



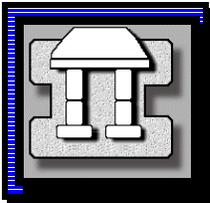
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**" CONSISTENCIA INTERNA Y ESTRUCTURA
FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE INFLUENCIAS DEL
MODELO ESTÉTICO CORPORAL (CIMEC), EN
HOMBRES MEXICANOS"**

REPORTE D E INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

GEORGINA VELÁZQUEZ ARRIAGA

DIRECTORA: DRA. ROSALIA VÁZQUEZ ARÉVALO
ASESORES: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN
DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
PAPIIT IN301901



Tlalnepantla, Estado de México, Octubre 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.

AGRADECIMIENTOS

*A mis padres por haberme apoyado incondicionalmente durante todo este tiempo y creer que puedo hacer todo lo que yo me proponga. Los quiero mucho y este trabajo es para ustedes. **Gracias papás: Juanita y Jorge.***

*A mis hermanos por apoyarme y ayudarme en lo que necesito, sin ustedes este trabajo no existiría. Esperó que sigamos tan unidos como siempre. **Gracias: Nancy, Rubén y Luis.***

*A tí por estar siempre conmigo, por darme la vida y darme todos los elementos para disfrutarla. **Gracias Dios.***

*A mis amigas **Adriana, Miriam y Jessika** por los momentos inolvidables, por su confianza y su apoyo. **Gracias.***

*A mis compañeros y en especial a mis amigos de la carrera, por confiar en mí y apoyarme en las buenas y en las malas. **Gracias Helena, César, Yareli y Laura***

*A los chicos que participaron en la presente investigación, ya que sin nada a cambio contestaron los cuestionarios. **Gracias.***

*A mis asesores y suplentes **Juan Manuel, Gina, Xóchitl y EricK**, por sus sugerencias para que este trabajo fuera mejor. **Gracias.***

*A mi asesora **Rosalía** porque desde que te conozco creíste en mí como estudiante y porque más que nadie creyó en la importancia de este trabajo. **Gracias.***

*A todas las personas que trabajan y colaboran en el proyecto de investigación en nutrición, ya que sin su trabajo hubiera sido más difícil la realización del presente trabajo **Gracias.***

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES TEÓRICOS	4
1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	4
1.1 Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa.....	4
1.2 Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa.....	6
1.3 Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.....	7
1.4 Los trastornos de la conducta alimentaria en varones.....	8
1.5 Prevalencia	10
1.6 Etiopatogenia.....	11
1.7 Características	16
1.8 Vigorexia.....	22
1.9 Factores socioculturales	23
1.10 Cuestionario de las Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC).....	30
2. LOS TEST EN LA MEDICIÓN PSICOLÓGICA	34
2.1. Confiabilidad.....	37
2.2. Validez.....	40
2.3. Aspectos psicométricos del CIMEC.....	43
OBJETIVO	46
MÉTODO	47
Muestra.....	47
Instrumento.....	47
Procedimiento	48
Análisis Estadístico.....	48
RESULTADOS	50
Análisis de confiabilidad de la escala.....	51
Análisis de validez	52
DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS	69

RESUMEN

Los factores socioculturales han jugado un papel importante en la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria, en ese sentido es necesario contar con instrumentos que lo evalúen. El CIMEC –Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal– evalúa este aspecto y es el único que cuenta con una versión para hombres (Toro, Salamero y Martínez, 1994). El objetivo de la presente investigación fue evaluar la consistencia interna y estructura factorial del (CIMEC) en varones mexicanos. Para llevar a cabo este estudio se contó con una muestra de tipo no probabilístico, conformada por 504 jóvenes de sexo masculino con un rango de edad de 12 a 31 años (\bar{X} = 17.65, DE = 3.49). En los resultados se observó un alpha de Cronbach de $\alpha = 0.90$ y una estructura factorial de cinco factores, que explicaron el 43.42 % de la varianza total. Los factores son los siguientes: 1) *Influencia de la Publicidad* ($\alpha = 0.84$), 2) *Influencia de la Figura de Delgadez* ($\alpha = 0.68$), 3) *Malestar con la Imagen Corporal* ($\alpha = 0.71$), 4) *Influencia de la Figura Musculosa* ($\alpha = 0.69$); y 5) *Influencia de las Relaciones Sociales* ($\alpha = 0.60$). Con base a los resultados se puede concluir que el CIMEC en hombres mexicanos es un instrumento una excelente consistencia interna y por la estructura factorial obtenida, que valora la influencia que ejercen los medios de comunicación, explora el interés de los modelos estéticos corporales de la delgadez y la musculatura, así como la influencia de las relaciones sociales en la asimilación de éstos.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las sociedades orientadas occidentalmente le da mucha importancia al peso y figura corporal, esto se ve reflejado en que los ideales de belleza física han ido transformando las formas corporales en las últimas décadas, a las mujeres se les demanda un cuerpo cada vez más delgado y a los hombres con mayor masa muscular. En ese sentido, la cultura ha jugado y juega un papel muy importante en la asimilación de modelos estéticos corporales, ya que ésta acepta y promueve cambios en los cánones de belleza establecidos.

La asimilación de éstos modelos estéticos en los individuos no es autónoma, más bien involucra la confrontación de su propia historia personal y su proceso de desarrollo, de ahí que algunos adolescentes sean más susceptibles a modificar su cuerpo, y más cuando por razones genéticas e historia alimentaria creen no poseer el cuerpo que han idealizado. Esto puede llevar a muchos a la realización de dietas restrictivas, ejercicio físico excesivo, uso de laxantes, purgantes, etc; ocasionándoles daño físico, social y emocional, y en los casos más severos desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

En la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria –anorexia y bulimia nerviosas– se calcula un hombre por cada diez mujeres, encontrándose una proporción mayor en los dos sexos de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (Lucas, Bear, O’Fallon y Kurkland, 1991).

Estudios recientes han confirmado que tanto en varones como en mujeres, la incidencia de estos trastornos va en aumento (Velilla, 2001). Sin embargo, estas psicopatologías en varones, como lo menciona Andersen (1997) presentan un desafío tanto en la clínica como en la investigación, debido a las diferencias físicas, emocionales, conductuales y a la desigualdad en la incidencia

encontradas, ya que originan la cuestión de qué factores biomédicos y culturales explican estas diferencias.

Ante esta situación, el estudio de la influencia que ejercen la familia, los amigos y los medios de comunicación en la asimilación de los modelos estéticos corporales en hombres resultan de interés, debido a la poca investigación hecha hasta el momento. No obstante, cobran relevancia la influencia de los medios publicitarios por la creciente frecuencia de anuncios y artículos en donde se expone al cuerpo musculoso como el ideal corporal masculino. Además de considerar los antecedentes que se tienen con mujeres acerca de que la excesiva exposición a éstos provoca aumento de la insatisfacción corporal. (Devlin y Zhu, 2001).

