaba como una garantía contra la fealdad y los fracasos amorosos. La muchacha abstemia debía ser forzosamente más apetecible y amable que la “descontrolada”. En esta misma época se difundió una notable preocupación por el funcionamiento intestinal, por lo que la comida debía ser sana y limitada, además de que las purgas permitían compensar los posibles excesos y devolver el equilibrio al organismo (Toro, 1996).

Durante esta época comenzaron a surgir modelos femeninos como el de Catalina de Siena, erigida como el modelo a imitar por las adolescentes de su época, dada su capacidad para “vencer la carne” y anularse a sí misma en aras de lo espiritual. En el caso de los varones, se difundía la figura de Lord Byron, quien decía ayunar con el fin de mantener despejada su mente y evitar así la gordura, la que simbolizaba letargo, torpeza y estupidez. Durante el siglo XIX no hay ruptura con la tradición ética y estética de la línea curva, “la gracia exige formas redondeadas”, escribe Balzac en su teoría del progreso. Para lograr este cometido, la mujer hacía uso de todos los secretos de la ortopedia para hacer de piezas y trozos una “señorita irreprochable”. Este tipo de modelos se mantuvieron hasta lo largo del siglo XIX, de modo que si la figura delgada no podía conseguirse ayunando, se intentaba alcanzarlo mediante el vestido, implementándose así el uso del corsé, el cual estimulaba la idea de que el cuerpo femenino era estructuralmente incorrecto, la mujer creía haber nacido con una figura natural imperfecta y para gustar —y gustarse— debía “corregir” su cuerpo. En las primeras décadas del siglo XX, antes de la primera guerra mundial, se plantearon abiertamente las dietas restrictivas como instrumento para modificar el volumen o la silueta corporal, manteniéndose el uso del corsé. Sin embargo, después de la guerra —por razones prácticas— se modificó el atuendo de la mujer, implementándose el uso de la falda corta, y dejando a un lado el realce de las caderas y los senos. Estos cambios, junto con el surgimiento del cine,

contribuyeron a la aparición de la vestimenta femenina, y por tanto, del modelo estético de delgadez, aceptándose la mayor exhibición pública de ciertas partes del cuerpo y cambiando la percepción que la mujer tenía de su figura, así, el talle de “avispa” se transformó en el “cuerpo de lagartija” (Toro, 1996).

Por otro lado, en los últimos 30 años el contexto sociocultural ha promovido la delgadez, planteando un concepto de cuerpo ideal, no como un ideal de salud y bienestar, sino de moda imperante en un determinado momento, misma que ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades. Estos ideales han cambiado de un siglo a otro, siendo el único factor invariable la imposición a las mujeres de esfuerzos y obligaciones, que en ocasiones suponían una verdadera lucha contra la naturaleza para conseguir aproximarse al ideal estético de su tiempo, ideal definido ante todo por y para el hombre. La difusión de este modelo se ha visto reforzada por los concursos de belleza, la industria discográfica y, en general, del espectáculo. Estos medios de difusión han llegado a promover a la delgadez como sinónimo de elegancia, prestigio, además de difundir la idea de que “cuidar” el cuerpo significa estar delgado (Guillemot y Laxenaire, 1994).

A partir de las últimas décadas, se espera que la mujer considere a la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso: “cuantos menos kilos, más logros” (Crispo *et al.*, 1996). Hay que tomar en cuenta que esta cultura de la delgadez es difundida por revistas, televisión y demás medios de comunicación de masas, que venden un modelo estético imposible de conseguir de manera natural, pero que las adolescentes —y en gran medida las niñas— comienzan a tomar como modelo a seguir pese a que esta figura les sea inalcanzable, ya sea por diferencias individuales, factores genéticos o por la interacción de éstos con las primeras experiencias alimentarias (Toro, 1996).

El impacto del ideal actual de belleza, impuesto socialmente y divulgado por los medios de comunicación, es enorme, especialmente en chicas jóvenes. Diversos estudios han puesto de manifiesto que las chicas se perciben con mayor peso de el que realmente tienen y manifiestan preferencias por cuerpos más delgados que el propio e incluso más delgados de lo que los chicos las prefieren (Nieves, 1998). Como resultado de esto, el 40% de las mujeres frente a un 23% de hombres están intentando perder peso, y los porcentajes más altos corresponden a chicas estudiantes de nivel universitario cuyas edades van de los 18 a los 21 años (French y Jeffery, 1994, cit. en Nieves, 1998).

De hecho, estudios realizados sobre los estereotipos femeninos fotografiados por la revista *Play Boy* entre los años de 1959 y 1979, demuestran que el modelo de la figura femenina se fue afinando y aligerando en dicho periodo. Sin embargo, se ha dado en nuestras sociedades un aumento del peso y el tamaño de la mujer y el hombre en esos mismos veinte años, seguramente debido a las mejores condiciones de alimentación y mayor acceso —a nivel general— de todos a ella (Crispo *et al.*, 1996).

Por su parte, Greenberg y La Porte (1996) examinaron las preferencias corporales en diferentes rasgos y cómo estas preferencias han sido trasladadas a la vida cotidiana. Trabajaron con 179 hombres (116 euroamericanos y 63 afroamericanos) a los que les presentaron 9 dibujos que representaban a mujeres con diferente estructura corporal, pidiéndoles que asignaran un número a cada figura (desde 1 para la más atractiva hasta 9 para la menos atractiva). Esto lo complementaron con una serie de preguntas respecto a la corporalidad de sus parejas (la ideal y la real). Los autores encontraron que quienes prefirieron las figuras más delgadas fueron los euroamericanos, sin embargo, esto puede ejercer una cierta presión sobre el resto de las razas, haciendo que se adopte como universal del modelo estético corporal de delgadez.

Asimismo, Hausenblas, Symons, Fleming y Connaughton (2002) examinaron la relación entre las variables género, edad e índice de masa corporal (IMC) con la imagen corporal. Trabajaron con adolescentes de ambos sexos (edad promedio: 12.7 años), de quienes evaluaron su percepción corporal a través de una escala de 7 figuras (con valor de 1 para delgado y de 7 para obeso), también aplicaron la Social Anxiety Scale (SPAS), que evalúa la presencia de ansiedad relacionada a la forma corporal y valoraron el IMC. Las mujeres reportaron mayor ansiedad y prefirieron una figura más delgada como el ideal de belleza (48.5%), contra el 33.2% de los varones hombres seleccionó las figuras delgadas como su ideal. Cabe destacar que entre los varones sólo el 11.7% de seleccionó como su ideal una figura musculosa y que en el sexo masculino la edad estuvo significativamente relacionada —de forma positiva— con la insatisfacción corporal; mientras que en ambos géneros, también se asoció positivamente con el IMC. Además, de acuerdo a dichos resultados, uno de cada tres hombres y una de cada dos mujeres seleccionaron la figura más delgada como ideal; las chicas reportaron mayor ansiedad social, estrés, inconformidad y pensamientos negativos sobre su cuerpo, lo que las vuelve más vulnerables a desarrollar un trastorno alimentario.

Sin embargo, en la actualidad nos encontramos con una realidad de creciente incremento en el peso corporal, contradictoria esta tendencia con el prevalente ideal de belleza que tiende a la consecución de cuerpos cada vez más esbeltos. Ya desde un estudio llevado a cabo en 1980 por Garner, Grafinkel, Rockert y Olmstead (1980) se puso de manifiesto que mientras las modelos habían perdido un promedio de 3.4 Kgs. a partir de la década de los 60's, la población en general ha ganado 2.8 Kgs., situándose las modelos en un 17.5% por debajo de la media poblacional. Así, el ideal de belleza parece no situarse en la posesión de un normopeso, sino más bien en la del infrapeso, lo que parece reflejarse en un fenómeno social de auténtica obsesión y culto por el cuerpo.

El resultado es que entre el modelo ideal y la realidad posible hay cada vez más disparidad. La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser “atractiva físicamente”, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea, surgiendo con esto que una gran proporción de mujeres se expresen —casi únicamente— a través de la imagen corporal. O sea que para ser una mujer exitosa en esta sociedad occidental, no sólo hace falta “no” desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer, sino que además tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para ser vivida. Con un cuerpo perfecto, sin duda, debe desarrollarse una carrera brillante, debe desempeñarse fluidamente a nivel social, debe construir un “matrimonio perfecto” y debe ser una “perfecta madre”. Los anuncios de la televisión muestran a las mujeres cómo “deben ser”: delgadas, saludables, sexys, hermosas, triunfadoras. Las mujeres introyectan este mensaje de “mujer moderna” o “supermujer” y se sienten fracasadas por no poder responder a lo que suponen que son las únicas expectativas que se tienen de ellas, intentan entonces demostrarse a sí mismas que al menos su peso sí lo pueden controlar, valiéndose de dietas y productos “diet” o “light”, abriéndose así mercado para una infinidad de productos, entre ellos, comida “light”, libros de dietas, así como revistas y productos que prometen ayudar a perder peso. Por lo que la obsesión con la consecución de un cuerpo perfecto ha resultado ser un excelente negocio para diversos empresarios y dudosos expertos en dietética. Muchas personas están dispuestas a seguir lo que se les mande por muy disparado que esto sea con tal de adelgazar, por lo que no es difícil encontrar dietas adelgazantes en prácticamente todas las revistas “femeninas”, en donde sin la menor ética garantizan perder un mínimo de 3 Kgs. en menos de una semana si se les sigue rigurosamente (Nieves, 1998).

Considerando esto, Mukai, Kambara y Sasaki (1998) compararon entre mujeres japonesas y norteamericanas la relación entre la insatisfacción corporal y necesidad de aprobación social con la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. Trabajaron con 315 estudiantes universitarias (171 japonesas y 144

americanas), en quienes evaluaron su percepción corporal, IMC, insatisfacción corporal —por medio de la correspondiente escala del EDI—, necesidad de aprobación social —a través de la escala Martin Larsen Approval Motivation (MLAM) y la presencia de la sintomatología de trastorno alimentario —a través del EAT-26—. Aunque las mujeres japonesas fueron significativamente más delgadas —en términos del IMC— se percibieron en mayor medida con sobrepeso y, por tanto, experimentaron mayor insatisfacción corporal que las norteamericanas; no obstante, los autores concluyen que, comparadas con las norteamericanas, las mujeres japonesas presentan alto grado de insatisfacción corporal pero no de trastorno alimentario. En las mujeres japonesas la necesidad de aprobación social fue un predictor significativo de la sintomatología de trastorno, esto independientemente de su IMC y su insatisfacción corporal; contrariamente, para las norteamericanas, estas dos variables sí predijeron la sintomatología de trastorno alimentario. Estos resultados sugieren que si bien las mujeres japonesas sí son vulnerables a desarrollar un trastorno alimentario, los factores psicológicos que contribuyen a ello pudieran ser diferentes a los de las norteamericanas.

Por su parte, Vázquez, Fuentes, Báez, Alvarez y Mancilla (2002) realizaron un estudio para identificar la existencia de asociación entre la introyección de los modelos estéticos corporales y la presencia de sintomatología de trastorno alimentario entre jóvenes estudiantes mexicanos (100 hombres y 111 mujeres) a quienes aplicaron el Cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC) y el Test de actitudes alimentarias (EAT-40). Sus resultados confirman que si bien en hombres y mujeres existe una clara asociación entre una mayor interiorización de un modelo estético corporal de delgadez con una mayor presencia de sintomatología del trastorno alimentario o de conductas de riesgo asociadas a éste, los factores culturales que promueven el modelo cultural de delgadez fueron más relevantes en el caso de las mujeres, quienes —particularmente— mostraron ser más vulnerables a la influencia de la publicidad proadelgazamiento. Por otro lado, con lo que respecta a los componentes de trastorno alimentario, se encontró que la motivación para adelgazar, el malestar

con la imagen corporal y la dieta restrictiva destacaron en ambos géneros, pero muy particularmente en estas últimas.

3.2 Modelo estético corporal masculino

La constante preocupación por alcanzar el ideal corporal ha sido considerada como uno de los principales factores que llevan a la restricción alimentaria y, por ende, a los trastornos alimentarios, presentándose éstos tanto en hombres como en mujeres. Pero a diferencia de las mujeres, los varones adolescentes experimentan mayor presión social hacia el ejercicio físico intenso, asumiendo y practicando lo que se ha llamado el “culto a la fisicalidad”. En definitiva, la preocupación por el aspecto físico y la sobre-valoración del cuerpo en el seno de la autoimagen general, afecta angustiosamente a muchos de los adolescentes de esta época (Toro, 1996).

Así, Andersen (2001) considera que en la actualidad los hombres están más preocupados por su imagen corporal, su peso y su figura, en comparación con los hombres de las décadas de los 50’s y 60’s; argumenta que esto puede ser resultado del aumento gradual de exposición del cuerpo masculino promovido por los medios de comunicación a través de películas y revistas cuyos modelos tienen en su mayoría figuras mesomórficas; un ejemplo de ello son las proporciones de los modelos de las revistas de “playgirl”. Sin embargo, las investigaciones revelan que si bien los anuncios de publicidad que aparecen en las revistas actuales proponen un modelo con un mínimo de ropa, esto no es reciente, sino que data del modelo propuesto por Esparta, el imperio romano, el renacimiento y en 1900, cuando Theodore Roosevelt promociona el desarrollo de la musculatura masculina, uniéndose al ideal universal de la masculinidad (a mayor musculatura mayor masculinidad) que retoma a la estatua de David como el Adonis, es decir como el modelo de belleza masculina; siendo los adolescentes los que se ven más afectados con estos bombardeos, ya que a esa edad su cuerpo aún no ha

desarrollado la musculatura propuesta como la ideal, por lo que se eleva la probabilidad de que tomen medidas que ayuden a cumplir con dichas exigencias.

Leit, Pope y Gray (2001) se ocuparon también de hacer una revisión de la evolución de la imagen corporal masculina, esto a través de las revistas de “Playgirl” publicadas de 1973 a 1997. Los autores revisaron 300 ejemplares, de los cuales sólo 115 incluían el peso y la estatura de los modelos: en 8 el índice de musculatura estuvo por arriba de 25 (dicho índice en un norteamericano promedio es de 20), 2 ejemplares databan de los años 80´ s y 6 de los 90´ s. Esto indica que los modelos musculosos fueron aumentando en los últimos años, lo cual demuestra que el modelo estético corporal masculino ha ido evolucionando, tomando como exigencia una mayor medida de masa muscular, misma que se refleja en este tipo de revistas.

Por su parte, Pope, Olivardia, Gruber y Borowieki (1999) elaboraron un trabajo con la hipótesis de que la forma de los muñecos de acción con que juegan los niños representan el ideal corporal masculino de la cultura norteamericana. Para ello, evaluaron la forma corporal de los muñecos manufacturados a lo largo de 30 años (p.ejem. Starwars, Superman, Spiderman, Batman, etc.), así como la de los personajes que se presentan en revistas infantiles de acción ilustradas (comics), para ello consultaron 15 ejemplares de Playthings Magazine (publicadas cada año de 1983 a 1997). A los muñecos de acción se les tomaron las medidas de cintura, pecho y circunferencia del bicep, las que fueron comparadas con las medidas de un hombre norteamericano promedio actual, cuya estatura es de 1.78 mts. Los autores encontraron que a lo largo de los años se tendió a incrementar la musculatura de los muñecos de acción en cada versión, excediendo su musculatura a la de un cuerpo normal. Asimismo, advierten que las expectativas culturales respecto a la imagen corporal —que se difunden también entre los niños del mundo por medio de los muñecos de los que se les provee— pueden estar contribuyendo a la expansión del malestar con la imagen corporal.

3.3. Investigación sobre trastornos alimentarios en varones

Childress, Brewerton, Hodges y Jarrell (1993) realizaron un estudio para demostrar la existencia de componentes de trastorno alimentario entre niños estadounidenses de ambos sexos provenientes de escuelas públicas y privadas, los que evaluaron por medio del Kids' Eating Disorders Survey (KEDS). 40% de los participantes señalaron sentirse gordos y/o desear perder peso, aunque las conductas de control de peso (dietas 31.4%, ayuno 8.7%, uso pastillas supresoras del apetito 2.4%, vómito 4.8% y uso de diuréticos 1.5%) fueron reportadas mayormente en las niñas. En general, se encontró que si bien existe la sintomatología de trastorno alimentario en ambos sexos, son las niñas las que buscaron en mayor medida la pérdida de peso y experimentaron mayor sensación de gordura. Estos resultados llevan a considerar como indicadores de gran importancia en la población infantil, factores como: motivación para adelgazar, pérdida excesiva de peso y dieta restrictiva.