Para evaluar la influencia de los modelos estéticos como un factor importante en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, se encontró el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)._Éste tiene algunas ventajas, cuenta con una versión para hombres y para mujeres, y validado en una muestra de mujeres españolas por Toro et al. (1994), además de ser validado en mujeres mexicanas por Vázquez, Alvarez y Mancilla (2000). Este cuestionario también se ha utilizado en investigaciones con hombres mexicanos y debido a que hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al modelo estético corporal que interiorizan, es conveniente la valoración de la confiabilidad y validez del CIMEC en la versión masculina. Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la consistencia interna y la validez factorial del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) en varones mexicanos.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones graves, en donde se ven afectadas el área biológica, social y psicológica del individuo. Estas patologías competen al estudio de la psicología, debido a que tienen una base psicológica.

De acuerdo a la *American Psychiatric Association* (1994) los trastornos de la conducta alimentaria se han clasificado en dos tipos: 1) los especificados como son la anorexia y bulimia nerviosas; y 2) los no especificados (TANE).

1.1. Criterios de la anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal, resultado de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo el consumo de alimentos, especialmente “los que se considera que engordan”, y con poca frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico excesivo, consumo de diuréticos, etc. Generalmente este trastorno suele iniciarse en la adolescencia, entre los 14 y 18 años de edad (Toro, 1996).

A nivel internacional los criterios del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) son de los más utilizados para diagnosticar anorexia nerviosa y son los siguientes:

- A) Negativa a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la 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 período 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).

Los subtipos de anorexia nerviosa son de utilidad para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante episodios de la anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, los individuos consiguen bajar de peso mediante la dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso, pero no recurren a “atracones” o conductas purgativas (por ejemplo, provocación de vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

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

1.2. Criterios de la bulimia nerviosa.

Es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere grandes cantidades de comida, en la cual, está presente la falta de control y después continúan prácticas destinadas a compensar los efectos sobre el peso y la silueta corporal como son los vómitos autoinducidos, la restricción alimentaria, los ayunos y el uso de laxantes y diuréticos. Cabe señalar que en ambos trastornos, la anorexia y la bulimia nerviosas existe una preocupación exagerada por el peso y el cuerpo.

La edad de inicio es comúnmente entre los 16 y los 18 años, pero puede presentarse en niñas de 11 y mujeres de hasta 40 años de edad (Pyle, Mitchell y Eckert, 1981, citado en Vázquez, 1997).

Los criterios de diagnóstico, de acuerdo con el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), con respecto a la bulimia nerviosa son los siguientes:

A) Recurrentes episodios de atracón.

Un episodio de atracón se caracteriza por:

- 1.- Comer en forma discreta por un periodo de tiempo (por ejemplo, 2 horas), una cantidad de comida que es superior al que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar, bajo circunstancias parecidas.
- 2.- Sensación de pérdida de control durante los episodios alimentarios (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B) Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, tales como: vómito, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

1) Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, mínimo dos veces a la semana durante un período de tres meses.

2) La auto-evaluación está exageradamente influenciada por la figura corporal y el peso.

3) Las alteraciones no ocurren exclusivamente durante el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos de bulimia nerviosa.

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

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

1.3. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. Ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, partes importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

1.4. Trastornos de la conducta alimentaria en varones.

Andersen (1997) realizó una importante investigación sobre la historia de los trastornos de la conducta alimentaria en hombres, a lo cual advierte que el primer reporte que se tiene es el publicado por Richard Morton a finales del siglo XVII. Era el caso de un joven, que a los 16 años de edad perdió de manera gradual el apetito, lo que le provocó una atrofia muscular general. También señala que Gull -a mitad del siglo XIX- observó la ocurrencia de anorexia nerviosa en varones, sin embargo este trabajo no está tan detallado como el primero. Las posibles razones que podrían explicar que no se tuvieran estudios de varones con

estas psicopatologías en gran parte del siglo XX, se dividen en algunos argumentos teóricos y algunos factores culturales.

- La investigación en trastornos de la conducta alimentaria se centró básicamente en las mujeres por la poca incidencia de estas patologías en los varones.
- La dificultad para diagnosticar los trastornos alimentarios en los hombres dio como resultado el no reconocer estas patologías en ellos. Además los profesionales de la salud parecen no estar concientes de que los hombres pueden ocultar psicopatologías alimentarias, y también es probable que sus pacientes asistan a las instituciones clínicas por la aparición de múltiples anomalías secundarias a causa de la autoinanición, atracones, conductas compensatorias, etc. (De la Serna, 2001a). Al respecto, falta investigación hasta el momento para que se establezca que los criterios diagnósticos que aparecen en el DSM-IV sean los adecuados para población masculina.
- Dentro de la cultura, algunas alteraciones de la conducta alimentaria pueden pasar desapercibidas; como los atracones en varones pueden considerarse como un patrón normativo, ya que es común que los hombres ingieran más cantidad de alimento en comparación con las mujeres.
- Debido a que los trastornos de la conducta alimentaria se relacionan más a las mujeres que a los hombres, éstos pueden no reconocer sus síntomas como parte de una patología a causa de que existe menos conciencia pública y menos exposición en los medios de comunicación sobre varones con trastornos de la conducta alimentaria. En ese sentido, es frecuente que los hombres tarden más tiempo en pedir ayuda a un profesional (Andersen, 1997).

En 1973 Hilde Bruch (citado en Andersen, 1997) redefinió y organizó los trastornos de la conducta alimentaria y proporcionó tratamientos para la anorexia nerviosa en varones. En este momento se da un reconocimiento de que estas psicopatologías también se dan en los hombres, no obstante es hasta la década de los 90 donde revistas especializadas publican numerosas investigaciones de los trastornos de la conducta alimentaria en ellos.

1.5. Prevalencia

Los estudios hechos sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en varones generalmente son en muestras comunitarias o en casos provenientes de centros de tratamiento, por lo que divergen los niveles de incidencia, aún así parece ser que los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE) son más frecuentes en los hombres, mientras que la anorexia nerviosa es la menos común (Tabla 1A).

TIPO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	PAIS	PREVALENCIA	AUTOR
Anorexia nerviosa	Estados Unidos	5 al 10%	Margo (1987)
Anorexia nerviosa	Madrid, España	8 al 11%	Serna (1996)
Bulimia nerviosa	Boston, Estados Unidos	10 al 15%	Carlat, Camargo, y Herzog (1997)
Trastornos Alimentarios No Especificados	New York, Estados Unidos	22%	Braun, Sunday, Huang y Halmi (1999)
Trastornos Alimentarios	Estados Unidos	8 al 10%	Drewnoski y Yee (1987)

TABLA 1A. Epidemiología de los Trastornos Alimentarios en Hombres.

En cuanto a la incidencia anual de trastornos de la conducta alimentaria Lucas, Bear, O'Fallon y Kurkland (1991, citado en Rodríguez, et al.,1996) señalan que es de 1.6% en varones mientras que en el caso de las mujeres es de 13.5% lo cual habla de que en población general la distribución de estos trastornos es de

un hombre por diez mujeres. Además, Velilla (2001) señala que en los varones está incrementando el número de casos, ya que se encontró que de 1981 a 1985 el porcentaje era del 7% y de 1996 al 2000 éste incrementó al 11%.

1.6. Etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria son considerados por la mayoría de los expertos como multicausales, ya que no hay ningún factor en su etiología que por si mismo los explique suficientemente. Los factores involucrados pueden ser individuales, familiares y/o culturales, y pueden actuar como predisponentes, precipitantes o mantenedores. En la tabla 2A se resumen algunos de ellos de la revisión de las investigaciones hechas a nivel internacional (Allen & Masha, 2002; Andersen, 1997; Boroughs & Thompson, 2002; Carlat, Camargo & Herzog, 1991; De la Serna, 2001; Russell & Keel, 2002).

Debido a que es reciente la investigación de trastornos de la conducta alimentaria en varones no hay modelos que expliquen por completo estas psicopatologías alimentarias, sin embargo, por la investigación realizada hasta el momento se consideran algunos factores que pueden estar involucrados en su desarrollo.

EDAD: En cuanto a la edad de comienzo de los trastornos de la conducta alimentaria en varones existe controversia, ya que Woodside et al. (2001) en un estudio encontraron que en los varones empezó el trastorno en la adolescencia o en la adultez temprana, semejante a los reportes de las mujeres. Braun, Sunday, Huang y Halmi (1999) fueron más específicos al señalar que la edad promedio de inicio en los varones fue tres años más tarde (20.5 años) que en las mujeres (17.5). Consistente con lo mencionado, Casullo, González y Sifré (2000) y Striegel-Moore, Garvin, Dohm y Rosenheck (1999) concuerdan al señalar que con el aumento de la edad los hombres se sienten más presionados para perder peso y por lo tanto aumenta la insatisfacción corporal. Una posible explicación es que

como se sabe los hombres alcanzan su pubertad aproximadamente dos años más tarde que las mujeres, experimentado cambios a nivel físico que se caracterizan por el aumento de tamaño, peso y musculatura.

	PREDISPONENTES	PRECIPITANTES	MANTENIMIENTO
INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none"> *Rasgos esquizoides *Maltrato físico *Abusos sexuales *Percepción negativa de su familia 	<ul style="list-style-type: none"> *Separación/pérdida *Rupturas familiares *Aumento de demandas en el medio *Baja autoestima *Incremento de actividad física *Adolescencia o adultez temprana *Obesidad *Insatisfacción corporal 	<ul style="list-style-type: none"> *Vómitos *Alteraciones de la percepción *Distorsiones cognitivas *Comorbilidad *Dietas *Insatisfacción corporal *Ejercicio extenuante *Depresión
FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> *Dificultad en la resolución de conflictos 		
CULTURALES	<ul style="list-style-type: none"> *Búsqueda de delgadez o valores estéticos dominantes *Homosexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> *Enfermedades somáticas *Dietas 	

TABLA 2A. Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria en varones.

Sin embargo, De la Serna (2001b) señala que la proporción de hombres con trastorno de la conducta alimentaria es más frecuente en la pubertad, ya que se ha visto que entre los 11-13 años de edad el porcentaje de la población varonil es afectada del 25 al 30%, entre los 13-14 años de edad, esta proporción disminuye al 15-20% y por encima de los quince años baja al 10%.

Por las discrepancias obtenidas en cuanto a la edad de inicio en algún trastorno de la conducta alimentaria de los hombres, es recomendable más investigación al respecto.

PESO: El peso en los hombres puede contribuir de manera importante en el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria, ya que se ha observado que antes de que hayan iniciado con una patología alimentaria la mayoría de los hombres eran obesos o con sobrepeso (De la Serna, 2002; Toro, 1996). El motivo por el cual los hombres mantienen esta característica es que existe menos presión

social de ser delgados, en comparación con las mujeres donde se ha reportado que son pocas con obesidad o sobrepeso antes de iniciar con un trastorno de la conducta alimentaria (Sorbara & Geliebter, 2002).

Por otro lado, Afifi-Soweid, Najem y Shediak-Rizkallah (2002) en una muestra de la Universidad de Líbano encontraron que el 20% de los hombres estaba preocupado con su peso, y arriba del 12% es probable que pudiera padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Siendo que del total de la muestra 14.9% fueron clasificados con bajo peso, 69.7% con peso normal, 13.7% con sobrepeso y el 1.8% con obesidad. Lo cual parece indicar que aunque la mayoría esté en su peso normal, no todos están satisfechos con su peso o forma corporal.

DIETAS: La práctica de hacer dieta restrictiva sigue siendo más común en población femenina (Tomori & Rus-Makovec, 2000), sin embargo gran cantidad de varones están comenzando a realizarlas (Dohm, Beattie, Aibel & Striegel-Moore, 2001). No obstante, Andersen (1997) menciona que los motivos por los cuales los hombres realizan dietas difieren considerablemente de las razones por la cual las mujeres las hacen:

- a) Alcanzar mayor tono muscular.
- b) Mejorar sus resultados en el deporte.
- c) Respuesta a críticas y/o burlas sobre el peso.
- d) Evitar alguna enfermedad secundaria al sobrepeso.
- e) Mantener una relación homosexual.

ACTIVIDAD FÍSICA: De la Serna (2001a) y Shitz (2002) señalan que –al igual que en las mujeres– en los hombres también hay ciertas actividades físicas que pueden incrementar el riesgo de que padezcan un trastorno de la conducta alimentaria, tal es el caso de los bailarines, gimnastas, jockeys, físico-culturistas, atletas, etcétera; generalmente por la posible relación que existe entre ejercicio y

obtener el ideal corporal (Sands, Tricker, Sherman, Armatas & Maschette, 1997). En ese sentido, no es raro que en un hombre se inicie un trastorno a consecuencia de practicar ejercicio de forma progresivamente intensa. Al respecto, Boroughs y Thompson (2002) evaluaron a tres grupos de hombres que practicaban diferentes deportes; físico-construccionismo, ejercicios aeróbicos y atletismo, y un grupo control. Los físico-culturistas parecieron más satisfechos en las medidas globales de satisfacción corporal, característica que los diferenció del grupo de corredores y del grupo control. Sin embargo, los tres grupos de deportistas no difieren significativamente en las siguientes variables: conductas restrictivas, síntomas bulímicos, baja autoestima, preferencia por modelos estéticos con la parte del torso ancha. Cabe señalar que algunas de estas variables pertenecen a la sintomatología característica de los trastornos de la conducta alimentaria.

INSATISFACCIÓN CORPORAL: En población mexicana parece ser un factor de riesgo para la manifestación de sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria en hombres, sin embargo no es el factor más importante como lo es para las mujeres (Mateo, 2002).

Con respecto a la insatisfacción corporal Cash (1989, citado en Toro, 1996) realizó un estudio en el que encontró que de 2000 ciudadanos americanos un 38% de las mujeres y un 34% de los varones, manifestaron una clara insatisfacción por su apariencia física; la preocupación de los varones se centró básicamente en el torso medio y el tórax, que no satisface a un 50%, al 32% les desagrada su tono muscular y la altura preocupaba a sólo un 20%.