Mientras que en adultos, Lewinsohn, Seeley, Moerk y Striegel-Moore (2002) realizaron una comparación por género (630 mujeres y 376 varones, de entre 24 y 32 años de edad) en cuanto a actitudes y conductas alimentarias problemáticas. Las mujeres presentaron mayor insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, sobreingesta y conductas compensatorias purgativas; mientras que los varones se caracterizaron por practicar mayor ejercicio excesivo.

Asimismo, Szekely *et al.* (1989) realizaron un estudio con el propósito de comparar por género la presencia de algunos factores de riesgo de trastorno alimentario. Incluyeron en su muestra a 307 hombres y 293 mujeres estudiantes estadounidenses con edades comprendidas entre 17 y 25 años, a quienes les aplicaron el EDI. Las mujeres se caracterizaron por mayor: motivación para adelgazar, conductas bulímicas, insatisfacción corporal y déficit en la identificación interoceptiva; en tanto que los hombres por el Perfeccionismo y la Desconfianza interpersonal. Asimismo, un total de 40 estudiantes fueron clasificados como

preocupados por su peso, 35 de estos fueron mujeres y sólo 5 fueron hombres, por tanto, la proporción de hombre-mujer fue de 1 a 7. En tanto que un estudio transcultural realizado entre Argentina y España (Casullo, González y Sifré, 2000) en el que compararon a mujeres y varones de ambos países (con un rango de edad de 20 a 31 años), se observó que los varones sudamericanos se diferenciaron de su contraparte femenina respecto a que presentaron menor motivación para adelgazar e insatisfacción corporal, pero mayor perfeccionismo; contrariamente, en el caso de la muestra europea, sólo se corroboró que los varones experimentan menores deseos de adelgazar. Cabe señalar que en ambos casos los géneros no se diferenciaron en cuanto a: conductas bulímicas, ineficacia, desconfianza interpersonal o miedo a madurar.

Dos estudios semejantes al anterior se realizaron en México, ambos con el objetivo de explorar las diferencias entre varones y mujeres en cuanto a la presencia de sintomatología de trastorno alimentario, así como de algunos factores cognitivos-conductuales que suelen considerarse factores de riesgo.

En el primer caso, Alvarez *et al.* (en prensa) trabajaron con una muestra de estudiantes (222 mujeres y 117 varones) de entre 16 y 26 años de edad (\bar{x} = 19.6, DE.= 1.5), de nivel socioeconómico medio-alto o alto, residentes en la ciudad de Monterrey. Los autores detectaron patrones de correlación diferenciales entre varones y mujeres, se observó que los primeros se caracterizaron porque los factores cognitivo-conductuales del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) miedo a madurar e ineficacia ponderaron en su asociación positiva con un mayor número de los componentes de trastorno alimentario que evalúan el EAT y el BULIT; mientras que el caso de las mujeres, sólo se observó con relación al factor insatisfacción corporal. Mientras que al realizar una comparación entre dos grupos con sintomatología de trastorno alimentario (64 mujeres y 43 varones) —derivados de la muestra total con base a los puntos de corte de los últimos cuestionarios señalados— y dos grupos control (70 mujeres y 50 varones), se observó que ambos grupos con sintomatología se caracterizaron por presentar mayores:

patrones alimentarios estereotipados, sobreingesta, motivación para adelgazar, preocupación por la comida y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, aunque los tres últimos fueron particularmente mayores en el grupo de mujeres y la sobreingesta en el de varones. Contrariamente, la restricción alimentaria y las obsesiones y compulsiones sólo fueron características de las mujeres con sintomatología, en tanto que las conductas compensatorias lo fueron de los varones. Mientras que de los aspectos cognitivo-conductuales, el déficit en la identificación interoceptiva, la inefectividad y la desconfianza interpersonal estuvieron más presentes en ambos grupos con sintomatología; no obstante, la insatisfacción imagen corporal fue característica de las mujeres, mientras que el miedo a madurar lo fue de los varones.

Mientras que el segundo estudio comprendió una réplica del anterior (Guadarrama, Alvarez y Valdez, 2002) pero con jóvenes estudiantes —con un rango de edad de 14 a 30 años— residentes en la ciudad de Toluca (176 mujeres y 176 varones). Al comparar a dos grupos con sintomatología de trastorno alimentario (19 mujeres y 11 varones) y dos control (15 mujeres y 18 varones), se observó que ambos grupos con sintomatología se caracterizaron por mayores: preocupación por la comida, sobreingesta, sentimientos negativos posteriores y motivación para adelgazar; sin embargo, esta última y la restricción alimentaria fueron más características de las mujeres, mientras que las conductas compensatorias lo fueron de los varones. Por otro lado, en cuanto a los factores cognitivo-conductuales del EDI, la insatisfacción corporal, el déficit en la identificación interoceptiva y la inefectividad diferenciaron a los dos grupos con sintomatología respecto a los control; pero la primera fue más característica de las mujeres y la última de los varones.

Como se puede notar, ambos estudios coinciden en que mujeres y varones detectados con sintomatología de trastorno alimentario presentan diferencias significativas entre sí, ya que las primeras se caracterizan por mayor motivación para adelgazar, restricción alimentaria e insatisfacción con la imagen corporal; en tanto que los varones por mayor mayores conductas compensatorias. No

obstante, también existen ciertas divergencias entre los resultados de ambos estudios, aunque no hay que perder de vista los siguientes aspectos: a) las muestras provienen de dos ciudades diferentes de México; b) en el primer estudio la muestra provino de una institución educativa privada y en el segundo fue pública; y c) el tamaño de los grupos detectados con sintomatología fue significativamente mayor.

A partir de los estudios anteriores parece derivarse que la imagen corporal representa un factor clave respecto al desarrollo de trastornos alimentario, así ésta ha sido el objeto de estudio específico de algunas investigaciones.

McCabe y Ricciardelli (2001) examinaron la imagen corporal y su relación con estrategias de modificación corporal entre varones adolescentes australianos. Los resultados mostraron que la mitad de la muestra deseaba cambiar su cuerpo, de ellos 30% pretendía perder peso y 20% ganar; entre las estrategias más usadas para cambiarlo se encontraron el ejercicio y los cambios en los hábitos alimentarios. Se observó también que los más jóvenes estaban más satisfechos con su peso que los mayores, y que los que tenían mayor IMC estaban menos satisfechos con su tono muscular, pero a la vez eran los menos interesados en cambiar sus hábitos alimentarios para disminuir su peso corporal. En este mismo sentido, Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000) exploró la imagen corporal de varones mexicanos de entre 14 y 24 años de edad. Los autores observaron que, en general, la muestra evaluada manifestó disgusto con su forma corporal, pero sólo una pequeña proporción con su peso corporal, incluso la figura que mayormente prefirieron sólo fue ligeramente mayor a la que poseían.

En general, los autores de ambos estudios concluyen que de forma contraria a lo reportado en muestras femeninas, los varones adolescentes y jóvenes más que adelgazar desean aumentar su masa muscular, y que para tal fin parecen emplear estrategias diferentes a las observadas en muestras femeninas, particularmente la realización de ejercicio.

En México, Vázquez *et al.* (2002) al trabajar con jóvenes mexicanos (varones y mujeres) encontraron que las mujeres mostraron ser más susceptibles a los mensajes proadelgazamiento transmitidos por medio de la publicidad y las relaciones sociales. Asimismo, en las mujeres destacó que a mayor introyección del modelo estético de delgadez fue también mayor la presencia de sintomatología de trastorno alimentario, y específicamente la influencia de la publicidad se asoció con mayor motivación para adelgazar y preocupación por la comida.

De forma aunada, también existen otros estudios que con base a muestras clínicas también han realizado comparaciones en función del género.

Al respecto, Sharp Clark, Dunan, Blackwood y Shapiro (1994) realizaron un estudio con una muestra de hombres con anorexia nerviosa, la cual describieron y compararon con un grupo similar femenino. El vómito autoinducido, los atracones y el abuso de laxantes fueron menos frecuentes entre los varones, mientras que el método más empleado por éstos para la reducción de peso fue el ejercicio físico excesivo.

Como contraparte, Olivardia, Pope, Mangweth y Hudson (1995) evaluaron las características de 25 hombres diagnosticados con bulimia nerviosa a los que compararon con 25 hombres control y con un tercer grupo integrado por mujeres también diagnosticadas con bulimia nerviosa. Los resultados indicaron que si bien los hombres y mujeres con bulimia nerviosa, tienen una marcada diferencia en cuanto a la insatisfacción con la imagen corporal.

Como resultado de lo anterior, algunos autores han realizado investigaciones enfocadas a indagar qué de la condición de ser mujer puede ubicar a este sector de la población en la situación de un mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

Al respecto, Mateo *et al.* (2002) realizaron una investigación con el objetivo de identificar si existen factores de riesgo para el desarrollo de trastorno alimentarios específicos para cada género. Trabajaron con jóvenes mexicanos (237 varones y 288 mujeres) con un promedio de edad de 15.5 años, provenientes de instituciones educativas públicas y privadas de la zona metropolitana de la Cd. de México. Los autores encontraron 29 casos con trastorno alimentario, de los cuales 26 fueron mujeres y 3 varones, siendo el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), el más frecuente. Asimismo se observó que entre hombres y mujeres existen diferencias importantes, ya que en la mujer el factor de riesgo que predijo tanto sintomatología como trastorno alimentario fue la insatisfacción corporal; mientras que en varones, el que mejor predice la sintomatología de trastorno alimentario es la ineffectividad. Concluyendo que en la mujer los trastornos alimentarios parecen asociarse más con la estética corporal, no así en los varones, en quienes la manifestación de síntomas de trastorno alimentario parece asociarse principalmente con problemas de tipo emocional.

Por otra parte, Saucedo (2003) realizó un estudio con la finalidad de analizar si algunas variables biológicas (madurez sexual e IMC), psicológicas (imagen corporal y conducta alimentaria) o sociológicas (influencias sobre el modelo estético corporal) podían predecir la restricción alimentaria en púberes mexicanos de entre 10 y 15 años de edad (632 mujeres y 674 varones). La autora encontró que sólo en el caso de las mujeres la preocupación por el peso y la comida predijeron de manera directa a la restricción alimentaria.

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, los estudios se han enfocado en la búsqueda de elementos que desencadenen los trastornos alimentarios, delimitación de los criterios específicos de diagnóstico, determinación de la importancia que tiene el modelo estético corporal en el desarrollo de la sintomatología del trastorno alimentario; así como determinar las diferencias que se dan en hombres y mujeres con este tipo de trastornos. De manera específica, en México los estudios realizados han sido en poblaciones estudiantiles

retomando principalmente muestras del área metropolitana, lo que de alguna manera limita tener un conocimiento que pueda generalizarse al resto del país, dado que tanto los estilos de vida como los usos y costumbres que se tienen en las diferentes regiones de la república, podrían influir para que se presente o no la sintomatología de trastorno alimentario, considerando esto, es de suma importancia realizar investigaciones que incluyan poblaciones de diferentes regiones del país que permitan integrar una más visión más general en México en cuanto a la presencia de los componentes de trastorno alimentario o de sus factores asociados.

OBJETIVOS

GENERAL

Evaluar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario entre jóvenes mexicanos, así como de algunos aspectos cognitivo-conductuales con base a las siguientes variables: género, tipo de institución educativa (pública ó privada) y lugar de residencia (Cd. de México y Cd. de Monterrey).

PARTICULARES

1. Evaluar si existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a la presencia de sintomatología de anorexia nerviosa y bulimia nerviosas y algunos factores cognitivo-conductuales, así como respecto al tipo de institución educativa (pública vs privada)
2. Evaluar si la asociación entre la sintomatología de anorexia nerviosa y de bulimia nerviosa con algunos factores cognitivo-conductuales es diferencial de acuerdo al sexo.
3. Evaluar si existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a la sintomatología de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa al comparar tres muestras de estudiantes universitarios: 1) instituciones públicas, 2) instituciones privadas (ambas de la Cd. de México) y 3) instituciones privadas de la ciudad de Monterrey.
4. Evaluar si existen diferencias entre hombres y mujeres identificados con sintomatología de trastorno alimentario (y sus respectivos grupos control), en cuanto a los componentes específicos de trastorno y la presencia de factores cognitivo-conductuales.

5. Evaluar si existen diferencias respecto a los componentes de anorexia nerviosa, de bulimia nerviosa o algunos factores cognitivo-conductuales asociados, entre hombres y mujeres identificados con sintomatología de trastorno alimentario provenientes de tres tipos de instituciones educativas: 1) públicas, 2) privadas (ambos de la Cd. de México) y 3) privadas de la ciudad de Monterrey.

MÉTODO

NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a que la revisión de la literatura especializada reveló que en México no existen estudios comparativos entre hombres y mujeres respecto a la sintomatología de trastorno alimentario que incluyan muestras de otros estados del país, el estudio que se realizó fue exploratorio-correlacional; ya que no sólo se identificaron las relaciones potenciales entre las variables de un tema poco estudiado, sino que también se midió el grado de relación existente entre dos o más variables en un contexto particular (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DE DISEÑO

El tipo de investigación fue no experimental, es decir que se trató de observar el fenómeno tal y como se da en su contexto natural. El tipo de diseño que se utilizó fue el transeccional-correlacional, ya que en este tipo de investigación se establecen relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata también de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones.

MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 764 estudiantes con un rango de edad de 16 a 26 años ($\bar{X}= 19.5$, $DE= 1.8$): 414 mujeres (54.2%, edad: $\bar{X}= 19.4$, $DE= 1.7$) y 350 hombres (45.8%, edad: $\bar{X}= 19.6$, $DE= 1.9$), con un nivel de educación media superior y superior, procedentes de instituciones educativas públicas y privadas de la zona metropolitana de la ciudad de México, y de institución privada de la ciudad de Monterrey residente en el campus universitario (ver tabla 5).

TIPO DE INSTITUCIÓN	CIUDAD DE PROCEDENCIA	HOMBRES	MUJERES
Pública	México	n= 120 (34.3%) 17-26 años (\bar{X} = 20.3, DE= 2.0)	n= 148 (35.7%) 17-26 años (\bar{X} = 19.5, DE= 1.8)
Privada	México	n= 113 (32.3%) 16-26 años (\bar{X} = 19.0, DE= 2.1)	n= 118 (28.6%) 16-25 años (\bar{X} = 18.7, DE= 1.7)
Privada	Monterrey	n= 117 (33.4%) 17-23 años (\bar{X} = 19.5, DE= 1.2)	n= 148 (35.7%) 16-26 años (\bar{X} = 19.7, DE= 1.6)

Tabla 5. Características de la muestra total de acuerdo al tipo de institución, ciudad de procedencia y sexo.

INSTRUMENTOS

Para identificar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos alimentarios, y específicamente de la anorexia nerviosa, se aplicó el **Test de Actitudes Alimentarias** (EAT-40, Eating Attitudes Test). Consta de 40 preguntas con seis opciones de respuesta. Fue creado y validado en población canadiense por Garner y Garfinkel (1979), y validado para población mexicana por Alvarez (2000), sugiriendo el punto de corte ≥ 28 y una estructura de cinco factores (Alvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez, 2002), de los cuales —para la presente investigación— se retomaron los cuatro siguientes:

1. **Restricción alimentaria (RA)**: Conformado por preguntas que reflejan específicamente la práctica de ayuno, dieta restrictiva y evitación de alimentos hipercalóricos.
2. **Motivación para adelgazar (MA)**: Incluye las preguntas que reflejan el deseo de adelgazar y la preocupación respecto a la obesidad o sobrepeso.
3. **Preocupación por la comida (PC)**: identifica pensamientos obsesivos respecto a la alimentación.
4. **Presión social percibida (PSP)**: incluye las preguntas que miden el grado de presión social para que el sujeto aumente su ingesta o su peso.

Mientras que para evaluar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de la bulimia, se aplicó el **Test de Bulimia** (BULIT, Bulimia Test).

Consta de 36 preguntas con cinco opciones de respuesta. Fue creado y validado en población estadounidense por Smith y Thelen (1984), y en población mexicana por Alvarez (2000), sugiriendo el punto de corte ≥ 85 y una estructura de tres factores (Alvarez, Mancilla y Vázquez, 2000):

1. **Sobreingesta (SOB)**: Incluye las preguntas que evalúan la presencia de atracones (indicador de frecuencia), así como la sensación de pérdida de control sobre el impulso alimentario.
2. **Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SENEG)**: Refiere a los sentimientos negativos, de malestar, ansiedad o culpa posteriores a que se sucedió el atracón.
3. **Conductas compensatorias (COCOM)**: Identifica la práctica de conductas compensatorias, específicamente la inducción del vómito, laxantes y/o diuréticos.