El peso también parece influir en la insatisfacción corporal, al respecto Devlin y Zhu (2001) realizaron un estudio en población general en que encontraron que del total de su muestra el 66% de las mujeres y 52% de los hombres reportan sentimientos de insatisfacción e inadecuación con respecto su peso corporal. Sin embargo, la investigación realizada por Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000) señala que a los hombres no les preocupa tanto el subir

de peso, ya que más bien idealizan un cuerpo pesado sin que esto les implique aumentar de grasa. A su vez, en hombres con obesidad o con episodios de atracón alimentario parece ser que es mayor la preocupación corporal, ya que ellos muestran más insatisfacción corporal –e incluso distorsión de la imagen corporal– que la población normo-peso (Sorbara & Geliebter, 2002).

Con base a estos datos, los varones experimentan una clara insatisfacción corporal, ya sea por la forma, tamaño y peso del cuerpo, la cual se manifiesta cuando empiezan a darle demasiada importancia a la apariencia física y deseando una figura más musculosa que obesa (Rand & Wright, 2001; Cohane & Pope, 2001).

IDENTIDAD SEXUAL: Los trastornos de la conducta alimentaria en el varón se han relacionado con la identidad homosexual. Al respecto, Russell y Keel (2002) señalan que en el caso particular de los hombres, la homosexualidad parece ser un factor de riesgo. Carlat et al. (1997) son más específicos al señalar que es un factor de riesgo para la bulimia nerviosa. Sin embargo, si se tiene en cuenta que la insatisfacción corporal es una importante variable para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria y que esta insatisfacción está más presente en los hombres homosexuales que en los heterosexuales, se podría señalar que es ésta una razón por la cual los hombres homosexuales son más vulnerables. No obstante, estos datos no son determinantes ya que Boroughs y Thompson (2002) no encontraron diferencias significativas entre hombres homosexuales y heterosexuales en cuanto a insatisfacción e ideal corporal.

ASPECTOS EMOCIONALES: La baja autoestima, así como la personalidad obsesiva, con tendencia a la intelectualización, perfeccionismo y rigidez de sus problemas y acciones, con rasgos esquizoides y antisociales pueden hacer más vulnerables a los varones para que desarrollen un trastorno de la conducta alimentaria (De la Serna, 1996; 2002; Carlat & Camargo, 1991; Knowlton, 2002; Peluso, Ricciardelli & Williams, 1999).

Mateo (2002) en una muestra de hombres mexicanos encontró que los que presentaban sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario presentaban dificultad para tomar decisiones en su vida y temor a expresar sus emociones. Además, al experimentar los varones sentimientos de inseguridad y poco control sobre las decisiones personales, son más vulnerables a desarrollar sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario. Es decir, ellos podrían desarrollar patologías de la conducta alimentaria más por cuestiones psicológicas que estéticas.

FAMILIA: Cabe señalar que el aspecto familiar ha sido poco estudiado en los hombres con trastorno de la conducta alimentaria, por lo que en la literatura revisada el único estudio que se tiene es el de Strober, Freeman, Lampert, Diamond y Kaye (2001) en el que se encontró que el modelo familiar es muy similar al de las mujeres con patologías de las conductas alimentarias, es decir son familias rígidas, sobreprotectoras o desintegradas, sin embargo es importante subrayar que la disfunción familiar no siempre es el origen de una psicopatología de la conducta alimentaria.

1.7. Características de los trastornos de la conducta alimentaria en hombres.

En la tabla 3A se presentan la características cognitivo-conductuales de los trastornos alimentarios en hombres considerando diferentes investigaciones (Andersen, Watson & Schlechte, 2000; De la Serna; 1996, 2001a, 2001b; Margo, 1987; National Eating Disorders Association, 2002; Womble et al. 2001).

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA	TRASTORNO POR ATRACÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dietas hiperproteicas, ayunos, dietas restrictivas. ◆ Preocupación por la construcción del cuerpo, peso elevado o tonificación de los músculos. ◆ Ejercicio compulsivo. ◆ Mentiras acerca de la comida. ◆ Preocupación por la comida. ◆ Disgusto con el tamaño y forma del cuerpo. ◆ Distorsión de la forma corporal (sobre-estimación o sub-estimación). ◆ Hiperactividad. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Recurrentes episodios de atracón alimentario. ◆ Sentimientos de pérdida de control durante los episodios de atracón alimentario. ◆ Recurrencia a conductas compensatorias. ◆ Acumular la comida, esconderla y comer en secreto. ◆ Preocupación con la comida. ◆ Disgusto con el tamaño y forma del cuerpo. ◆ Distorsión del tamaño corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Recurrentes episodios de atracón alimentario. ◆ Comer rápidamente más de lo normal. ◆ Sentimiento de pérdida de control durante el episodio de atracón alimentario. ◆ Comer grandes cantidades de comida cuando no se tiene hambre. ◆ Acumular comida, esconderla y comer en secreto. ◆ Comer hasta sentirse incómodamente lleno. ◆ Insatisfacción corporal.

Tabla 3A. Características cognitivo-conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria en varones.

Con respecto al trastorno por atracón se incluye en las siguientes tablas – 3A, 4A y 5A – debido a que es el trastorno más común en hombres, incluso es mas frecuente que la bulimia nerviosa (Joiner, Vohs & Heatherton, 2000).

Con respecto, a las características cognitivo-conductuales de la anorexia, bulimia nerviosa e ingestión compulsiva se observa que:

- En cuanto, a la preocupación por la comida De la Serna (2001a) señala que los hombres al igual que las mujeres demuestran gran interés por aspectos relacionados a la comida, ya que se ha visto que les gusta cocinar, coleccionar libros de recetas de comida, comprar alimentos en grandes cantidades, son expertos en las calorías que contienen los alimentos, etc. Sin embargo, Abraham y Jones-Derek (1994) señalan que es difícil que demuestren abiertamente su preocupación por la comida, en parte por el entorno cultural que gira alrededor de ella, ya que es más común que las mujeres se ocupen de todos los aspectos que se relacionan con los alimentos.

- Los métodos de control de peso también difieren significativamente entre los sexos; las píldoras adelgazantes y laxantes fueron los métodos más usados por las mujeres, mientras que los hombres las usaron en poca proporción (Braun et al., 1999; Hoerr, Bokram, Lugo, Bivins & Keast, 2002). Además, Carlat y Camargo (1991) señalan que a comparación de las mujeres, los hombres se preocupan menos por el peso corporal.
- En cuanto al tipo de dieta alimentaria, se ha encontrado que las mujeres consumen más alimentos no engordantes que los hombres, que casi no eliminan de su dieta estos alimentos. Además de que ellos no restringen la cantidad de comida que consumen (Tepper, Trail & Shaffer, 1996).
- La frecuencia con la que los hombres realizaron dieta restrictiva es menor que en el caso de las mujeres, esto implica que en ellas hay más ciclos de pérdida y recuperación de peso (Dohm et al., 2001). Aunque parece que en la frecuencia de los atracones alimentarios no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres (Barry, Grilo & Masheb, 2002).
- Las investigaciones han reportado que los hombres con trastorno de la conducta alimentaria son más hiperactivos que las mujeres (De la Serna, 1996; 2001b; Margo, 1987). Esta característica tal vez sea más frecuente en ellos, ya que existe mayor presión cultural para que practiquen alguna actividad física.
- Las mujeres con anorexia y bulimia nerviosa presentan una distorsión de la imagen corporal, ésta se caracteriza por una sobre-estimación del tamaño corporal. En cambio, en los hombres se ha visto que esta distorsión puede variar ya que pueden sobre-estimar o subestimar su tamaño corporal. En este sentido, el estudiar los motivos por los cuales la distorsión de la imagen corporal puede cambiar de un varón a otro, forma parte importante

del estudio en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria en varones.