Y por último, para evaluar algunas características cognitivas y conductuales de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, se empleó el **Inventario de Trastornos Alimentarios** (EDI, Eating Disorders Inventory). Fue creado y validado en población estadounidense por Garner, Olmsted y Polivy (1983), y en población mexicana por Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López (2000). Consta de 64 preguntas con seis opciones de respuesta, no posee punto de corte y está compuesto por ocho factores, sin embargo, para este estudio se retomaron sólo los seis siguientes:

1. **Insatisfacción corporal (IC)**: Conformado por preguntas que reflejan inconformidad con respecto al aspecto físico en general, o algunas partes del cuerpo.
2. **Miedo a madurar (MM)**: Identifica el deseo a permanecer en la seguridad de los años pre-adolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta.

3. **Identificación interoceptiva (II)**: Conformado por preguntas que reflejan la incapacidad para identificar y diferenciar las sensaciones internas de hambre y saciedad.
4. **Inefectividad (IN)**: Incluye las preguntas que hacen referencia al sentimiento de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida.
5. **Perfeccionismo (P)**: identifica la presencia de expectativas exageradas sobre los posibles logros personales y énfasis excesivo sobre el éxito.
6. **Desconfianza interpersonal (DI)**: Identifica el temor generalizado a establecer y mantener relaciones interpersonales duraderas, o a expresar emociones a los demás.

PROCEDIMIENTO

Recabación de Datos

La aplicación de los tres instrumentos fue acordada previamente con cada una de las instituciones, dando a conocer los objetivos de la investigación; posteriormente, se negociaron las fechas y espacios para la aplicación de los instrumentos. Ésta se llevó a cabo de manera grupal (20 a 30 participantes), dentro de las aulas de clases, los alumnos fueron divididos en dos grupos, hombres y mujeres, ya que los instrumentos contienen reactivos específicos para cada sexo. La aplicación constó de dos sesiones: en la primera, se les habló acerca de la importancia de su participación a la vez que se les garantizó la total confidencialidad de la información proporcionada, y se procedió a la aplicación del EAT y el BULIT. En la segunda fase se aplicó el EDI bajo el mismo procedimiento.

Análisis de Datos

1ª. FASE

- Para cubrir el primer objetivo, inicialmente se determinó por medio de porcentajes las proporciones de los grupos que reportaron sintomatología de trastorno alimentario, posteriormente mediante la prueba U de Mann-Whitney se evaluó la existencia de diferencias significativas entre los grupos (hombres y mujeres) respecto a la presencia de sintomatología; así mismo, se utilizaron la prueba χ^2 de Kruskal-Wallis y la prueba de la mediana para evaluar la existencia de diferencias en cuanto a la presencia de sintomatología de anorexia y bulimia entre grupos (hombres y mujeres) con respecto al tipo de institución considerando las puntuaciones de los instrumentos aplicados.

- En el caso del segundo objetivo, se aplicó un análisis de correlación (r_s de Spearman) con la finalidad de evaluar si se asociaban diferencialmente entre hombres y mujeres los componentes de trastorno alimentario con los factores cognitivos considerados de riesgo.

- En el tercer objetivo, se aplicaron nuevamente la prueba χ^2 de Kruskal-Wallis y la prueba de la mediana para realizar la comparación entre grupos (hombres y mujeres) de diferentes ciudades e instituciones (pública de México, Privada de México y privada de Monterrey) respecto a la sintomatología de bulimia nerviosa y anorexia nerviosa retomando las puntuaciones obtenidas en los instrumentos aplicados.

2ª. FASE

- Para cubrir el siguiente objetivo se utilizaron las pruebas χ^2 de Kruskal-Wallis y la mediana para comprobar la diferencia existente entre hombres y mujeres con sintomatología de trastorno alimentario y su respectivo grupo control,

a partir de los resultados obtenidos en los instrumentos así como una r_s de Spearman con la finalidad de evaluar las correlaciones existentes entre estos mismos grupos respecto a la presencia de sintomatología considerando las puntuaciones obtenidas en los instrumentos.

- Por último, se determinó por medio de porcentajes la proporción de hombres y mujeres provenientes de tres instituciones universitarias identificados con sintomatología de trastorno alimentario, posteriormente se utilizaron las pruebas χ^2 de Kruskal-Wallis y la mediana para evaluar si existen diferencias respecto a la sintomatología de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y factores cognitivos asociados.

RESULTADOS

1ª. FASE

De acuerdo a los puntos de corte de los instrumentos EAT y BULIT, se observó que el 24% de la muestra evaluada presentó sintomatología de trastorno alimentario (ver tabla 6), particularmente el 26.5% de las mujeres y el 20.9% de hombres. El tipo de sintomatología más frecuente fue la de bulimia (13.7%), correspondiendo en mayor proporción a los varones (16.9%); mientras que en el caso de las mujeres la más frecuente fue la sintomatología mixta (10.1%). Por último, cabe indicar que la sintomatología anoréxica fue prácticamente inexistente entre los varones.

GRUPOS	ANORÉXICA	BULÍMICA	MIXTA
MUJERES (n= 314)	22 (5.3%)	46 (11.1%)	42 (10.1%)
HOMBRES (n= 350)	3 (0.9%)	59 (16.9%)	11 (3.1%)
TOTAL N= 764	25 (3.3%)	105 (13.7%)	53 (6.9%)

Tabla 6. *Clasificación de la muestra de acuerdo al sexo y a la sintomatología de trastorno alimentario presente.

Con lo que respecta al Test de actitudes alimentarias (EAT) se observó, que de acuerdo a las puntuaciones totales, existen diferencias significativas entre las mujeres y los hombres (ver tabla 7), encontrándose una mayor presencia de sintomatología de anorexia entre las **mujeres**. En cuanto al comportamiento específico de cada componente, aquellos en los que se detectaron diferencias significativas fueron Restricción alimentaria (RA) y Motivación para adelgazar (MA), siendo también —en ambos casos— más elevada las medianas de las **mujeres**. Cabe señalar, que en cuanto a los factores Preocupación por la comida (PC) y Presión social percibida (PSP) no se detectaron diferencias significativas entre los grupos. Por otro lado, en cuanto al Test de bulimia (BULIT), los

* Las tablas muestran únicamente los factores en los cuales se obtuvieron diferencias significativas

resultados sólo denotaron diferencias significativas entre los grupos en sus factores Sobreingesta (SOB) y Sentimientos negativos (SENEG), ubicándose las mayores puntuaciones en SENEG, en el caso de las **mujeres** y en SOB en el de los **hombres**.

GRUPOS	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS			TEST DE BULIMIA		INV. DE TRAST. ALIMENTARIOS	
	RA	MA	TOTAL	SOB	SENEG	IC	MM
MUJERES (n= 414)	RP= 406.28 Me= 1.00	RP= 424.18 Me= 2.00	RP= 415.09 Me= 14.00	RP= 355.69 Me= 17.00	RP= 425.30 Me= 14.00	RP= 423.50 Me= 4.00	RP= 358.78 Me= 3.00
HOMBRES (n= 350)	RP= 354.38 Me= 0.00	RP= 333.20 Me= 0.00	RP= 343.95 Me= 11.00	RP= 414.21 Me= 19.00	RP= 331.87 Me= 12.00	RP= 371.00 Me= 2.00	RP= 410.56 Me= 4.00
Mann-Whitney	3.49 **	5.92 **	4.44 **	3.66 **	5.85 **	5.80 **	3.26 *

Tabla 7. Comparación entre hombres y mujeres respecto al EAT, el BULIT y el EDI aplicando la prueba U de Mann-Whitney.

RP= Rango promedio Me= Mediana * $p \leq 0.001$ ** $p \leq 0.0001$

Por otra parte, con lo que respecta al EDI, se detectó la existencia de diferencias significativas entre los dos grupos únicamente en lo que respecta a dos de sus factores, ubicándose las mayores medianas en los factores Insatisfacción corporal (IC) en el caso de las **mujeres** y en Miedo a madurar (MM) por parte de los **hombres**. De modo tal, que no se diferenciaron hombres y mujeres respecto a la Desconfianza interpersonal (DI), Inefectividad (IN), Identificación interoceptiva (II) ni Perfeccionismo (PERF).

Lo anterior indica que a pesar de que en los hombres fue más frecuente la sobreingesta, es menos probable que presenten sentimientos negativos posteriores, caso contrario al de las mujeres, quienes a pesar de presentar mayor restricción alimentaria —en razón de una también mayor motivación para adelgazar— suelen experimentar mayores sentimientos negativos, aún sin caracterizarse por presentar periodos de sobreingesta. Además, haciéndose notar que la insatisfacción corporal fue más intensa en las mujeres, mientras que en los hombres lo fue el miedo a madurar.

Posteriormente, al comparar los resultados obtenidos entre hombres y mujeres provenientes de dos tipos de instituciones educativas (públicas vs privadas) con respecto a la presencia de sintomatología de trastorno alimentario (ver tabla 8), se encontraron diferencias significativas entre los grupos, presentándose una mayor sintomatología de anorexia en el grupo de **mujeres de instituciones públicas** y de bulimia en los **hombres de institución privada**.

GRUPOS	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS				TEST DE BULIMIA		
	RA	MA	PSP	TOTAL	SOB	SENEG	TOTAL
MUJ/PUB (n= 148)	RP=366.89 Me=0.00 PSM=45.95	RP=394.93 Me=1.00 PSM=49.32	RP=428.53 Me=0.00 PSM=40.54	RP=432.17 Me=14.00 PSM=60.81	RP=302.71 Me=16.00 PSM=28.38	RP=374.17 Me=12.00 PSM=41.89	RP=362.91 Me=62.50 PSM=41.21
MUJ/PRIV (n= 266)	RP=428.19 Me=1.00 PSM=57.14	RP=440.45 Me=2.00 PSM=59.77	RP=369.95 Me=0.00 PSM=28.57	RP=405.59 Me=13.00 PSM=52.63	RP=385.17 Me=17.50 PSM=48.87	RP=453.75 Me=15.00 PSM=57.89	RP=396.22 Me=66.00 PSM=49.62
HOMB/PUB (n= 120)	RP=292.42 Me=0.00 PSM=30.83	RP=293.34 Me=0.00 PSM=30.00	RP=383.93 Me=0.00 PSM=30.83	RP=325.85 Me=11.00 PSM=37.50	RP=342.08 Me=17.50 PSM=21.66	RP=268.96 Me=11.00 PSM=21.66	RP=330.10 Me=63.50 PSM=40.83
HOMB/PRIV (n= 230)	RP=386.70 Me=0.00 PSM=50.00	RP=354.00 Me=1.00 PSM=41.74	RP=366.64 Me=0.00 PSM=28.26	RP=353.39 Me=12.00 PSM=45.65	RP=451.84 Me=21.50 PSM=57.83	RP=364.69 Me=13.00 PSM=43.48	RP=406.83 Me=67.00 PSM=51.30
KRUSKAL WALLIS	37.42 **	45.92 **	12.63 *	22.37 **	46.25 **	61.57 **	11.81 *

TABLA 8. Comparación entre hombres y mujeres de dos tipos de institución educativa (pública vs privada) respecto a las puntuaciones totales en el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) y el Test de Bulimia (BULIT), aplicando las pruebas χ^2 de Kruskal-Wallis y de la Mediana.

RP= Rango promedio, Me= Mediana, PSM= Porcentaje que supera la mediana, MUJ= Mujeres, HOMB= Hombres, PUB= Institución pública y PRIV= Institución privada

* $p \leq 0.01$ ** $p \leq 0.0001$.

Respecto al grupo de **mujeres de institución privada**, éstas obtuvieron medianas significativamente mayores en Restricción alimentaria (RA), Motivación para adelgazar (MA) y Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SENEG); contrariamente, fueron los **hombres de institución pública** quienes presentaron las puntuaciones más bajas en esos mismos factores. Por otro lado, en el factor Sobreingesta (SOB), los **hombres de institución privada** obtuvieron una mediana significativamente mayor que los grupos de hombres y mujeres de institución pública; en tanto, que en el caso del factor Presión social percibida (PSP), las medianas más altas se ubicaron en el grupo de **mujeres de institución pública** y las más bajas en los dos grupos de institución privada. Finalmente, es importante destacar que una vez más los grupos no se diferenciaron entre sí

respecto a los siguientes componentes: Preocupación por la comida (PC) del EAT y Conductas compensatorias (COCOM) del BULIT.

Mientras que en el caso de los factores cognitivos y conductuales —evaluados por medio del EDI—, también se registraron diferencias significativas entre los grupos (ver tabla 9); de manera específica, en el factor Desconfianza interpersonal (DI) la mayor mediana fue para el grupo de **hombres de institución privada**, en tanto que los hombres de institución pública y las mujeres de institución privada registraron los niveles más bajos; mientras que la Insatisfacción corporal (IC) destacó en ambos grupos de mujeres, en tanto que los que mostraron una mayor aceptación hacia su cuerpo fueron los **hombres**, especialmente los de **institución pública**. Por otra parte, los **hombres de institución privada** mostraron significativamente mayor Miedo a madurar (MM), sobre todo en cuanto a las mujeres de institución privada; mientras que los grupos de **mujeres y hombres de institución privada** tuvieron significativamente mayores puntuaciones que los dos grupos de institución pública en lo que respecta a la Inefectividad (IN). Por último, quienes reportaron significativamente mayor Perfeccionismo (PERF) fueron las **mujeres de institución pública** y los **hombres de institución privada**, esto respecto a los otros dos grupos.

Como puede observarse, las mujeres de institución privada reportaron una menor presión social percibida, esto pese a que registraron alta restricción alimentaria y motivación para adelgazar, pero también mayores sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta. Lo anterior lleva a pensar que aunque no practican conductas compensatorias, si experimentan sentimientos negativos posteriores a la ingesta, esto pese a que lo que realmente practican es la restricción alimentaria. Por otro lado, los hombres de institución privada se ubicaron con los índices más altos de sobreingesta, sin embargo, no experimentan sentimientos negativos posteriores a ella; aunque cabe destacar que presentaron las puntuaciones totales más altas en el test de bulimia. Asimismo, es importante

señalar que los hombres de institución pública registraron las puntuaciones más bajas en todos los factores tanto del EAT como del BULIT.

GRUPOS	INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS				
	DI	IC	MM	IN	PERF
MUJ/PUB (n= 148)	RP=404.54 Me=3.00 PSM=52.70	RP=411.36 Me=3.50 PSM=50.00	RP=390.85 Me=3.00 PSM=43.92	RP=358.12 Me=0.00 PSM=32.43	RP=413.28 Me=5.00 PSM=45.95
MUJ/PRIV (n= 266)	RP=362.56 Me=2.00 PSM=43.98	RP=430.25 Me=4.00 PSM=51.50	RP=340.93 Me=3.00 PSM=36.47	RP=402.25 Me=0.00 PSM=43.61	RP=360.16 Me=4.00 PSM=37.22
HOMB/PUB (n= 120)	RP=344.17 Me=2.00 PSM=45.00	RP=289.62 Me=1.00 PSM=27.50	RP=348.90 Me=3.00 PSM=39.17	RP=338.19 Me=0.00 PSM=28.33	RP=355.52 Me=4.00 PSM=35.83
HOMB/PRIV (n= 230)	RP=409.84 Me=3.00 PSM=55.21	RP=353.59 Me=2.00 PSM=37.82	RP=442.73 Me=4.00 PSM=57.39	RP=396.87 Me=0.00 PSM=41.74	RP=401.03 Me=5.00 PSM=44.78
KRUSKAL WALLIS	11.01 *	41.10 ***	30.03 ***	12.77 **	9.14 *

Tabla 9. Comparación entre hombres y mujeres de dos tipos de institución educativa (pública vs privada) respecto a los factores del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), mediante las pruebas χ^2 de Kruskal-Wallis y de la Mediana.

RP= Rango promedio, Me= Mediana, PSM= Porcentaje que supera la mediana,
MUJ= Mujeres, HOMB= Hombres, PUB= Institución pública y PRIV= Institución privada

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.0001$.

Por último, los resultados antes mencionados, conducen a suponer que las mujeres de institución pública, al buscar el perfeccionismo desarrollan una mayor inconformidad con su cuerpo —aunque cabe indicar que presentaron bajos niveles de ineffectividad—; en cambio, las mujeres de institución privada pese a presentar una alta inconformidad con su cuerpo no buscan el perfeccionismo y aunque se sienten ineffectivas, no tienen problema al establecer relaciones interpersonales. Con lo que respecta a los hombres, los de institución privada buscan el perfeccionismo, sin embargo, se ven afectados por altos niveles de desconfianza interpersonal, miedo a madurar e ineffectividad, aunque experimentan una mayor aceptación de su cuerpo.

Por otro lado, se procedió a analizar si existía correlación entre los componentes que evalúan el EAT y el BULIT de acuerdo al sexo (ver tabla 10), sin embargo, en dicha tabla sólo se expresan aquellos coeficientes que denotaron una correlación significativa. En lo que respecta a las **mujeres**, se observó que los

factores Restricción alimentaria (RA) y Motivación para adelgazar (MA) del EAT mostraron una correlación fuerte con los Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SENEG), y moderada con la puntuación Total del BULIT y su factor Sobreingesta (SOB); en tanto que en el factor Preocupación por la comida (PC) del EAT lo hizo de igual forma, pero moderadamente. Por último, la puntuación total del EAT, sólo correlacionó •moderadamente• con el factor SENEG y la puntuación total del BULIT. No obstante, en el caso de los **hombres**, se observó que únicamente el factor MA del EAT correlacionó moderadamente con la puntuación total del BULIT y los factores SOB y SENEG. Cabe mencionar que todas las correlaciones antes mencionadas fueron positivas.

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS					
TEST DE BULIMIA	RA	MA	PC	PSP	TOTAL
M U J E R E S (n= 414)					
SOB	0.30 ****	0.32 ****	0.35 ****	—	0.29 ****
SENEG	0.53 ****	0.57 ****	0.41 ****	—	0.48 ****
COCOM	0.12 *	0.13 *	—	0.16 ***	0.17 ****
TOTAL	0.41 ****	0.47 ****	0.37 ****	—	0.43 ****
H O M B R E S (n= 350)					
SOB	0.17 ***	0.32 ****	0.16 **	0.12 *	0.16 **
SENEG	0.29 ****	0.43 ****	0.14 **	—	0.19 ****
COCOM	0.23 ****	0.13 *	—	—	0.16 **
TOTAL	0.24 ****	0.37 ****	0.18 ***	0.11 *	0.21 ****

Tabla 10. Coeficientes de correlación (r_s de Spearman) entre los factores que integran los instrumentos EAT y BULIT, para el caso de mujeres y hombres.

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$ **** $p \leq 0.0001$

Por lo tanto, podemos decir que en el caso de las mujeres a mayor restricción alimentaria, motivación para adelgazar y preocupación por la comida, fue también mayor la sobreingesta, los sentimientos negativos posteriores, y por tanto, una mayor sintomatología de bulimia nerviosa. Asimismo, a mayor sintomatología de anorexia nerviosa fueron también mayores los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y la presencia de sintomatología bulímica. Por otro lado, en el

caso de los hombres se observó un patrón semejante, ya que a mayor motivación para adelgazar también reportaron mayores periodos de sobreingesta y de sentimientos negativos posteriores a ella, y en general, una mayor sintomatología de bulimia nerviosa. Pero, como puede notarse, en los varones estas relaciones se restringieron únicamente en lo que se refiere a la motivación para adelgazar, mientras que en el caso de las mujeres, también incluyó a la restricción alimentaria y a la preocupación por la comida.

Posteriormente se replicó el análisis anterior, pero correlacionando esta vez los factores del EAT y del EDI (ver tabla 11). En la muestra de **mujeres** se encontró una correlación moderada (positiva) de la Insatisfacción corporal (IC) con el total del EAT y sus factores Restricción alimentaria (RA) y Motivación para adelgazar (MA). Mientras que en el caso de los **hombres** si bien se observaron algunas correlaciones significativas, todas fueron débiles ($r_s \leq 30$).

De acuerdo a lo anterior se observa que de los factores cognitivos evaluados, sólo la insatisfacción corporal se asoció con la sintomatología anoréxica, y esto únicamente para el caso de las mujeres, quienes a mayor insatisfacción corporal, reportan también mayor restricción alimentaria, motivación para adelgazar y en general, sintomatología de anorexia nerviosa. Mientras que en los hombres los factores cognitivos que evalúa el EDI no muestran ninguna correlación relevante con los componentes de la anorexia nerviosa.

INV. DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS				
	RA	MA	PC	PSP	TOTAL
	MUJERES (n= 414)				
DI	—	0.12 *	0.14 **	—	0.13 **
IC	0.30 ****	0.35 ****	0.23 ****	—	0.31 ****
MM	—	—	—	—	0.13 **
IN	0.15 **	0.21 ****	0.18 ****	—	0.21 ****
II	0.16 ***	0.23 ****	0.14 **	0.22 ****	0.26 ****
PERF	—	0.15 **	—	—	0.15 **
	HOMBRES (n= 350)				
DI	—	—	0.12 *	—	—
IC	0.13 *	0.14 **	—	—	—
MM	—	—	—	—	0.12 *
IN	0.20 ****	0.16 **	0.13 *	—	0.18 ***
II	0.18 ***	0.27 ****	—	0.15 **	0.22 ****
PERF	—	—	—	0.11 *	—

Tabla 11. Coeficientes de correlación (r_s de Spearman) entre los factores que integran los instrumentos EAT y EDI, para el caso de mujeres y hombres.

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$ **** $p \leq 0.0001$

No obstante, al realizar el análisis de correlación entre los instrumentos BULIT y EDI (ver tabla 12), se encontró que en las **mujeres** correlacionaron de manera moderada (positiva) la Insatisfacción corporal (IC) y la Inefectividad (IN) con la Sobreingesta (SOB); y este mismo tipo de asociación se observó entre IC y los Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SENEG). Además, los factores IC e IN del EDI correlacionaron moderadamente con el total del BULIT tanto en **hombres** como en **mujeres**. Sin embargo, en el caso de los primeros no se observó ninguna otra correlación relevante.

A partir de lo anterior, se puede decir que en el caso específico de las mujeres a mayor sobreingesta fue también mayor la presencia de insatisfacción corporal y sentimientos de ineffectividad, y que a su vez, al aumentar los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta es también mayor la

insatisfacción corporal. Sin embargo, tanto en hombres como en mujeres se observó que a mayor sintomatología bulímica reportaron experimentar también mayor insatisfacción corporal y sentimientos de ineffectividad, aunque esto particularmente acentuado para el caso de las mujeres.

INV. DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS	TEST DE BULIMIA			
	SOB	SENEG	COCOM	TOTAL
	MUJERES (n= 414)			
DI	0.23 ****	0.20 ****	0.18 ****	0.28 ****
IC	0.32 ****	0.45 ****	0.13 **	0.41 ****
MM	0.15 **	0.18 ****	0.19 ****	0.24 ****
IN	0.32 ****	0.27 ****	0.25 ****	0.35 ****
II	0.21 ****	0.21 ****	0.19 ****	0.26 ****
PERF	-0.10	—	—	—
	HOMBRES (n= 350)			
DI	0.14 **	—	0.18 ***	0.17 **
IC	0.29 ****	0.26 ****	0.17 ***	0.33 ****
MM	0.17 ***	0.17 ***	0.18 ****	0.22 ****
IN	0.24 ****	0.24 ****	0.27 ****	0.30 ****
II	0.24 ****	0.22 ****	0.19 ****	0.28 ****
PERF	—	—	-0.11 *	—

Tabla 12. Coeficientes de correlación (r_s de Spearman) entre los factores que integran los instrumentos BULIT y EDI, para el caso de mujeres y hombres.

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$ **** $p \leq 0.0001$

El siguiente objetivo contempló la integración de un tercer grupo proveniente de la ciudad de Monterrey, esto con el fin de hacer una comparación entre grupos de dos diferentes ciudades (ver tabla 13). De acuerdo a los resultados, se puede observar que existieron diferencias significativas en la puntuación total y en todos los factores que integran el EAT, encontrándose significativamente mayor sintomatología de anorexia nerviosa en ambos grupos de **mujeres de la ciudad de México**, dándose la menor mediana en el caso del grupo de hombres de

institución pública de la misma ciudad. Contrariamente, en lo que concierne a la sintomatología bulímica con base al BULIT estuvo significativamente más presente tanto en **mujeres (Cd. de México)** como en los **hombres (Cd. de Monterrey) de institución privada**.

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS					
GRUPOS	RA	MA	PC	PSP	TOTAL
Muj/Pub/Méx (n= 148)	RP=366.89 Me=0.00 PSM=45.95	RP=394.93 Me=1.00 PSM=49.32	RP=352.38 Me=0.00 PSM=35.13	RP=428.53 Me=0.00 PSM=40.54	RP=432.17 Me=14.00 PSM=61.81
Muj/Priv/Méx (n= 118)	RP=403.58 Me=1.00 PSM=53.39	RP=436.13 Me=2.00 PSM=57.63	RP=361.94 Me=0.00 PSM=37.29	RP=421.37 Me=0.00 PSM=41.52	RP=409.64 Me=14.00 PSM=54.24
Muj/Priv/Mont (n= 148)	RP=447.81 Me=1.50 PSM=60.13	RP=443.91 Me=3.00 PSM=61.49	RP=413.95 Me=0.50 PSM=50.00	RP=328.96 Me=0.00 PSM=18.24	RP=402.36 Me=13.00 PSM=51.35
Hom/Pub/Méx (n= 120)	RP=292.42 Me=0.00 PSM=30.83	RP=293.34 Me=0.00 PSM=30.00	RP=374.39 Me=0.00 PSM=45.00	RP=383.93 Me=0.00 PSM=30.83	RP=325.85 Me=11.00 PSM=37.50
Hom/Priv/Méx (n= 113)	RP=361.64 Me=0.00 PSM=43.36	RP=332.78 Me=1.00 PSM=38.94	RP=374.35 Me=0.00 PSM=45.13	RP=353.69 Me=0.00 PSM=24.78	RP=346.58 Me=1.00 PSM=45.13
Hom/Priv/Mont (n= 117)	RP=401.27 Me=1.00 PSM=56.41	RP=374.38 Me=1.00 PSM=44.44	RP=417.74 Me=0.00 PSM=49.57	RP=377.21 Me=0.00 PSM=31.62	RP=359.97 Me=12.00 PSM=46.15
Kruskal Wallis	41.69 **	48.24 **	12.48 *	30.56 **	22.65 **

Tabla 13. Comparación entre hombres y mujeres provenientes de tres muestras de estudiantes universitarios (pública y privada de la Cd. de México y privada de la Cd. de Monterrey) respecto al EAT, utilizando las pruebas χ^2 de Kruskal-Wallis y de la Mediana.

RP= Rango promedio, Me= Mediana, PSM= Porcentaje que supera la mediana,
Muj= Mujeres, Hom= Hombres, Pub= Institución pública, Priv= Institución privada,

Mex= México y Mont= Monterrey

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.0001$.

Específicamente, la Restricción alimentaria (RA) caracterizó más a las **mujeres** y los **hombres de institución privada (Cd. de Monterrey)** y menos al grupo de hombres de institución pública (Cd. de México). Respecto a la Motivación para adelgazar (MA), fueron los hombres de institución pública de la Cd. de México quienes obtuvieron las medianas significativamente más bajas, siendo las **mujeres de institución privada (de Monterrey y México)** las más motivadas para perder peso. Por otra parte, los **hombres y mujeres de institución privada (Cd. de Monterrey)** presentaron una significativamente mayor Preocupación por la comida (PC), mientras que las mujeres de la Cd. de México tanto de institución pública como privada fueron las que se mostraron menos

preocupadas. Por último, respecto a la Presión social percibida (PSP), ésta fue significativamente más reportada por las **mujeres de institución pública y privada de la Cd. de México**, en tanto que las que percibieron menor presión fueron las mujeres y hombres de institución privada (de Monterrey y México, respectivamente).

Por otro lado, de la sintomatología bulímica, la Sobreingesta (SOB) estuvo significativamente más presente en **hombres de institución privada de Monterrey**, en tanto que las mujeres y hombres de institución pública de la Cd. de México fueron quienes menos la presentaron (Tabla 14); sin embargo, quienes presentaron mayores Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SENEG) fue la población de **institución privada (mujeres de la Cd. de México así como mujeres y hombres de la Cd. de Monterrey)** y los que menos los experimentaron fueron los hombres (institución pública y privada) de la Cd. de México. Finalmente, quien reportó los niveles más altos en cuanto a la práctica de Conductas compensatorias (COCOM) fue el grupo de **mujeres de institución privada (Cd. de México)**.

Con base a los anteriores datos, puede mencionarse que las mujeres de institución privada de la Cd. de México se caracterizaron por percibir una mayor presión social, motivación para adelgazar, restricción alimentaria y conductas compensatorias, y aunque no tienen preocupación por la comida, si experimentan sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta. Por otra parte, las mujeres de institución privada de la Cd. de Monterrey, presentan también excesiva motivación para adelgazar, preocupación por la comida, restricción alimentaria y sentimientos negativos posteriores a la ingesta, sin embargo, no presentan conductas compensatorias ni se perciben socialmente presionadas. Respecto al grupo de hombres de institución privada de esta misma ciudad, estos presentan preocupación por la comida, así como periodos de restricción alimentaria y de sobreingesta, y aunque presentan sentimientos negativos no adoptan conductas compensatorias. Por último, el grupo de mujeres de institución pública (Cd. de

México) percibieron una alta presión social, respecto a la pertinencia del incremento de su ingesta o su peso, sin embargo, su preocupación por la comida, sobreingesta y conductas compensatorias fueron bajas.

GRUPOS	TEST DE BULIMIA			
	SOB	SENEG	COCOM	TOTAL
Muj/Pub/Méx (n= 148)	RP=302.71 Me=16.00 PSM=28.38	RP=374.17 Me=12.00 PSM=41.89	RP=410.60 Me=4.00 PSM=47.97	RP=362.51 Me=62.50 PSM=41.22
Muj/Priv/Méx (n= 118)	RP=415.93 Me=20.00 PSM=55.08	RP=452.48 Me=14.00 PSM=55.08	RP=532.65 Me=8.00 PSM=71.19	RP=468.74 Me=71.00 PSM=60.17
Muj/Priv/Mont (n= 148)	RP=360.65 Me=18.00 PSM=43.92	RP=454.77 Me=15.00 PSM=60.13	RP=221.22 Me=3.00 PSM=22.30	RP=338.41 Me=62.50 PSM=41.22
Hom/Pub/Méx (n= 120)	RP=342.08 Me=17.50 PSM=31.67	RP=268.96 Me=11.43 PSM=21.67	RP=392.13 Me=4.00 PSM=43.33	RP=330.10 Me=63.50 PSM=40.83
Hom/Priv/Méx (n= 113)	RP=397.17 Me=19.00 PSM=46.90	RP=298.72 Me=11.00 PSM=29.20	RP=410.30 Me=4.00 PSM=46.02	RP=368.50 Me=64.00 PSM=43.36
Hom/Priv/Mont (n= 117)	RP=504.65 Me=25.00 PSM=68.38	RP=428.41 Me=15.00 PSM=57.26	RP=362.80 Me=4.00 PSM=47.01	RP=443.83 Me=71.00 PSM=58.97
Kruskal Wallis	64.06 *	81.54 *	147.86 *	41.42 *

Tabla 14. Comparación entre hombres y mujeres provenientes de tres muestras de estudiantes universitarios (pública y privada de la Cd. de México y privada de la Cd. de Monterrey) respecto al BULIT, utilizando las pruebas χ^2 de Kruskal-Wallis y de la Mediana.

RP= Rango promedio, Me= Mediana, PSM= Porcentaje que supera la mediana,
Muj= Mujeres, Hom= Hombres, Pub= Institución pública, Priv= Institución privada,
Mex= México y Mont= Monterrey

* $p \leq 0.0001$.

De acuerdo al inventario de trastornos alimentarios (EDI), también se encontraron diferencias significativas entre los grupos evaluados (ver tabla 15). Específicamente, la Desconfianza interpersonal (DI) estuvo significativamente más presente en los **hombres de institución privada (Cd. de México)**, en tanto que fue en las mujeres de institución privada (Cd. de Monterrey) donde se encontró la mediana más baja. Esto contrariamente a lo observado en este grupo respecto a la Insatisfacción corporal (IC), entre quienes fue significativamente mayor en comparación con los tres grupos de varones, y particularmente, respecto a los de institución pública Cd. de México. En tanto que ambos grupos de **hombres de institución privada (Cd. de México y Cd. de Monterrey)** alcanzaron puntuaciones significativamente mayores en el factor Miedo a madurar (MM),

mientras que la más baja fue registrada en el grupo de mujeres de institución privada de Monterrey. Por otra parte, las **mujeres de institución privada de México** fueron las que mostraron significativamente mayor Inefectividad (IN), en tanto que las mujeres y sobre todo los hombres de institución pública de la misma ciudad registraron los índices más bajos.

INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS						
GRUPOS	DI	IC	MM	IN	II	PERF
Muj/Pub/Mex (n= 148)	RP=404.54 Me=3.00 PSM=52.70	RP=411.36 Me=3.50 PSM=50.00	RP=390.85 Me=3.00 PSM=43.92	RP=358.12 Me=0.00 PSM=32.43	RP=376.93 Me=0.00 PSM=29.73	RP=413.28 Me=5.00 PSM=45.95
Muj/Priv/Mex (n= 118)	RP=390.32 Me=3.00 PSM=50.00	RP=404.54 Me=3.00 PSM=44.07	RP=377.07 Me=3.00 PSM=45.76	RP=425.83 Me=0.00 PSM=48.30	RP=427.16 Me=0.00 PSM=42.37	RP=380.26 Me=5.00 PSM=40.68
Muj/Priv/Mont (n= 148)	RP=340.43 Me=2.00 PSM=39.19	RP=450.75 Me=4.00 PSM=57.43	RP=312.12 Me=2.00 PSM=49.05	RP=383.45 Me=0.00 PSM=39.86	RP=372.44 Me=0.00 PSM=31.08	RP=344.14 Me=4.00 PSM=38.51
Hom/Pub/Mex (n= 120)	RP=344.17 Me=2.00 PSM=45.00	RP=289.62 Me=1.00 PSM=27.50	RP=348.90 Me=3.00 PSM=49.17	RP=338.19 Me=0.00 PSM=28.33	RP=346.81 Me=0.00 PSM=24.17	RP=355.52 Me=4.00 PSM=35.83
Hom/Priv/Mex (n= 113)	RP=441.25 Me=3.00 PSM=61.06	RP=652.04 Me=2.00 PSM=37.17	RP=466.00 Me=4.00 PSM=61.06	RP=381.25 Me=0.00 PSM=37.17	RP=361.39 Me=0.00 PSM=26.55	RP=430.00 Me=6.00 PSM=50.44
Hom/Priv/Mont (n= 117)	RP=379.77 Me=2.00 PSM=49.57	RP=355.07 Me=2.00 PSM=38.46	RP=420.25 Me=4.00 PSM=53.85	RP=411.82 Me=0.00 PSM=46.15	RP=411.35 Me=0.00 PSM=41.03	RP=373.29 Me=4.00 PSM=39.32
KRUSKAL WALLIS	18.98 **	44.06 ***	38.31 ***	17.38 ***	16.54 **	14.76 *

Tabla 15. Comparación entre hombres y mujeres provenientes de tres muestras de estudiantes universitarios (pública y privada de la Cd. de México y privada de la Cd. de Monterrey) respecto a los factores del EDI, utilizando las pruebas χ^2 de Kruskal-Wallis y de la Mediana.

RP= Rango promedio, Me= Mediana, PSM= Porcentaje que supera la mediana
Muj= Mujeres, Hom= Hombres, Pub= Institución pública, Priv= Institución privada,
Mex= México y Mont= Monterrey

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.0001$

Mientras que en lo que respecta a la Identificación interoceptiva (II), tanto las **mujeres de institución privada de México** como los **hombres de institución privada de Monterrey** obtuvieron las mayores medianas en tanto que los que obtuvieron las menores fueron los hombres de institución pública de México. Por último, los **hombres de institución privada de México** reportaron el nivel más alto de Perfeccionismo (PERF), en tanto que las mujeres de institución privada de Monterrey, obtuvieron la mediana más baja en este factor.

De estos resultados se puede derivar que el grupo de mujeres de institución privada de México se caracterizaron por presentar una mayor inefectividad así como déficit en la identificación interoceptiva; en tanto que las mujeres de institución privada de Monterrey lo estuvieron por una alta inconformidad con su cuerpo acompañada de menor disposición para establecer relaciones interpersonales, aunque presentan poco miedo a madurar y perfeccionismo. Respecto al grupo de hombres de institución privada de México, se caracterizaron por una mayor aceptación de su cuerpo pero también por un mayor perfeccionismo, desconfianza interpersonal y miedo a madurar. Finalmente, los hombres de institución privada de Monterrey también experimentan una mayor aceptación por su cuerpo, pero presentan un acentuado miedo a madurar y déficit en la identificación interoceptiva.

2ª FASE

Para observar las diferencias en cuanto a los componentes de trastorno alimentario existentes entre hombres y mujeres con sintomatología de trastorno alimentario, y su respectivo grupo control, la muestra fue dividida en cuatro grupos (ver tabla 16). Encontrándose las mayores medianas en el total del EAT en las **mujeres con sintomatología** y las menores en los grupos control (ambos sexos); mientras que respecto a los totales del BULIT, ambos grupos con sintomatología obtuvieron medianas significativamente mayores que los dos grupos control, siendo particularmente mayor en el caso del grupo de **hombres con sintomatología**.

Específicamente en cuanto a los factores del EAT, el grupo de **mujeres con sintomatología** se caracterizó por tener una mayor Restricción alimentaria (RA), Motivación para adelgazar (MA) y Preocupación por la comida (PC); en tanto que los grupos control registraron las puntuaciones menores en estos mismos factores además de caracterizarse por una particularmente baja Presión social percibida

(PSP). Respecto al BULIT, ambos **grupos con sintomatología** obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en todos los factores que lo integran, específicamente, las **mujeres** en cuanto a los Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SENEG), mientras que la Sobreingesta (SOB) y las Conductas compensatorias (COCOM) lo fueron en los **hombres**.

GRUP	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS					TEST DE BULIMIA			
	RA	MA	PC	PSP	TOTAL	SOB	SENEG	COCOM	TOTAL
Muj/c/s (n= 110)	RP=282.43 Me=4.00 PSM=80.0	RP=286.63 Me=8.00 PSM=80.00	RP=257.55 Me=1.50 PSM=73.63	RP=214.32 Me=0.00 PSM=40.90	RP=291.03 Me=29.00 PSM=81.82	RP=257.44 Me=28.00 PSM=76.36	RP=299.84 Me=22.00 PSM=90.00	RP=246.32 Me=7.00 PSM=65.45	RP=287.37 Me=93.50 PSM=85.45
Muj/C (n= 110)	RP=151.50 Me=0.00 PSM=26.36	RP=162.64 Me=1.00 PSM=36.36	RP=148.21 Me=0.00 PSM=24.54	RP=183.97 Me=0.00 PSM=26.36	RP=153.58 Me=11.00 PSM=30.91	RP=101.96 Me=15.00 PSM=9.09	RP=135.14 Me=12.00 PSM=20.00	RP=130.53 Me=4.00 PSM=16.36	RP=104.63 Me=59.00 PSM=11.82
Hom/c/s (n= 73)	RP=224.07 Me=2.00 PSM=54.79	RP=213.84 Me=3.00 PSM=52.50	RP=217.93 Me=1.00 PSM=54.79	RP=209.82 Me=0.00 PSM=42.86	RP=215.33 Me=15.00 PSM=53.32	RP=310.60 Me=32.00 PSM=94.52	RP=261.15 Me=19.00 PSM=80.82	RP=285.01 Me=8.00 PSM=82.19	RP=303.55 Me=94.50 PSM=98.63
Hom/C (n= 100)	RP=133.32 Me=0.00 PSM=16.00	RP=123.92 Me=0.00 PSM=14.00	RP=168.79 Me=0.00 PSM=39.00	RP=182.91 Me=0.00 PSM=28.00	RP=127.94 Me=10.00 PSM=20.00	RP=152.13 Me=18.00 PSM=32.00	RP=105.09 Me=11.00 PSM=9.00	RP=151.61 Me=4.00 PSM=16.00	RP=121.43 Me=63.00 PSM=17.00
KRUSKAL WALLIS	125.58 **	128.64 **	71.23 **	9.17 *	130.54 **	197.14 **	212.37 **	122.24 **	250.93 **

Tabla 16. Comparación entre hombres y mujeres con y sin sintomatología de trastorno alimentario en los factores del EAT y el BULIT utilizando las pruebas χ^2 de Kruskal-Wallis y de la Mediana.

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.0001$

RP= Rango promedio, Me= Mediana, PSM= Porcentaje que supera la mediana,

Muj/c/s= Mujeres con sintomatología, Muj/C= Mujeres control,

Hom/c/s= Hombres con sintomatología y Hom/C= Hombres control.

Con lo que respecta al EDI, también se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a los factores que evalúa este cuestionario (ver tabla 17). En el caso del grupo de **mujeres con sintomatología**, reportaron una excesiva Desconfianza interpersonal (DI) e Insatisfacción corporal (IC), en tanto que las medianas más bajas fueron para ambos grupos control en el caso de Desconfianza interpersonal (DI), y sólo los hombres control para Insatisfacción corporal (IC). Por otro lado, los **hombres con sintomatología** se caracterizaron por un alto Miedo a madurar (MM) respecto al resto de los grupos; en tanto que **ambos grupos con sintomatología** presentaron medianas significativamente mayores en Inefectividad (IN) • particularmente los hombres • así como en el factor Identificación interoceptiva (II) respecto al resto de los grupos.

A partir de los resultados anteriores, se observa que tanto hombres como mujeres con sintomatología coinciden en los rasgos de sobreingesta, sentimientos negativos, conductas compensatorias, ineffectividad e identificación interoceptiva. Sin embargo, las mujeres se caracterizan por mayor restricción alimentaria, motivación para adelgazar, preocupación por la comida, desconfianza interpersonal e insatisfacción corporal; finalmente se da una marcada diferencia en el factor miedo a madurar, presentándose de manera excesiva en el grupo de hombres.

INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS					
GRUPOS	DI	IC	MM	IN	II
Muj/c/s (n= 110)	RP=225.30 Me=4.00 PSM=53.64	RP=257.97 Me=6.00 PSM=69.09	RP=205.62 Me=3.00 PSM=47.27	RP=230.65 Me=1.00 PSM=61.82	RP=232.14 Me=1.00 PSM=53.64
Muj/C (n= 110)	RP=163.68 Me=2.00 PSM=25.45	RP=184.49 Me=3.00 PSM=48.18	RP=161.38 Me=3.00 PSM=30.00	RP=164.11 Me=0.00 PSM=29.09	RP=164.69 Me=0.00 PSM=21.82
Hom/c/s (n= 73)	RP=222.82 Me=3.00 PSM=49.31	RP=209.86 Me=4.00 PSM=54.79	RP=253.88 Me=5.00 PSM=71.23	RP=242.60 Me=2.00 PSM=64.38	RP=236.43 Me=1.00 PSM=56.16
Hom/C (n= 100)	RP=183.68 Me=2.00 PSM=33.00	RP=131.69 Me=1.00 PSM=27.00	RP=185.18 Me=3.00 PSM=41.00	RP=161.38 Me=0.00 PSM=30.00	RP=165.11 Me=0.00 PSM=23.00
KRUSKAL WALLIS	21.79 *	67.89 *	31.34 *	48.77 *	48.02 *

Tabla 17. Comparación entre hombres y mujeres con y sin sintomatología de trastorno alimentario respecto a los factores del EDI, utilizando las pruebas χ^2 de Kruskal-Wallis y de la Mediana.

* $p \leq 0.0001$

RP= Rango promedio, Me= Mediana, PSM= Porcentaje que supera la mediana,
Muj/c/s= Mujeres con sintomatología, Muj/C= Mujeres control,
Hom/c/s= Hombres con sintomatología y Hom/C= Hombres control.

Posteriormente, con la finalidad de analizar si los factores del EAT y el BULIT correlacionan de forma diferencial entre hombres y mujeres con o sin sintomatología, se obtuvieron los coeficientes de correlación r^s de Spearman para el caso de cada uno de estos cuatro grupos (ver tabla 18). De esta forma, en el grupo de **mujeres con sintomatología** se observaron ciertas correlaciones moderadas positivas, particularmente entre el factor Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SENEG) del BULIT con los factores Restricción alimentaria (RA), Motivación para adelgazar (MA) y Preocupación por la comida

(PC) del EAT; mientras que correlaciones también moderadas pero negativas se hallaron entre el factor Sobreingesta (SOB) con la Presión social percibida (PSP), así como entre las Conductas compensatorias (COCOM) con la Motivación para adelgazar (MA). Como contraparte, en el grupo de **mujeres control**, las correlaciones halladas también moderadas y positivas sólo fueron entre SENEG con RA y MA, y de este último con el total del BULIT.

Por otra parte, es importante indicar que en cuanto a los **varones**, en el grupo **con sintomatología** no se encontraron correlaciones significativas entre el BULIT y el EAT, sin embargo, en su contraparte **control** si se observó una asociación moderada (positiva) entre la Motivación para adelgazar (MA) con el total del BULIT y su factor Sentimientos negativos (SENEG).

TEST DE BULIMIA	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS				
	RA	MA	PC	PSP	TOTAL
	MUJERES CON SINTOMATOLOGÍA (n= 110)				
SOB	—	-0.23 *	—	-0.30 ***	-0.28 **
SENEG	0.32 ***	0.33 ****	0.31 ***	—	0.26 **
COCOM	—	-0.37 ****	-0.20 *	—	-0.26 **
TOTAL	—	—	—	-0.27 **	-0.19 *
	MUJERES CONTROL (n= 110)				
SENEG	0.33 ****	0.49 ****	0.20 *	-0.19 *	0.25 **
TOTAL	0.20 *	0.31 ***	—	—	—
	HOMBRES CONTROL (n= 100)				
SOB	-0.24 *	—	—	—	—
SENEG	—	0.35 ****	—	—	—
TOTAL	—	0.33 ***	0.20 *	—	—

Tabla 18. Coeficientes de correlación (r_s de Spearman) entre los factores que integran los instrumentos EAT y BULIT, para el caso de mujeres y hombres (con sintomatología y control).

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$ **** $p \leq 0.0001$

Con lo anterior, se puede observar que en las mujeres con sintomatología al aumentar los sentimientos negativos, son también mayores la motivación para adelgazar, la restricción alimentaria y la preocupación por la comida; en tanto que

en medida de que aumenta la sobreingesta disminuye la presión social percibida, así como a mayores conductas compensatorias reportan también una menor motivación para adelgazar. Este último dato parece diferenciar a las mujeres con sintomatología de las mujeres control, quienes a mayor sintomatología bulímica presentan una mayor motivación para adelgazar; en cambio, coinciden respecto al patrón de los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, ya que al aumentar éstos aumenta también la restricción alimentaria y la motivación para adelgazar. En el caso de los hombres nuevamente el grupo con sintomatología no presentó correlaciones significativas, en cambio, en los hombres del grupo control los sentimientos negativos y la sintomatología bulímica aumentan junto con la motivación para adelgazar, dándose así la misma situación que en el grupo de mujeres control.

Bajo el mismo análisis, pero con los instrumentos EAT y EDI (ver tabla 19), se encontró que en el caso de las **mujeres con sintomatología** aunque existieron ciertas correlaciones, éstas fueron débiles; en cambio, en los **hombres con sintomatología**, se encontraron correlaciones moderadas positivas del factor Inefectividad (IN) del EDI con el total del EAT y su factor Restricción alimentaria (RA), de la misma manera se correlacionó la Identificación interoceptiva (II) con el factor Presión social percibida (PSP). Para las **mujeres del grupo control** se observó también una correlación moderada positiva entre el factor Insatisfacción corporal (IC) del EDI y la Motivación para adelgazar (MA) del EAT. Por último, cabe mencionar que las correlaciones existentes en el caso del grupo de **hombres control** fueron débiles.

Lo anterior indica que en el grupo de hombres con sintomatología, a medida que se incrementa la inefectividad, también lo hacen la restricción alimentaria y la sintomatología anoréxica, y lo mismo se observa entre la identificación interoceptiva y la presión social percibida. A diferencia de éstos, en las mujeres del grupo control sólo se aprecia un aumento de la insatisfacción corporal cuando incrementa la motivación para adelgazar.

INV. DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS				
	RA	MA	PC	PSP	TOTAL
MUJERES CON SINTOMATOLOGÍA (n= 110)					
IC	—	0.20 *	—	—	—
II	—	—	—	0.28 **	—
PERF	0.23 *	0.29 **	—	—	0.25 **
HOMBRES CON SINTOMATOLOGÍA (n= 73)					
IN	0.33 **	—	—	—	0.30 **
II	—	—	—	0.30 **	0.26 *
PERF	—	0.25 *	—	—	—
MUJERES CONTROL (n= 110)					
DI	—	0.22 *	—	—	0.24 *
IC	0.24 *	0.38 ****	0.26 **	—	0.25 **
II	—	0.23 *	—	—	—
PERF	—	—	—	—	0.24 *
HOMBRES CONTROL (n= 100)					
DI	—	—	0.21 *	—	—
II	—	0.20 *	—	—	—

Tabla 19. Coeficientes de correlación (r_s de Spearman) entre los factores que integran los instrumentos EAT y EDI, para el caso de mujeres y hombres (con sintomatología y control).

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$ **** $p \leq 0.0001$.