En la tabla 4A se muestran las características emocionales de los trastornos de la conducta alimentaria en varones, las cuales fueron tomadas de la revisión de la investigación hecha por diferentes especialistas en el área (Braun et al., 1996; De la Serna, 1996, 2001a; 2001b; National Eating Disorders Association, 2002).

En varones con trastorno de la conducta alimentaria cabe hacer resaltar que la depresión, el aislamiento social y la fuerte necesidad de control, parecen ser características que aparecen también en las mujeres con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA	TRASTORNO POR ATRACÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Miedo intenso de llegar a ser gordo o ganar peso. ◆ Depresión. ◆ Fuerte necesidad sobre el control. ◆ Rígido, de pensamiento inflexible. ◆ Decremento en el interés sexual. ◆ Posible conflicto de identidad de género u orientación sexual. ◆ Bajos sentimientos de autovalor o usan el peso como una medida de valía. ◆ Dificultad para pensar claramente o concentrarse. ◆ Irritabilidad. ◆ Insomnio. ◆ Aislamiento social. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Miedo intenso de llegar a ser gordo o de ganar peso. ◆ Desempeño y apariencia orientada. ◆ Depresión. ◆ Aislamiento social. ◆ Posible conflicto de identidad de género u orientación sexual. ◆ Fuerte necesidad sobre el control. ◆ Dificultad para expresar sentimientos. ◆ Rigidez. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sentimientos de disgusto, culpa, durante y después del atracón alimentario. ◆ Los atracones alimentarios frecuentemente son seguidos de sentimientos tales como cólera, ansiedad o remordimiento. ◆ Fuerte necesidad sobre el control. ◆ Dificultad para expresar sentimientos o necesidades. ◆ Perfeccionismo. ◆ Evitación de conflictos. ◆ Disgusto acerca del tamaño corporal. ◆ Aislamiento social. ◆ Depresión. ◆ Sentimientos de ineffectividad. ◆ Temperamento e irritabilidad. ◆ Baja autoestima.

Tabla 4A. Características emocionales de los trastornos de la conducta alimentaria en varones.

La comorbilidad fue igual de frecuente en hombres y mujeres. Sin embargo, en los hombres destacan los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión y el abuso de sustancias, alcoholismo, tabaquismo, no obstante estas diferencias no son significativas con lo encontrado en las mujeres (Braun et al. 1999; Barry et al., 2002; Carlat & Camargo, 1991; Striegel-Moore, et al.,1999; Tomori & Rus-Makovec, 2000).

Por otro lado, al igual que las mujeres los hombres manifiestan un miedo intenso de llegar a ser gordo o ganar peso, sin embargo esto no siempre podría ser así, ya que estaría en función de la percepción que tienen de sí mismos y del cuerpo que han idealizado. Es decir, el ganar peso para algunos es satisfactorio, siempre que se incremente su masa muscular.

Anteriormente se ha señalado que la homosexualidad puede ser un factor de riesgo de los trastornos del comportamiento alimentario en varones, sin embargo esto podría confundirse con lo que De la Serna (2001b) denomina como “alexitimia sexual”, es decir la actitud de presentar dificultad para sentir o expresar sus emociones o comunicar sus sentimientos en todo lo que se relaciona con el área sexual, ya que parece ser parte de la sintomatología característica de los hombres con algún trastorno de la conducta alimentaria, en especial de la anorexia nerviosa. Al respecto, falta investigación en donde se evalúe el interés sexual haciéndolo independiente de la orientación sexual.

En la tabla 5A se presentan las características físicas en varones con anorexia, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, tomadas de la revisión en la investigación sobre los trastornos alimentarios a nivel internacional (De la Serna, 1996; Fairburn, 1998; Margo, 1987; National Eating Disorders Association, 2002).

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA	TRASTORNO POR ATRACÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Bajo peso corporal, 15% más bajo del peso esperado. ◆ Pérdida de energía, fatiga. ◆ Debilidad muscular. ◆ Baja temperatura corporal y presión sanguínea. ◆ Cabello delgado o pérdida de cabello. ◆ Lanugo. ◆ Arritmia cardíaca. ◆ Bajos niveles de testosterona. ◆ Estreñimiento. ◆ Acrocianosis. ◆ Bradicardia. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fluctuaciones en el peso. ◆ Pérdida de esmalte dental a causa de los vómitos autoinducidos. ◆ Edema. ◆ Constipación. ◆ Inflamación de las glándulas salivales. ◆ Arritmia cardíaca debido a desbalances electrolíticos. ◆ Pérdida de energía. ◆ Fatiga. 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Dilatación del estomago hacia arriba del diafragma. ◆ Las paredes del estómago se pueden dilatar tanto que al hacerse más finas se pueden desgarrar. ◆ Problemas de presión sanguínea. ◆ Niveles anormales de azúcar en la sangre. ◆ Fatiga. ◆ Dificultad para caminar o mantener una actividad física. ◆ Fluctuaciones en el peso

Tabla 5A. Características físicas de los trastornos de la conducta alimentaria en varones.

Andersen (1997) señala que en los hombres con anorexia nerviosa la sintomatología física equivalente a la amenorrea es que hay bajos niveles de testosterona, y a cambio de ello experimentan un descenso gradual en el funcionamiento e impulso sexual, proporcional a la disminución del peso. Lo cual parece indicarnos que es una característica comparable, ya que a causa de la inanición tanto en varones como en mujeres ocurre un hipogonadismo central hipotalámico causante de la producción de hormona sexual, más que un fallo periférico glandular como ocurre en la menopausia en las mujeres o con el envejecimiento en los hombres.

En cuanto a otras características físicas de los trastornos de la conducta alimentaria, parece no haber alguna diferencia relevante con lo encontrado en la sintomatología que presentan las mujeres, es decir tienen baja presión sanguínea, arritmia cardíaca, fluctuaciones de peso, fatiga, pérdida de esmalte en los dientes, etc.

1.8. Vigorexia

Al inicio de la década de los años 90 surge interés por estudiar un nuevo trastorno al cual se le ha denominado de diferentes maneras; algunos lo llaman *anorexia nerviosa inversa*, otros como *trastorno dismórfico muscular* y otros más lo conocen como *vigorexia*.