Por último, en lo que respecta a los instrumentos EDI y BULIT, las correlaciones halladas fueron moderadas positivas (ver tabla 20), en el grupo de **mujeres con sintomatología** se presentó entre el factor Inefectividad (IN) del EDI y el total de BULIT; mientras que en las **mujeres del grupo control** se correlacionaron la Insatisfacción corporal (IC) con el total del BULIT y su factor Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SENEG), así como la Inefectividad (IN) con el factor Sobreingesta (SOB). Cabe mencionar que en el grupo de **hombres control** las correlaciones existentes fueron débiles y en su contraparte con **sintomatología** no se encontraron correlaciones significativas.

INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS						
TEST DE BULIMIA	DI	IC	MM	IN	II	PERF
MUJERES CON SINTOMATOLOGÍA (n= 110)						
SOB	0.22 *	—	—	0.24 *	—	-0.25 **
SENEG	0.23 *	0.37 ****	0.26 **	0.26 **	—	—
COCOM	—	—	—	0.31 ***	—	-0.22 *
TOTAL	0.27 **	0.21 *	0.29 **	0.38 ****	—	—
MUJERES CONTROL (n= 110)						
SOB	—	—	—	0.30 ***	—	—
SENEG	—	0.40 ****	—	—	—	—
COCOM	0.27 **	—	0.22 *	—	—	—
TOTAL	0.28 **	0.35 ****	0.22 *	0.23 *	—	—
HOMBRES CONTROL (n= 100)						
SOB	—	0.20 *	—	0.20 *	—	—
TOTAL	—	0.22 *	—	0.21 *	0.21 *	—

Tabla 20. Coeficientes de correlación (r_s de Spearman) entre los factores que integran los instrumentos EDI y BULIT, para el caso de mujeres y hombres (con sintomatología y control).

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$ **** $p \leq 0.0001$.

Estos datos permiten observar que en el caso de las mujeres con sintomatología al incrementarse los niveles de ineffectividad, se presentan mayores conductas compensatorias y sintomatología bulímica; mientras que en ambos grupos de mujeres (control y con sintomatología), un aumento en la insatisfacción corporal se acompaña de un incremento de los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, dándose también en el grupo de mujeres control un aumento de sintomatología bulímica, además de que a mayor ineffectividad mayor sobreingesta, por último cabe señalar que en el grupo de varones (con sintomatología y control) nuevamente los factores cognitivos evaluados por el EDI no muestran ninguna correlación relevante con la sintomatología de bulimia nerviosa.

De acuerdo a los resultados del EAT y el BULIT, la sintomatología de trastorno alimentario se presentó en prácticamente todos los grupos de las

diferentes instituciones y ciudades de procedencia (ver tabla 21), específicamente los grupos que presentaron una mayor sintomatología fueron: mujeres de institución privada de México y hombres de institución privada de Monterrey (38.1% y 36.8% respectivamente), en tanto que los grupos de hombres de la ciudad de México (pública y privada) se presentaron menores frecuencias de sintomatología.

INSTITUCIÓN	SEXO	C/SINT.	ANOREXIA	BULIMIA	MIXTA
PRIV./MÉX. 26.1%	MUJERES (n= 118)	45 (38.1%)	7 (5.9%)	27 (22.9%)	11 (9.3%)
	HOMBRES (n= 113)	16 (14.2%)	1 (0.9%)	13 (11.5%)	2 (1.8%)
PUB./MÉX. 15.9%	MUJERES (n= 148)	30 (20.2%)	7 (4.7%)	11 (7.4%)	12 (8.1%)
	HOMBRES (n= 120)	14 (11.7%)	1 (0.8%)	13 (10.9%)	0%
PRIV./MONT. 30.2%	MUJERES (n= 148)	33 (23.6%)	8 (5.4%)	8 (5.4%)	19 (12.8%)
	HOMBRES (n= 117)	43 (36.8)	1 (0.9%)	33 (28.2%)	9 (7.7%)

Tabla 21. Clasificación de la muestra de acuerdo a la institución, sexo y sintomatología. PRIV= Institución privada, PUB= Institución pública, MEX= México y MONT= Monterrey

En cuanto a la sintomatología de anorexia nerviosa, se observó que los grupos de mujeres presentan porcentajes similares de sintomatología de trastorno anoréxico, independientemente de la institución y de su lugar de procedencia, dándose la misma situación para los grupos de hombres, reiterándose así la predominancia de sintomatología de anorexia nerviosa en las mujeres.

Por otra parte, respecto a la sintomatología de bulimia nerviosa los grupos de donde se halló una mayor frecuencia fueron: hombres de institución privada de la ciudad de Monterrey (18.2%) y mujeres de institución privada de la ciudad de México (22.9%), mientras que en los grupos en que fue más baja fueron: mujeres de instituciones públicas de la ciudad de México (7.4%) y mujeres de institución privada de la ciudad de Monterrey (5.4%), en cambio, este último grupo fue el que tuvo una mayor frecuencia de sintomatología mixta (12.8%). Mientras que la más baja se registró en el grupo de hombres de institución privada de la ciudad de México (1.8%) y fue nula en el grupo de hombres de institución pública de esta

misma ciudad. Cabe señalar que en el grupo de hombres de institución pública de la ciudad de México la sintomatología bulímica fue predominante, sobre todo al considerar la baja presencia de sintomatología anoréxica y la inexistencia de sintomatología mixta.

Posteriormente, con el fin de ubicar en qué variable se encuentran las diferencias entre hombres y mujeres con sintomatología de trastorno alimentario provenientes de dos instituciones (pública y privada) de la Cd. de México y una institución (privada) de la Cd. de Monterrey se conformaron nuevamente seis grupos pero ahora retomando únicamente los que hallan rebasado los puntos de corte (ver tabla 22). Con lo que respecta al EAT, se encontró que las **mujeres de institución pública de la Cd. de México y privada de la Cd. de Monterrey** se caracterizaron por tener una mayor sintomatología anoréxica, en tanto que los hombres de la Cd. de México (institución pública y privada) obtuvieron las puntuaciones más bajas; y en el BULIT, quienes registraron mayor sintomatología bulímica fueron los **hombres de institución privada de Monterrey** y las **mujeres de institución pública de México**, mientras que las mujeres de institución privada de Monterrey obtuvieron las puntuaciones más bajas.

Particularizando, la Restricción alimentaria (RA), predominó en los grupos de **mujeres de institución privada de Monterrey** seguida del grupo de mujeres de institución pública de México, en cambio, en los hombres de la Cd. de México (pública y privada) fue menos frecuente; en cuanto a la Motivación para adelgazar (MA), fueron también los grupos de **mujeres (pública de México y privada de Monterrey)** quienes obtuvieron medianas significativamente mayores respecto a los grupos de hombres; por otro lado, las **mujeres de institución privada de Monterrey** mostraron una marcada Preocupación por la comida (PC), contrastando sobre todo con los grupos de hombres de institución pública y privada de la Cd. de México.

GRUPOS	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS				TEST DE BULIMIA		
	RA	MA	PC	TOTAL	SOB	SENEG	COCOM
Muj/Pub/Mex (n= 30)	RP=107.40 Me=4.00 PSM=63.33	RP=124.42 Me=10.00 PSM=73.33	RP=89.85 Me=1.00 PSM=40.00	RP=122.13 Me=31.00 PSM=70.00	RP=71.80 Me=27.00 PSM=33.33	RP=104.07 Me=22.50 PSM=56.67	RP=78.67 Me=6.00 PSM=26.67
Muj/Priv/Mex (n= 45)	RP=83.50 Me=2.00 PSM=44.44	RP=88.52 Me=6.00 PSM=51.11	RP=79.74 Me=1.00 PSM=35.55	RP=84.61 Me=19.00 PSM=42.22	RP=71.12 Me=28.00 PSM=33.33	RP=89.96 Me=21.00 PSM=44.44	RP=113.12 Me=9.00 PSM=51.11
Muj/Priv/Mont (n= 35)	RP=130.16 Me=7.00 PSM=80.00	RP=122.86 Me=10.00 PSM=74.29	RP=131.16 Me=3.00 PSM=77.14	RP=124.34 Me=32.00 PSM=82.86	RP=87.94 Me=29.00 PSM=45.71	RP=122.16 Me=24.00 PSM=77.14	RP=58.34 Me=4.00 PSM=20.00
Hom/Pub/Mex (n= 14)	RP=45.21 Me=0.50 PSM=7.14	RP=59.64 Me=1.50 PSM=28.57	RP=73.11 Me=0.50 PSM=28.57	RP=59.82 Me=13.50 PSM=14.29	RP=73.50 Me=27.00 PSM=35.71	RP=51.46 Me=16.50 PSM=14.29	RP=91.46 Me=8.00 PSM=35.71
Hom/Priv/Mex (n= 16)	RP=66.81 Me=1.00 PSM=18.75	RP=65.28 Me=3.00 PSM=18.75	RP=63.19 Me=0.00 PSM=18.75	RP=61.25 Me=12.00 PSM=18.75	RP=113.47 Me=34.00 PSM=62.50	RP=69.94 Me=20.00 PSM=18.75	RP=98.44 Me=8.00 PSM=43.75
Hom/Priv/Mont (n= 43)	RP=87.30 Me=2.00 PSM=46.51	RP=68.38 Me=3.00 PSM=25.58	RP=91.33 Me=1.00 PSM=44.19	RP=74.30 Me=17.00 PSM=34.88	RP=125 Me=34.00 PSM=74.42	RP=82.58 Me=20.00 PSM=32.56	RP=104.37 Me=8.00 PSM=48.84
KRUSKAL WALLIS	37.91 *	41.48 *	29.78 *	39.03 *	3.32 *	25.41 *	26.2 *

Tabla 22. Comparación entre hombres y mujeres con sintomatología de trastorno alimentario provenientes de tres muestras universitarias respecto a los factores del EAT y el BULIT, utilizando las pruebas χ^2 de Kruskal-Wallis y de la Mediana. * $p \leq 0.0001$
 RP= Rango promedio, Me= Mediana, PSM= Porcentaje que supera la mediana,
 Muj= Mujeres, Hom= Hombres, Pub= Institución pública, Priv= Institución privada,
 Mex= México y Mont= Monterrey

En lo que se refiere a la Sobreingesta (SOB), ésta fue significativamente más elevada en los **grupos de institución privada (Cd. de México y Monterrey)**, esto respecto a los grupos de hombres de institución pública de México y mujeres de institución privada y pública de esta misma ciudad; sin embargo, los Sentimientos negativos posteriores a la ingesta (SENEG) son más predominantes en el grupo de **mujeres de institución privada de Monterrey**, seguidas del grupo de mujeres de institución privada de México; en tanto que los hombres de la Cd. de México (institución pública y privada) son los que experimentan menos sentimientos negativos. Por último, las **mujeres de institución privada de México** obtuvieron medianas significativamente mayores en cuanto a Conductas compensatorias (COCOM), contrariamente a las mujeres de institución privada de Monterrey. Finalmente, no se encontraron diferencias significativas en el factor PSP (EAT) y total del BULIT.

En cuanto al EDI, sólo se encontraron diferencias significativas en dos de sus factores: Insatisfacción corporal (IC), en donde las **mujeres de institución**

privada de Monterrey y pública de México obtuvieron medianas significativamente mayores (13.24, $p \leq 0.05$), sobre todo respecto al grupo de hombres de institución pública de México; y finalmente, los **hombres de institución privada (de las Cds. de México y Monterrey)** mostraron un excesivo Miedo a madurar (12.14, $p \leq 0.05$), contrariamente a las mujeres de estas mismas instituciones.

De acuerdo a los resultados, las mujeres de institución pública de México, se caracterizaron por una mayor restricción alimentaria, motivación para adelgazar, insatisfacción corporal, además de sentimientos negativos, pese a presentar bajos niveles de sobreingesta. En cuanto a las mujeres de institución privada de esta misma ciudad, se encontraron bajos niveles de miedo a madurar y sobreingesta, sin embargo, reportaron una práctica frecuente de conductas compensatorias. Con respecto a las mujeres de institución privada de Monterrey, se encontraron altos niveles de restricción alimentaria, motivación para adelgazar, preocupación por la comida, sentimientos negativos e insatisfacción corporal, acompañados de un bajo miedo a madurar.

Por otro lado, los hombres de institución privada de México se caracterizan por altos niveles de sobreingesta y miedo a madurar, además de una baja restricción alimentaria, motivación para adelgazar, preocupación por la comida y sentimientos negativos; de manera similar, los hombres de institución privada de Monterrey experimentan también altos niveles de sobreingesta y miedo a madurar, así como una baja motivación para adelgazar. Finalmente, se encontró que los hombres de institución pública de México presentan bajas medianas en todos los factores, particularmente en restricción alimentaria, preocupación por la comida, sobreingesta, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta e insatisfacción corporal.

DISCUSIÓN

1ª. FASE

Inicialmente, con base a los puntos de corte del EAT y del BULIT, observamos que en la muestra evaluada las mujeres presentaron una ligeramente mayor presencia de sintomatología de trastorno alimentario (26%) que los varones (21%). Esta tendencia es semejante a la reportada en el estudio de Mateo (2002), quien al aplicar el EAT y el BULIT encontró un 14.3% de ocurrencia de sintomatología en varones y de 20.5% en mujeres. Estos porcentajes, aunque menores a los observados en la presente investigación, confirman la tendencia de distribución de acuerdo al sexo, sin embargo, la marcada diferencia de porcentajes entre un estudio y otro podría explicarse por el hecho de que la muestra de Monterrey residiera en el campus lo que podría modificar su estilo de vida, incluyendo sus hábitos alimentarios, su entorno familiar y percepción de sí mismo.

Por otro lado, los resultados de la presente investigación indican que entre las mujeres destacó la sintomatología mixta (10%) y la anoréxica (5%), mientras que en los varones lo fue la bulímica (17%). Difiriendo esto particularmente respecto a los resultados de Mito *et al.* (2002) quienes, al trabajar con una muestra de jóvenes italianos, si bien también hallaron una mayor incidencia de sintomatología en mujeres (20%) que en hombres (3%), específicamente en mujeres el 16% de sintomatología anoréxica y el 0.3% de sintomatología bulímica en hombres, dichos porcentajes —sobre todo en el caso de estos últimos— son sustancialmente menores a los aquí encontrados. Asimismo, esto se observó para el caso del estudio de Vázquez, Fuentes, Báez, Alvarez y Mancilla (2002), quienes por medio del EAT encontraron en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de México una ocurrencia de sintomatología del 11.8% en mujeres y del 2% en varones.

Sin embargo, la disparidad entre los datos de Mito *et al.* (2002) y de Vázquez *et al.* (2002) respecto a los de la presente investigación, puede ser consecuencia de los instrumentos utilizados, ya que los datos reportados por Mito *et al.* y Vázquez *et al.* fueron recabados únicamente a través del EAT-40, por lo que debe considerarse la posibilidad de que dado que este instrumento sólo cuenta con un factor para evaluar bulimia, se hallan dejado de lado algunos casos con este tipo de sintomatología, es decir, que haya sido subestimada. Hecho importante si consideramos que, de acuerdo a la literatura (Nielsen, 1990; Lucas *et al.*, 1991; Toro, 1996; Buhrich, 1981; Fombonne, 1996; Taraldsen *et al.*, 1996; Stein *et al.*, 1997; Mancilla *et al.*, 1999; Alvarez, Escarria *et al.*, 2000; Ghaderi y Escott, 2001; Alvarez *et al.*, 2001; Westenhoefer, 2001), la anorexia nerviosa y/o su sintomatología es prácticamente inexistente entre varones, aunque no así la bulimia nerviosa o su sintomatología.

Particularmente, en las mujeres —tomando en cuenta las puntuaciones promedio en el EAT— se corroboró la presencia de una mayor sintomatología de anorexia nerviosa, sobre todo a partir de mayor motivación para adelgazar y restricción alimentaria; mientras que en el caso de la sintomatología de bulimia nerviosa —evaluada por medio del BULIT— se observó que sólo se caracterizaron por mayores sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta. Sin embargo, como lo han mencionado ciertos autores (Sánchez, 2001; Garduño y Nieto, 2002), es conveniente mantener reservas respecto a este último dato, ya que dichos sentimientos negativos podrían experimentarse ante una sobreingesta subjetiva —recordemos que las mujeres aquí evaluadas no se caracterizaron por la sobreingesta pero sí por la restricción alimentaria—, es decir que aún cuando una persona consuma una pequeña cantidad de alimento puede percibirla y, por tanto, concebirla como sobreingesta, por considerarla consecuencia de la pérdida de control, ocasionándole esto posteriores sentimientos de malestar o culpa.

Contrariamente, los hombres evaluados se caracterizaron únicamente por reportar significativamente mayor sobreingesta, aunque aquí cabe destacar que

—paradójicamente— experimentaron menores sentimientos negativos posteriores que las mujeres. Estos datos son compatibles a lo encontrado por Guadarrama, Alvarez y Valdéz (2002) quienes, en estudiantes residentes en la ciudad de Toluca, encontraron que los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta fueron característicos de las mujeres de su muestra, en tanto que la sobreingesta y las conductas compensatorias estaban significativamente más presentes entre los varones. No obstante, es importante notar que en la presente investigación —en contraste con la de Guadarrama *et al.*— no se registró diferencia significativa por género respecto a las conductas compensatorias, y recordemos que los varones no se caracterizaron por la motivación para adelgazar o la restricción alimentaria, por tanto, aquí parece observarse que en cuanto a hombres y mujeres de muestras comunitarias las conductas compensatorias no parecen figurar como un componente de trastorno alimentario característico de los jóvenes evaluados.

Por otro lado, respecto a los factores cognitivos evaluados por el EDI, en las mujeres sobresalió la insatisfacción corporal, mientras que en los hombres lo fue el miedo a madurar; en tanto que el resto de los factores no reportaron diferencias significativas por género. Respecto a las mujeres, esto confirma —parcialmente— lo ya reportado por Guadarrama *et al.* (2002) en cuanto a que éstas se caracterizan por mayor insatisfacción corporal, y en el caso de los varones, predomina el miedo a madurar; sin embargo, no se coincide con dichos autores en cuanto a que las mujeres presentan además mayor inefectividad y de déficit en la identificación interoceptiva.

Por otro lado, de acuerdo al análisis correlacional realizado en la presente investigación, se observó —tanto en hombres como en mujeres— que a mayor motivación para adelgazar fue también mayor la sintomatología bulímica y, particularmente, la sobreingesta y los sentimientos negativos posteriores; sin embargo, cabe resaltar que dichas asociaciones fueron de mayor magnitud en el caso de las mujeres, además en éstas se observó que a mayor sintomatología anoréxica, restricción alimentaria y preocupación por la comida también fue mayor

la sintomatología bulímica, especialmente la sobreingesta y los sentimientos negativos posteriores. Finalmente, en cuanto a los factores cognitivos, exclusivamente en las mujeres se observó que a mayor insatisfacción corporal también lo fue la sintomatología anoréxica, particularmente la motivación para adelgazar y la restricción alimentaria. Coincidiendo así parcialmente con los hallazgos de Mateo *et al.* (2001), quienes respecto a las mujeres encontraron que además de la insatisfacción corporal dichas asociaciones se ampliaban incluyendo al déficit en la identificación interoceptiva y el perfeccionismo. En cuanto al grupo de hombres, sólo se coincidió con lo reportado por estos autores respecto a que a mayor motivación para adelgazar fue también mayor la sobreingesta, sin embargo —a diferencia de Mateo *et al.*—, en este estudio no se encontraron asociaciones relevantes entre los factores cognitivos evaluados y los componentes específicos de trastorno alimentario, ya que si bien se observaron ciertas asociaciones significativas, todas fueron excesivamente débiles ($r^2 < 0.30$).

Posteriormente, al considerar además —como variable de agrupación— el tipo de institución educativa, observamos que la sintomatología de trastorno alimentario estuvo más presente en mujeres (29%) y hombres (26%) de institución privada, sobre todo la sintomatología bulímica (13% y 20%, respectivamente); mientras que en el caso de las sintomatologías anoréxica y mixta, éstas se presentaron en mayor medida en los dos grupos de mujeres, tanto de institución pública (5% y 8%, respectivamente) como privada (6% y 11%, respectivamente); esto difiere con lo observado por Uribe (2000) en cuanto a que la sintomatología anoréxica fue más frecuente en las mujeres de institución privada. Mientras que en el caso de los varones, encontramos que sólo el 1% —independientemente del tipo de institución— presentó sintomatología anoréxica por lo que se confirma lo mencionado por la literatura en cuanto a que ésta es prácticamente inexistente en varones (Buhrich, 1981; Lucas *et al.*, 1991; Alvarez, Escarria *et al.*, 2000).

Asimismo, a partir de la comparación entre grupos se confirmó que las mujeres —independientemente del tipo de institución de procedencia— se

caracterizaron por una mayor sintomatología anoréxica. Sin embargo, de forma particular las de institución privada se caracterizaron por mayor restricción alimentaria, motivación para adelgazar y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta; mientras que en las de institución pública predominó la presión social percibida porque incrementaran su peso corporal o su ingestión de alimento. Mientras que en el caso de los varones de la presente investigación, sólo los de institución privada se caracterizaron por una mayor sintomatología bulímica, específicamente la sobreingesta lo que podría atribuirse a las características particulares de la muestra.

Lo antes referido respecto a las mujeres coincide parcialmente con lo observado por Uribe (2000), quien si bien encontró que efectivamente las jóvenes estudiantes de instituciones privadas de la Ciudad de México se caracterizan por estar más motivadas para adelgazar, por realizar mayor dieta restrictiva y por experimentar mayores sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, esta autora no encontró que difirieran de las estudiantes de instituciones públicas en cuanto a la presión social percibida.

Respecto a los factores cognitivos, las mujeres —tanto de institución pública como privada— se caracterizaron por una mayor insatisfacción corporal, acompañada —en el caso de las primeras— de la desconfianza interpersonal y el perfeccionismo, y en el de las segundas por una mayor inefectividad. Dato interesante si se toma en cuenta que el perfeccionismo se considera un rasgo más característico de la anorexia nerviosa (Hewitt, Flett y Ediger, 1995; Halmi, Sunday, Strober, Kaplan, Woodside, Fitcher, Treasure, Berrettini y Kaye, 2000), además de que se le puede considerar como el factor opuesto a la inefectividad, que de acuerdo a Cloninger (1987) pareciera ser un rasgo preferentemente bulímico; sin embargo, cabe indicar que otros autores disienten de Cloninger al considerar que el perfeccionismo no es exclusivo de la anorexia nerviosa (Vohs, Bardone, Joiner y Abramson, 1999, cit. en Shafran y Mansell, 2001). Lo que entonces podría llevar a hipotetizar que la presencia de estos dos factores (perfeccionismo e inefectividad)

podría atribuirse más a cuestiones relativas al nivel socioeconómico, ya que como mencionan ciertos autores (Sorosky, 1988; Guillemot y Laxenaire, 1994), las expectativas tanto personales como profesionales suelen ser mayores en los estratos económicos altos, lo que quizá contribuya a una mayor sensación de ineffectividad.

Por otro lado, los hombres de institución privada se caracterizaron por mayor desconfianza interpersonal, ineffectividad, miedo a madurar y perfeccionismo. Por tanto, cabe destacar que los varones de institución privada, se caracterizaron por un mayor número de rasgos cognitivos respecto al resto de los grupos, coincidiendo con Mateo *et al.* (2001) en cuanto a que en la mujer los trastornos alimentarios parecen asociarse más con la estética corporal, no así en los varones, en quienes la manifestación de síntomas de trastorno alimentario parece asociarse principalmente con problemas de tipo emocional.

Hasta aquí se ha observado que entre el sexo femenino predominaron las sintomatologías anoréxica y mixta, mientras que en el masculino lo fue la bulímica; aunque de acuerdo al tipo de institución, si bien se confirmó que la sintomatología anoréxica predominó en las mujeres independientemente del tipo de institución, en cambio, la de tipo bulímico caracterizó a los jóvenes de institución privada, independientemente del género; contrario a lo indicado por Fombonne (1996) y Groos y Rosen (1998), quienes reportan una mayor incidencia de bulimia en mujeres que en hombres, incluso el primero indica una proporción de 3 a 1.

Sin embargo, al tomar en cuenta la ciudad de procedencia, se observó que quienes tuvieron mayor sintomatología de trastorno alimentario fueron específicamente las mujeres de institución privada de la ciudad de México (38.1%) y los hombres de institución privada de la ciudad de Monterrey (36.8%), mientras que la menor presencia se observó en los hombres de la ciudad de México (pública 11% y privada 16%).

Particularmente, la sintomatología anoréxica caracterizó a las mujeres no importando la ciudad de procedencia ni tipo de institución, en tanto que la bulímica si se presentó en función del tipo de institución —predominando en el de tipo privada—, mientras que la sintomatología mixta predominó entre los jóvenes —de ambos sexos— evaluados de la ciudad de Monterrey.

Es importante destacar lo observado en la muestra de Monterrey ya que en el caso de las mujeres se observó una mayor ocurrencia de sintomatología mixta, lo que tal vez podría ser indicador de una mayor probabilidad de la presencia de trastorno alimentario; mientras que en el caso de los hombres es también de llamar la atención la predominancia de sintomatología bulímica. Estos datos podrían atribuirse, por un lado, al hecho de que la muestra habita dentro del campus estudiantil, es decir, que pueden tener mayor posibilidad de involucrarse en la práctica de atracones y conductas compensatorias.

Por otra parte, considerando las puntuaciones promedio en los instrumentos, se observó que efectivamente la sintomatología anoréxica predominó en el género femenino, particularmente en las mujeres de institución pública de la ciudad de México; mientras que la presencia de sintomatología bulímica coincide parcialmente con lo ya antes mencionado, ya que si bien estuvo presente particularmente en mujeres de institución privada de la ciudad de México y en hombres de la ciudad de Monterrey, esto no se dio en sus respectivas contrapartes.

Específicamente la motivación para adelgazar caracterizó a las mujeres de instituciones privadas; la presión social percibida se presentó sobre todo en las mujeres de la ciudad de México, independientemente del tipo de institución; en tanto que la preocupación por la comida caracterizó a las muestras de la ciudad de Monterrey; y contrario a lo esperado, la restricción alimentaria se presentó en mujeres de ambas instituciones privadas y en hombres de este mismo tipo de institución de la ciudad de Monterrey, pero no en mujeres de institución pública.

Respecto a la sobreingesta, ésta se presentó únicamente en el grupo de mujeres de institución privada de la ciudad de México y hombres de institución privada de la ciudad de Monterrey; en tanto que los sentimientos negativos posteriores a ella se presentaron, además de en estos mismos grupos, en el grupo de mujeres de institución privada de la ciudad de Monterrey; finalmente, en el caso de las conductas compensatorias éstas únicamente fueron características del grupo de mujeres de institución privada de la ciudad de México. Considerando lo anterior, cabe destacar la presencia de la restricción alimentaria en la sintomatología bulímica en varones ya que éste es un factor que —de acuerdo a la literatura— se da con mayor frecuencia en la sintomatología anoréxica, por lo que resulta interesante proponerlo como tema para futuras investigaciones tomando en cuenta la importancia que dicho factor pudiera tener en el diagnóstico de sintomatología bulímica en varones.

Por otro lado, en cuanto a los factores cognitivos evaluados, se confirma lo mencionado por la literatura (Guadarrama *et al.* 2002 y Alvarez *et al.* en prensa) en cuanto a que la insatisfacción corporal es más característica del género femenino; mientras que el miedo a madurar lo fue del género masculino, particularmente de los de institución privada; en tanto que el resto de los factores no parece ser característico de algún género, tipo de institución o ciudad de procedencia, en particular; sin embargo debe considerarse el hecho de que este estudio no contó con población de institución pública de la ciudad de Monterrey, por lo que no puede tenerse un panorama completo a este respecto.

2ª Fase

Al hacer las comparaciones entre los grupos con sintomatología (mujeres y varones) y sus contrapartes, se confirmó que los primeros reportaron puntuaciones significativamente mayores en cuanto al total del EAT, del BULIT y cada uno de sus factores, respecto a ambos grupos control. Sin embargo, entre los dos grupos con sintomatología se detectaron ciertas diferencias. Así, la

sintomatología anoréxica se presentó sobre todo en las mujeres, caracterizándose por mayores: restricción alimentaria, motivación para adelgazar, preocupación por la comida y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta; coincidiendo parcialmente con los hallazgos de Vázquez *et al.* (2002) quienes utilizando el EAT y el CIMEC reportaron la presencia de estos mismos factores. En contraparte, los hombres se caracterizaron por presentar mayor sintomatología bulímica, particularmente sobreingesta y conductas compensatorias. Finalmente, cabe señalar que la presión social percibida respecto a la deseabilidad de que incrementen su ingesta o peso corporal no difirió entre hombres y mujeres con sintomatología.

Por otro lado, al tomar en cuenta los factores cognitivos, nuevamente se observó que —en todos los factores— ambos grupos con sintomatología obtuvieron puntuaciones significativamente mayores a las de los dos grupos control. No obstante, las mujeres con sintomatología se caracterizaron por mayor desconfianza interpersonal e insatisfacción corporal; en tanto que los varones lo estuvieron por mayor miedo a madurar; coincidiendo parcialmente con Guadarrama *et al.* (2002) quienes también encontraron al miedo a madurar como un rasgo característico de los varones. Cabe indicar que ambos grupos con sintomatología de trastorno alimentario compartieron altos niveles de ineffectividad y déficit en la identificación interoceptiva.

Posteriormente, a partir del análisis correlacional, se observó que —en general— al aumentar los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta aumentaba la motivación para adelgazar, no importando la presencia o ausencia de sintomatología ni el género. En tanto que una asociación característica de ambos grupos control es la existente entre la sintomatología bulímica y la motivación para adelgazar. Contrariamente, ambos grupos de mujeres se caracterizaron porque a mayores sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta fue también mayor la restricción alimentaria, esto independientemente de la presencia o ausencia de sintomatología. Pero,

particularmente en el grupo de mujeres con sintomatología a mayores sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta fueron también mayores la restricción alimentaria, la preocupación por la comida y la motivación para adelgazar, aunque —paralelamente— el incremento en esta última se relacionó a la disminución de las conductas compensatorias y, de igual manera, al aumentar la sobreingesta disminuye la presión social percibida porque incrementen su ingesta o peso corporal. Por otra parte, es importante destacar que en cuanto al grupo de hombres con sintomatología, no se encontraron correlaciones significativas entre el EAT y el BULIT, esto podría atribuirse a que —de acuerdo a la literatura (Mateo *et al.*, 2002)— la sintomatología de trastorno alimentario en varones se relaciona principalmente con factores emocionales.

Por otro lado, con lo que respecta a los dos grupos control, en las mujeres se observó que a mayores sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, fueron mayores la restricción alimentaria y la motivación para adelgazar, asimismo, el aumento en esta última también se relacionó con una mayor presencia de sintomatología bulímica. En tanto que en los hombres control, a mayor sintomatología bulímica y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta fue también mayor la motivación para adelgazar.

Considerando los factores cognitivos, se puede decir que un rasgo característico de las mujeres —independientemente de la existencia de sintomatología— fue la asociación de los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta con la insatisfacción corporal; mientras que en el grupo de hombres con sintomatología se podría corroborar lo mencionado con anterioridad, ya que la restricción alimentaria fue un factor característico de los hombres con sintomatología bulímica (predominante en este género) y, recordemos, la inefectividad es un factor característico de este trastorno.

Por último, al hacer las comparaciones entre grupos con sintomatología tomando en cuenta las variables género, tipo de institución y ciudad de

procedencia, se confirmó que la sintomatología anoréxica —en general— caracterizó a las mujeres evaluadas, pero particularmente a aquellas jóvenes de institución pública de la ciudad de México y privada de la ciudad de Monterrey, sobresaliendo en las primeras la motivación para adelgazar y en las segundas la restricción alimentaria, la motivación para adelgazar, la preocupación por la comida y los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, en tanto que las mujeres de institución privada de la ciudad de México únicamente se caracterizaron —respecto a los dos grupos antes señalados— por la mayor práctica de conductas compensatorias. Es conveniente mencionar que mientras que las mujeres de institución pública de la ciudad de México se caracterizan únicamente por motivación para adelgazar, en las de instituciones privadas de la ciudad de Monterrey y México se observan además prácticas orientadas a la pérdida de peso, por lo que estarían en mayor riesgo de presentar un trastorno alimentario.

En tanto que de los grupos de varones con sintomatología, los de institución privada de la ciudad de Monterrey se caracterizaron por presentar más sobreingesta y conductas compensatorias; datos similares a los encontrados por Mateo *et al.* (2002) quien trabajó con jóvenes estudiantes de la ciudad de México. Llama la atención que aunque si bien en nuestra investigación no se encontraron estos mismos resultados, los rasgos sobreingesta y conductas compensatorias pueden considerarse característicos de los grupos de varones con sintomatología.

Finalmente, en cuanto a los factores cognitivos, la insatisfacción corporal fue más característica de las mujeres con sintomatología provenientes de institución privada de Monterrey y pública de México. Mientras que el mayor miedo a madurar destacó entre los varones de institución privada, tanto de la ciudad de México como de Monterrey.