La *vigorexia* fue nombrada así por el psiquiatra Harrison G. Pope de la Facultad de Medicina de Harvard, quien lo define como un trastorno emocional consistente en la percepción distorsionada de las características físicas, de modo similar a lo que sucede con la *anorexia nerviosa*, en el cual nunca están satisfechos con el nivel de musculatura que tienen, lo cual los hace esclavos de la báscula y el espejo. Generalmente las personas afectadas por este trastorno son hombres entre 16 y 30 años de edad quienes están obsesionados por tener un cuerpo musculoso. Esta patología les lleva a pasar entre cinco y seis horas en el gimnasio, además del consumo de esteroides anabólicos (De la Paz, 2000; De la Serna, 2001; García, 2002; Fernández, 1999).

Olivardia, Pope y Hudson (2000), realizaron un estudio con hombres con *vigorexia* y encontraron diferencias significativas con un grupo control en las variables de: insatisfacción corporal, actitudes alimentarias, uso de esteroides, aspectos emocionales y del trastorno del comportamiento alimentario. Además el grupo de hombres con *vigorexia* describió sentimientos de vergüenza, desconcierto, poco interés por el trabajo, falta de habilidades sociales. De acuerdo a lo anterior, esta parece ser una nueva patología, posiblemente relacionada con un tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Sin embargo, aún falta investigación.

Martínez (2001) señala algunos de los síntomas de la *vigorexia*:

- Su preocupación principal es que su cuerpo sea musculoso.
- Pasar muchas horas levantando pesas y cuidando excesivamente la dieta.

- Hay una conducta obsesiva de observación del cuerpo y verificación del peso.
- Se deja de lado las actividades personales y profesionales, para dedicar todo el tiempo al gimnasio.
- Poca sociabilidad, ya que prefieren ocultarse ante el temor de que se burlen de que su cuerpo no es perfecto.

La vigorexia causa problemas físicos y estéticos: desproporción entre cuerpo y cabeza, problemas óseos y articulares debido al peso extra que tiene que soportar el esqueleto, acortamiento de músculos y tendones, y falta de agilidad (García, 2002).

Los esteroides anabólicos son derivados sintéticos de la hormona masculina llamada testosterona, sustancia que interviene en un proceso constructivo que promueve las características masculinas, el crecimiento del músculo esquelético y aumenta la masa magra corporal. Dentro de los riesgos que implica el consumo de estos fármacos en los hombres están los siguientes:

- Reducción del tamaño de los testículos.
- Menor recuento de los espermatozoides e infertilidad.
- Caída del cabello y la calvicie.
- Los adolescentes pueden sufrir una detención en el crecimiento por madurez esquelética prematura o vivir cambios acelerados de la pubertad.
- Problemas hepáticos y cardiovasculares.
- Síntomas similares a los maniacos, que pueden llevar a episodios violentos.

1.9. Factores socioculturales de los trastornos de la conducta alimentaria.

La cultura juega un papel importante en la conducta alimentaria del ser humano, ya que ésta actualmente se encuentra ligada a la estética corporal. Por

ejemplo, Alvaréz, Mancilla, Martínez y López (1998) señalan que en algunas etnias africanas existe la creencia de que el sobrepeso es una manifestación de salud y riqueza, todo lo contrario pasa en la cultura occidental, donde a la delgadez se atribuyen valores como salud, perfeccionismo, disciplina, inteligencia, éxito laboral y social.

En ese sentido, cada cultura guía valores y normas que determinan actitudes y conductas conectadas a la forma, tamaño y peso corporales, donde hombres y mujeres se ven presionados a experimentar una gran variedad de tecnologías en el cuerpo para satisfacerse a sí mismos y satisfacer a los demás con una imagen que simboliza la belleza, no importando que a veces aquéllas transgredan y violenten el cuerpo, creyendo que puede ser transformado en tamaño, forma y apariencia (Corona, 1998).

La familia, los amigos y los medios de comunicación son los principales agentes en la asimilación y promoción de los estereotipos culturales.

- ***La familia***

Los padres constituyen un elemento importante en el desarrollo de conductas alimentarias patológicas, esto se ve reflejado en la percepción que ellos han inculcado en sus hijos acerca del valor que se le atribuye a la delgadez (Patel, Wheatcroft, Park & Stein, 2002). Ricciardelli y McCabe (2001) menciona que gran parte de la insatisfacción corporal en los niños está influenciada por la poca satisfacción que tienen los padres acerca del cuerpo y peso de sus hijos.

Las madres con sintomatología o trastorno de la conducta alimentaria juegan un papel relevante en el desarrollo de estas psicopatologías, ya que cuando sus hijas muestran insatisfacción corporal y conductas restrictivas es porque se han vuelto receptivas de conductas y motivaciones que inducen al adelgazamiento. (Ricciardelli & McCabe, 2001; Jacobi, Agras & Hammer, 2001).

En el caso particular de los niños varones se ha visto que ellos no tienen tantos estímulos como el caso de las niñas con respecto a la delgadez, sólo perciben las series de estrategias que utilizan sus padres para obtener incremento en el tono y peso muscular (Cusumano & Thompson, 2001). En ese sentido, recientes estudios sugieren que los niños que están más expuestos a lograr un cuerpo musculoso podrían intentar un decremento en la grasa corporal e incrementar masa muscular a través del ejercicio. El riesgo está en que algunos intentos de los niños puede incluir el uso de esteroides para lograr el cuerpo idealizado (Striegel–Moore, 2001)

Además, en un estudio que hicieron Ricciardelli, McCabe y Banfield (2000) encontraron que aproximadamente una tercera parte de los niños varones percibieron que sus padres, hermanos, amigos y los medios de comunicación tienen alguna influencia sobre sus sentimientos acerca de sus cuerpos y métodos usados para cambiar tamaño y forma corporal. En especial las madres fueron vistas ejerciendo una gran influencia sobre la imagen corporal de los niños en comparación con otras influencias socioculturales. Así, se observa cuando la mayoría de los mensajes que dan las madres a sus hijos son positivos, ellos muestran más satisfacción corporal; sin embargo, cuando reciben comentarios acerca de comer menos y perder peso, ellos realizan conductas para modificar su cuerpo.

- ***Grupo de pares***

Dentro del grupo de pares o amigos se pueden promover conductas y actitudes que se consideran como factores de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

En grupos de mujeres que se preocupan por la imagen corporal se ha encontrado que son más frecuentes las conductas destinadas a perder peso, por

ejemplo; la realización de dietas, el uso de laxantes y/o purgantes u otros productos adelgazantes. También reciben más críticas de sus amigas o amigos acerca de sus cuerpos. Además de que éstos contribuyeron de manera importante en la decisión de hacer dietas (Dorian & Garfinkel, 2002).

- ***Medios masivos de comunicación***

A finales del siglo XX los medios de comunicación juegan un papel muy importante en la propagación de estereotipos corporales, ya que a la delgadez la han considerado como la única estética aceptable en la sociedad; además de atribuirle cualidades como perfeccionismo, disciplina, inteligencia, éxito laboral y social, etc. Por tanto, aparece la idea de que la salud y belleza sólo se pudieran lograr llevando a cabo un régimen alimentario rígido y disparatado o bien mediante ejercicios, brebajes y aparatos constantemente anunciados en los medios de comunicación (Sánchez, 2000).

Dentro de los medios de comunicación la televisión y las revistas parecen ser los más influyentes en cuanto al prototipo que proponen como estándar de belleza y salud.

La televisión

La televisión es probablemente el medio de comunicación más influyente para los adolescentes, ya que a través de textos e imágenes sutiles desfilan mensajes y señales que –entre muchas consecuencias– facilitan la difusión del modelo estético corporal de delgadez tanto para las mujeres, como para los hombres (Toro, 1996).

En cuanto a las características corporales que tienen las personas que salen en la televisión Silberstein, Mishkind y Striegel-Moore (1989, citados en Toro, 1996) encontraron que el 69% de las mujeres están en la categoría de “muy

delgada”, lo que sólo sucede con un 17% de hombres. En cuanto a personas con obesidad, el 25% son hombres contra un 5% de las mujeres. Además el 35% de las mujeres y el 16% de los varones son menores de 26 años de edad, lo cual refuerza el prestigioso binomio de delgadez/juventud.

En cuanto a la influencia que tiene la televisión en las adolescentes, algunos autores han encontrado (Tiggemann y Pickering,1996; Fouts y Vaughan, 2002) que cuando las mujeres observan por mucho tiempo la televisión, a comparación de las chicas que casi no la ven, se perciben con sobrepeso y presentan insatisfacción con su imagen corporal. Con respecto, a los programas de televisión que tienen más efecto en las adolescentes por la importancia que le dan a la apariencia física, los de videos musicales ocupan el primer lugar, ya que cuando las jóvenes observan este tipo de programas se ha visto que su preocupación por el peso corporal aumenta (Borzekowski, Robinson & Killen, 2000). Pero poco sabemos al respecto de lo que pasa en los varones. La comorbilidad fue igual de frecuente en hombres y mujeres. Sin embargo, en los hombres destacan los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión y el abuso de sustancias, alcoholismo, tabaquismo, no obstante estas diferencias no son significativas con lo encontrado en las mujeres (Braun et al. 1999; Barry et al., 2002; Carlat & Camargo, 1991; Striegel-Moore, et al.,1999; Tomori & Rus-Makovec, 2000).

Las revistas

Son otro medio de comunicación que parece tener un gran difusión en los adolescentes, además como señala William (1979, citados en Gutiérrez, 2002) las ilustraciones de una revista redundan en un anuncio más eficaz si se les agrega un elemento “de verdad” o argumento “científico”. Además de que un anuncio se puede conservar por mucho más tiempo y por lo tanto puede revisarse con más detenimiento.

Varias investigaciones sobre trastornos de la conducta alimentaria se han enfocado a estudiar el papel que juegan las revistas en la asimilación del modelo estético corporal de delgadez. Al respecto, Toro, Cervera y Pérez (1985, citado en Gutiérrez, 2002) realizaron un análisis de la publicidad pro-adelgazamiento y hallaron que en las revistas se les otorga prioridad a los anuncios de cremas y pomadas supuestamente adelgazantes, siguiéndoles los productos bajos en calorías. Además señalan que la mayoría de los argumentos que hay en los anuncios de estos productos son con un fin estético, más que por cuestiones de salud.

En México Gutiérrez (2002) realizó un estudio con tres tipos de revistas en el período que abarca del 1995 al 2000, encontrando que el 23% de todos los anuncios y artículos invitan directamente o indirectamente a perder peso, es decir que 1 de cada 5 anuncios o artículos son pro-adelgazamiento que promueven la delgadez. En cuanto a los anuncios se encontró que el 30% promueven el deseo de poseer una figura delgada, de éstos el 27% fueron indirectos y sólo el 3 % son directos. En los artículos el 17% fueron pro-adelgazamiento, por lo que casi 1 de cada 5 trasmite mensajes relacionados con la forma de modificar la figura, particularmente el 18% de éstos son indirectos mientras que el 5% son directos. De esta manera, se encontró que tanto en los anuncios como en los artículos proadelgazamiento predominaron los que se publican de forma "indirecta", es decir imágenes de mujeres jóvenes delgadas que promueven o incitan el consumo de productos destinados a adelgazar.

Con respecto a la publicidad de productos pro-adelgazamiento anunciados, en dicho estudio se encontraron en primer lugar las bebidas hipercalóricas, incrementando de 1995 al 2000 en un 23% y 61% respectivamente; es decir que 1 de cada 2 productos que se promueven son bajos en calorías.

Por otro lado, varias investigaciones también se han encargado de observar los efectos de los anuncios pro-adelgazamiento. Al respecto, Leit, Gray y Pope

(2002) encontraron que la exposición de figuras de hombres musculosos y mujeres delgadas produce en ambos sexos insatisfacción corporal, sin embargo la insatisfacción corporal parece ser mayor en las mujeres a comparación de los hombres. También Field et al. (1999) en un estudio encontraron que la mayoría de los jóvenes preadolescentes y adolescentes está en descontento con su cuerpo, lo que estuvo fuertemente asociado con la lectura de revistas y con la práctica de conductas restrictivas.

Evidentemente la mayoría de estos estudios están hechos en población femenina, sin embargo en revistas masculinas se está observando un claro incremento de artículos y anuncios que promueven una figura con una forma mesomórfica (Andersen, 2001). Además, Toro (1996) señala que aparecen artículos relacionados con la pérdida de peso y en ellos hay frases como “estar en forma”, lo cual subraya la rápida incorporación de los varones a seguir estos prototipos corporales.

De acuerdo a lo anterior, el bombardeo de imágenes estereotipadas que se exponen en las revistas y televisión, promueven cualidades como perfeccionismo, disciplina, inteligencia, éxito laboral y social, etc. Provocando que los hombres no se sientan a gusto con sus cuerpos cuando éstos no cumplen los parámetros que está imponiendo la sociedad, dando como resultado la constante preocupación por la comida, la práctica de dietas restrictivas y/o conductas purgativas (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996).

Por tanto, la investigación en la interiorización del modelo estético corporal en hombres juega un papel importante en la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria debido a que pueden conocerse algunos de los factores culturales que propician que ellos realicen conductas de riesgo para desarrollar un trastorno de este tipo. En ese sentido, contar con instrumentos que tomen en cuenta estos aspectos además de evaluar los factores socioculturales en la etiología, el mantenimiento y cronicidad de los trastornos de la conducta

alimentaria resulta muy importante en la investigación.

1.10. Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC).

Existen pocos cuestionarios que evalúan las influencias culturales que contribuyen a provocar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales, dos de ellos son:

1. El Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ) fue hecho por Heinberg, Thompson y Storer (1995), su objetivo es identificar si los individuos han internalizado el estándar corporal de delgadez que se ha impuesto en la sociedad; fue creado en población Americana con mujeres y cuenta con 14 preguntas.
2. El Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) fue hecho por Toro, Salamero y Martínez (1994), la finalidad de este cuestionario es identificar las influencias culturales que contribuyen de manera significativa en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Este cuestionario se ha utilizado en población Iberoamericana y principalmente en México, por lo que es de interés conocer los resultados que han dado las investigaciones en las que se ha utilizado este cuestionario.