CONCLUSIONES

♣ Se presentó una mayor ocurrencia de sintomatología de trastorno alimentario en mujeres, particularmente mixta (10%) y anoréxica (5%). En varones se presentó una mayor proporción de sintomatología bulímica (17%), mientras que la de anorexia fue prácticamente inexistente.

♣ Las mujeres se caracterizaron por mayor: motivación para adelgazar, restricción alimentaria, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta e insatisfacción corporal. En el caso de los varones, por la sobreingesta y el miedo a madurar.

♣ En las mujeres se encontró que a mayor sintomatología de bulimia nerviosa, particularmente sobreingesta y sentimientos negativos posteriores a ella, se registró mayor sintomatología de anorexia nerviosa, particularmente restricción alimentaria, preocupación por la comida y motivación para adelgazar; además de que a mayor insatisfacción corporal, se encontró mayor sintomatología de anorexia nerviosa, motivación para adelgazar y restricción alimentaria.

♣ En varones se encontró que a mayor motivación para adelgazar fue también mayor la sintomatología de bulimia nerviosa, particularmente sobreingesta y sentimientos negativos posteriores a ella; sin embargo, no se encontró ninguna asociación entre componentes específicos de trastorno alimentario con los factores cognitivo-conductuales.

♣ Considerando el tipo de institución educativa, la sintomatología de trastorno alimentario se presentó en mayor medida en las mujeres (31%) y hombres (26%) de instituciones privadas. Particularmente, la sintomatología bulímica ponderó en las mujeres y los varones de institución privada (14% y 20% respectivamente),

mientras que la presencia de las sintomatologías anoréxica y mixta se presentaron de forma semejante en ambos tipos de institución.

♣ Las mujeres de institución privada se caracterizaron por presentar mayores: restricción alimentaria, motivación para adelgazar, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, insatisfacción corporal e inefectividad. En tanto que las de institución pública, se caracterizaron por presentar mayor presión social percibida, insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal y perfeccionismo.

♣ Los varones de institución privada se caracterizaron por presentar mayores: sintomatología bulímica –particularmente sobreingesta– desconfianza interpersonal, inefectividad, miedo a madurar y perfeccionismo. Cabe señalar que los varones de institución pública no destacaron respecto a ninguna de las variables evaluadas.

♣ Tomando en cuenta la ciudad de procedencia, los grupos con mayor sintomatología de trastorno alimentario fueron las mujeres de institución privada de la ciudad de México (38.1%) y los varones de institución privada de la ciudad de Monterrey (36.8%).

♣ Ambos grupos con sintomatología de trastorno alimentario (mujeres y varones) se diferenciaron en cuanto a los factores del EAT y el BULIT. Las mujeres se caracterizaron por mayor sintomatología anoréxica, particularmente restricción alimentaria, motivación para adelgazar, preocupación por la comida y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta; en tanto que los varones por mayor sintomatología bulímica, y específicamente por sobreingesta y conductas compensatorias.

♣En cuanto a los factores cognitivo-conductuales, sólo cuatro de ellos diferenciaron entre los grupos con sintomatología y los control, siendo: desconfianza interpersonal, insatisfacción corporal, ineffectividad e identificación interoceptiva, esto en razón de que el perfeccionismo no diferenció entre los grupos y a que el miedo a madurar sólo fue significativamente mayor en el caso de los varones con sintomatología de trastorno alimentario. Asimismo, cabe indicar que la insatisfacción corporal fue más característica de las mujeres con sintomatología que de su contraparte masculina.

Por otro lado, algunas de las limitaciones del presente estudio son:

♣La presente investigación no respondió a un diseño balanceado, ya que en nuestro estudio no se consideraron a muestras provenientes de instituciones educativas públicas de la ciudad de Monterrey.

♣Si bien los tres instrumentos empleados en este estudio han sido validados para población femenina mexicana y adaptados para población masculina por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la FES Iztacala, estos aún no han demostrado ser confiables y válidos para su aplicación en varones, lo que sin duda tiene implicaciones sobre los datos generados. Por ejemplo, de acuerdo a la literatura la insatisfacción corporal en los varones parece estar más orientada a la posesión de un cuerpo atlético o musculoso que a la de un cuerpo delgado –como si es en el caso de las mujeres–, por tanto, la valoración del malestar o insatisfacción corporal podría complementarse con otros indicadores, como puede ser su asociación con el Índice de masa corporal (IMC) o determinación de Figura ideal por señalamiento de imágenes, esto como un recurso para identificar si específicamente la insatisfacción corporal responde a cuerpos delgados que desean aumentar su musculatura, o bien, a cuerpos con sobrepeso que busquen disminuir su peso pero no su masa corporal.

♣ Si bien el tipo de institución educativa de procedencia (pública o privada) puede ser un indicador del nivel socioeconómico, éste es demasiado grueso, por tanto, se sugiere que futuras investigaciones implementen una valoración más precisa de esta variable. Esto con el fin de poder estudiar de forma más precisa si es que en México esta variable ejerce un papel importante en su relación con los trastornos alimentarios.

♣ Este estudio sólo se abocó a estudiantes residentes en dos ciudades de México, que si bien estas dos grandes ciudades pueden ser representativas a su vez de dos zonas geográficas del país (Norte y Centro), resulta evidente la pertinencia de incluir población de otra ciudad que pueda representar la zona sur o sureste del país. Para con ello, inicialmente explorar si es que la distribución geográfica del país –variable obviamente asentada en factores económicos, sociales y culturales– puede estar marcando tendencias diferentes en lo que a las psicopatologías alimentarias refiere.

♣ Considerando a la población que de acuerdo a la literatura se encuentra en alto riesgo, se sugiere ampliar el rango de edad de la muestra tomando en cuenta a adolescentes.

REFERENCIAS

- Alvarez, R.G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Alvarez, R.G., Franco, P.K., Vázquez, A.R., Escarria, R.A., Haro, H.M. y Mancilla, D.J.M. (en prensa). Sintomatología de trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes de la Cd. de Monterrey. Psicología y Salud.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M. y Vázquez, A.R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). Psicología Contemporánea, 7(1), 74-85.
- Alvarez, R.G., Vázquez, A.R., Mancilla, D.J.M. y Gómez, P.G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. Revista Mexicana de Psicología, 19(1) 47-56.
- Alvarez, R.G., Vázquez, A.R., Uribe, G.T. y Mancilla, D.J.M. (2001, noviembre). Caracterización de actitudes alimentarias y componentes de trastorno alimentario en estudiantes mexicanas. Trabajo presentado en el XIX Congreso Nacional de Investigación Biomédica. Monterrey, Nvo. León.
- Alvarez, T.D., Franco, P.K., Mancilla, D.J.M., Alvarez, R.G. y López, A.X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. Psicología Contemporánea, 7(1), 26-35.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R). Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos alimentarios (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Andersen, A. (2001). The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession. American Journal of Psychiatry, 158(11), 1947-1948.
- Anstine, D. y Grinenko, D. (2000). Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. Journal of Adolescent Health, 26, 338-342.
- Buhrich, N. (1981). Frequency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. Australia and New Zealand Journal of Psychiatry, 15, 153-155.

- Carlat, D.J. y Camargo, C.A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. American Journal of Psychiatry, 148, 831-843.
- Carlat, D.J., Camargo, C.A. y Herzog, D.B. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. American Journal of Psychiatry, 154(8), 1127-1132.
- Casullo, M.M., González, B.R. y Sifré, S. (2000). Factores de riesgo asociados y comportamientos alimentarios. Psicología Contemporánea, 7(1), 66-73.
- Childress, C.A., Brewerton, T.D., Hodges, E.L. y Jarrell, M.P. (1993). The kids eating disorders survey (KEDS): A study of middle school students. Child and Adolescent Psychiatry, 32(4), 843-850.
- Chinchilla, A. (1994). Anorexia y bulimia nerviosa. Madrid: Ergon.
- Cía, H.A. (1995). Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados. Buenos Aires: Ateneo.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Archives General of Psychiatry, 44, 573-588.
- Crispo, R., Figueroa, G. y Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. España: Gedisa.
- Crosscope-Happel, C., Hutchins, D.E., Getz, H.G. y Hayes, G.L. (2000). Male anorexia nervosa: A new focus. Journal of Mental Health Counseling, 22(4), 365-370.
- Dancyger, I.F. y Garfinkel, P.E. (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders, to anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychological Medicine, 25, 1019-1026.
- Eagles, J.M., Johnston, M.I., Hunter, D., Lobban, M. y Millar, R. (1995). Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of Northeast Scotland. American Journal of Psychiatry, 152(9), 1266-1271.
- Engström, I. y Norring, C. (2002). Estimation of the population "at risk" for eating disorders in a non-clinical Swedish sample: A repeated measure study. Eating and Weight Disorders, 7(1), 45-52.

- Fombonne, E. (1996). Is bulimia nervosa increasing in frequency?. International Journal of Eating Disorders, 116, 462-471.
- Garduño, D.I. y Nieto, G.M. (2002). Imagen corporal en mujeres mexicanas pertenecientes a tres grupos de edad: Un estudio exploratorio. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Edo. de México, México.
- Garfinkel, P.E. y Kaplan, A.S. (1995, abril). Psychopathology and the eating disorders. Comunicación presentada en las Jornadas sobre Psicología Clínica y Salud. Murcia, España.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An Index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273-279.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports, 47, 483-491.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 15-34.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P., Polivy, J. y Garfinkel, P.E. (1984). Comparison between weight preoccupied women. Psychological Reports, 47, 483-491.
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 104(2), 122-130.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. y Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino. Psicología Contemporánea, 7(1), 4-15.
- Greenberg, D.R. y La Porte, D.J. (1996). Racial differences in body type preferences of men for women. International Journal of Eating Disorders, 19(3), 275-278.
- Gross, J. y Rosen, J.C. (1998). Bulimia in adolescents: Prevalence and psychosocial correlates. International Journal of Eating Disorders, 7(1), 51-61.

- Guadarrama, G.R., Alvarez, R.G. y Valdéz, J.L. (2002, octubre). Bulimia y anorexia en hombres y mujeres. Trabajo presentado en el X Congreso Mexicano de Psicología. Acapulco, México.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura. España: Masson.
- Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. y Kaye, W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. American Journal of Psychiatry, *157*(11), 1799-1805.
- Hausenblas, H.A., Symons, D., Fleming, D.S. y Connaughton, D.P. (2002). Body image in middle school children. Eating and Weight Disorders, *7*, 244-248.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill
- Hewitt, P.L., Flett, C.L. y Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-representation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. International Journal of Eating Disorders, *18*, 317-326.
- Higashida, H.B. (1991). Ciencias de la salud. México: Mc Graw-Hill.
- Hsu, L.K. (1990). Eating disorders. New York: Guilford.
- Jones, J.M., Bennett, S., Olmsted, M.P., Lawson, M.L. y Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: A school-based study. Canadian Medical Association Journal, *165*(5), 547-552.
- Kendell, R.E., Hall, D.J., Hailey, A. y Babigan, H.M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. Psychological Medicine, *3*, 200-203.
- Leit, R.A., Pope, H.G. y Gray, J.J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of playgirl centerfolds. International Journal of Eating Disorders, *29*, 90-93.
- Levine, P.M. y Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The sample of early adolescence. En: J.H. Crowther, D.L. Tennebaum, S.E. Hobfoll y M.P. Stephens. (Eds.). The

etiology of bulimia nervosa. (pp. 59-80). New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Moerk, K.C. y Striegel-Moore, R.H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. International Journal of Eating Disorders, 32(4), 426-440.

Lucas A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M. y Kurkland, L.T. (1991). 50-Year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester Minnesota: A population based study. American Journal of Psychiatry, 151, 82-83.

Mancilla, D.J., Mercado, G.L., Manríquez, R.E., Alvarez, R.G., López, A.X. y Román, F.M.(1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Revista Mexicana de Psicología, 16(1), 37-46.

Mateo, G.C. (2002). Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastorno alimentario y sus factores asociados. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Edo. de México, México.

Mateo, G.C., Vázquez, A.R., Alvarez, R.G., Franco, P.K., López, A.X. y Mancilla, D.J.M. (2001, abril). Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastornos alimentarios y sus trastornos asociados. Trabajo presentado en el XIX Congreso Nacional: Clínica y Educación en la Salud Comunitaria. Edo. de México, México.

McCabe, M.P. y Ricciardelli, L.A. (2001). Body image and body change techniques among young adolescent boys. European Eating Disorders Review, 9(5), 335-347.

Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., Rossi, M. y Preti, A. (2002). Social desirability and eating disorders: A community study of an Italian school-age sample. Acta Psychiatrica Scandinavica, 105(5), 372-377.

Morandé, G., Celada, J. y Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school age population. Journal of Adolescent Health, 24, 212-219.

Mukai, T., Kambara, A. y Sasaki, Y. (1998). Body dissatisfaction, need for social approval, and eating disturbances among Japanese and American college women. Sex Role, 39(9/10), 751-763.

- Nakamura, K., Hoshino, Y., Watanabe, A., Honda, K., Niwa, S., Tominaga, K., Shimai, S. y Yamamoto, M. (1999). Eating problems in female Japanese high school students: A prevalence study. International Journal of Eating Disorders, 26, 91-95.
- Neumark-Sztainer, D. y Hannan, P. (2000). Weight-related behaviors among adolescents girls and boys: Results from a national survey. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 154(6), 569-577.
- Nielsen, S. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: A nation wide register study of psychiatric admissions. Acta Psiquiátrica Scandinávica, 81, 507-514.
- Nieves, V.G. (1998). El cuerpo, ¿culto o tiranía?. Psicothema, 10(1), 111-125.
- Olivardia, R., Pope, H., Mangweth, B. y Hudson, J.I. (1995). Eating disorders in college men. American Journal of Psychiatry, 152(9), 1279-1285.
- Parra, M.A. y Solano P.N. (1997). Trastorno de alimentación: Anorexia y bulimia nerviosa. Revista Electrónica de Psicología, 1(1), 1-27.
- Patton, G.C. (1988). The spectrum of eating disorders in adolescence. Journal of Psychosomatic Research, 32, 579-584.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel P.E., Kennedy, S.H. y Broulliete, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. International Journal of Eating Disorders, 7, 580-599.
- Pope, H.G., Olivardia, R., Gruber, A. y Borowieki, J. (1999). Envolving ideals of male body as seen through action toys. International Journal of Eating Disorders, 26, 65-72.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 635-644.
- Raich, R.M. (1994). Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Ricciardelli, L.A., Williams, R.J. y Kiernan, M.J. (1999). Bulimic symptoms in adolescent girls and boys. International Journal of Eating Disorders, 26, 217-221.

- Rodríguez, M.C., Riquelme, A. y Buendía, J. (1996). Epidemiología de la anorexia nerviosa: Una revisión. Anales de Psiquiatría, 12(6), 262-269.
- Sánchez, F. (2001). Aspectos cognitivos y conductuales relacionados a los trastornos alimentarios en una población de danza. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Edo. de México, México.
- Saucedo, M.T. (2003). Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Ciudad de México, México.
- 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.
- Smith, M.C. y Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(5), 863-872.
- Sorosky, A. (1988). Un panorama de los trastornos en la alimentación. En: S. Feinstein y A. Sorosky. (Comps.). Trastornos en la alimentación. (pp. 11-22). Argentina: Nueva Visión.
- Stein, D., Meged, S., Bar-hanin, T., Blank, S., Elizur, A. y Weizman, A. (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(8), 116-1123.
- Szekely, B.C., Raffled, P.C. y Snodragss, G. (1989). Anonymity, sex and weight-preoccupation as variables on the eating disorders inventory with normal college students. Psychological Reports, 65, 795-800.
- Szmukler, G., McCance, C., McCrone, L. y Hunter D. (1986). Anorexia nervosa: A psychiatric case register study from Aberdeen. Psychological Medicine, 16, 49-58.
- Taraldsen, K.W., Eriksen, L. y Götestam, K.G. (1996). Prevalence of eating disorders among Norwegian women and men in a psychiatric outpatient unit. International Journal of Eating Disorders, 20, 185-190.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.

- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Turón, B. J. (1997). Trastornos de la alimentación. España: Masson.
- Uribe, G.T. (2000). Identificación de las actitudes alimentarias y síntomas de trastorno aliemnatrio en estudiantes mexicanas. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Edo. de México, México.
- Vázquez, A.R., Fuentes, T.S., Báez, R.M., Alvarez, R.G. y Mancilla, D.J.M (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. Psicología y Salud, 12(1), 73-82.
- Westenhofer, J. (2001). Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. International Journal of Eating Disorders, 29, 477-481.
- Willi, J. y Grossmann, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. American Journal of Psychiatry, 140, 564-567.