∞ *Investigaciones realizadas en México con el CIMEC.*

La mayoría de las investigaciones que se han hecho en México con el CIMEC para población mexicana se ha realizado en población femenina, por lo que sería relevante retomar algunos de los resultados que han dado estas investigaciones, por la utilidad que ha tenido la utilización de este cuestionario en nuestra población.

En mujeres que presentan trastornos de la conducta alimentaria, se observa que puntúan **significativamente** más alto en el CIMEC en comparación con grupos control (Vázquez, López, Alvarez, Ocampo & Mancilla, 2000). Lo cual indica que este cuestionario parece diferenciar a población con estas patologías de los que no lo presentan, además las puntuaciones de las que sólo tienen sintomatología es menor de las que tienen trastorno (Gutiérrez, 2000). Lo anterior señala que tanto mujeres con trastorno y sintomatología a la conducta alimentaria, son más receptivas de la influencia de modelo estético corporal en comparación con personas que no tienen alguna psicopatología alimentaria.

Mateo (2002) realizó una comparación entre hombres y mujeres con sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria, encontró que tanto hombres como mujeres que manifiestan sintomatología son más vulnerables a la influencia que ejercen los medios masivos de comunicación.

Por otro lado, también se observa que el CIMEC permite diferenciar a grupos de mujeres con distinta edad cuál es el tipo de factores que está influyendo más para asimilar el modelo estético de delgadez, en Garduño y Nieto (2002) se observó que las mujeres adultas mostraron estar más influenciadas por los medios de comunicación, mientras que las jóvenes parecieron estarlo más por las relaciones sociales. También este estudio permitió señalar que a mayor influencia del modelo estético corporal de delgadez es más la motivación para adelgazar y sintomatología bulímica.

En México, aún son pocas las investigaciones en las que se ha incluido a los varones. Sin embargo, estos estudios muestran aspectos relevantes al compararlos con población femenina. Vázquez, Fuentes, Báez, Alvarez y Mancilla (2002) realizaron una comparación en hombres y mujeres, en la cual encontraron que en todos los factores internacionales del CIMEC se hallaron diferencias significativas entre los grupos, siendo las mujeres las que obtienen las más altas

puntuaciones. En los factores nacionales sólo hubo diferencias en tres de los cuatro factores, donde el de *influencia de los modelos estéticos corporales* fue semejante en ambos grupos.

En dicha investigación se comprobó que los factores culturales son un factor de riesgo para una psicopatología de la conducta alimentaria en las mujeres y de manera más moderada en los hombres. Además de que en ellos el malestar por la imagen corporal se relacionó con la preocupación respecto del sobrepeso y con el deseo de estar más delgado, lo que indica que los varones están comenzando a preocuparse más por su imagen corporal y en algunos casos a realizar conductas para reducir peso.

Mateo (2002) señala que los hombres –los grupos control y grupos con sintomatología– obtuvieron en el *total del CIMEC* y en todos sus factores las puntuaciones más bajas de los cuatro grupos, mostrando diferencias significativas con las mujeres control en el total del CIMEC, y los factores *Malestar con la Imagen Corporal e Influencia de las Relaciones Sociales*. De acuerdo con estos datos, las mujeres en general muestran ser más susceptibles a la influencia de los modelos estéticos, además de que se sienten más insatisfechas con su forma corporal y son más vulnerables a las críticas y comentarios del grupo familiar o amigos con los que se relacionan.

Con respecto, a la interiorización del modelo estético corporal en varones se observó que la influencia corporal es menor que la presentada en las mujeres. Sin embargo, los varones también la experimentan en aspectos como *la Influencia del Modelo Estético Corporal, la Influencia de la Publicidad y la Influencia de los Modelos Estéticos Corporales*. Al emplear el análisis de correlación, estos tres aspectos se asociaron con la sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria, pero al establecer diferencias entre los grupos, solo el factor de *Influencia de la Publicidad* fue el único que diferenció a los varones con sintomatología de los que no presentan. Sin embargo, al aplicar el *Análisis de*

Regresión Simple, se encontró que tanto *la influencia de la publicidad*, como de la *Interiorización del Modelo Estético Corporal*, son dos factores importantes para predecir sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria en varones.

En cuanto a los hombres la presente investigación pretende observar si este cuestionario evalúa los factores culturales que intervienen en ellos para que interioricen un modelo estético corporal. Debido a que es una necesidad poder evaluar la consistencia interna y la estructura factorial de un instrumento como el CIMEC es importante conocer los aspectos psicométricos de la evaluación psicológica.

2. LOS TESTS EN LA MEDICIÓN PSICOLÓGICA.

En el quehacer diario del psicólogo los tests o cuestionarios son instrumentos de evaluación comúnmente utilizados, por lo tanto es necesario conocer los procedimientos en los que se basan sus puntuaciones, la información que proporcionan y las limitaciones con las que cuentan.

Para tal fin en la psicología existe la psicometría, que aglutina todo el conjunto de modelos formales que posibilitan la medición de variables psicológicas, centrándose en las condiciones que permiten llevar a cabo todo el proceso de medición en psicología y en establecer las bases para que estos procesos se realicen de forma adecuada.

En ese sentido, la psicometría se encarga de “desarrollar modelos, principalmente de índole cuantitativa, para transformar los hechos en datos y proporciona los métodos para la aplicación de esos modelos, con objeto de asignar valores numéricos generalmente a las variables, basándose en las respuestas de las personas y/o a los estímulos presentes en una situación” (Cliff, 1973, citados en Martínez, 1995).

En particular, la teoría de los tests –una parte de la psicometría– se encarga de la construcción de los tests psicológicos, así como del desarrollo de modelos matemáticos que son útiles para el análisis de los datos proporcionados por las respuestas de los sujetos.

Por lo tanto, el conocimiento de las propiedades de los instrumentos de medida es fundamental para el psicólogo, ya que cuando algunos atributos psicológicos no pueden medirse directamente, mediante la aplicación de tests se infiere el grado en que un individuo está caracterizado por estos constructos. Es decir, la medida del atributo psicológico tiene lugar cuando se asigna un valor

cuantitativo a la muestra de conductas recogidas por medio del test, frecuentemente en forma de una puntuación total. A partir de estas medidas el psicólogo hace una valoración acerca de la cantidad que caracteriza al sujeto y que le sitúa en un punto en el continuo del constructo teórico.

Debido a que los tests juegan un papel primordial en la psicología Yela (1980, cit, en Martínez, 1995) los define como una situación problemática, previamente dispuesta y estudiada a la que el sujeto ha de responder siguiendo ciertas instrucciones y de cuyas respuestas se estima, por comparación con un grupo normativo (o un criterio u objetivo) la calidad, índole o grado de algún aspecto de su personalidad.

La evaluación psicológica mediante tests se realiza cuando se desea obtener información rápida y comparable relativa a grupos de personas, siendo la comparación la función más importante de los tests (Villaderll, 1996).

Por otro lado, Martínez (1995) señala que el proceso de construcción de tests consta de varios pasos:

- a) *En primer lugar se construyen una serie de preguntas, que conocemos con el nombre de ítems o elementos del test y se le pide al sujeto que responda a ellas, éstas pueden ser respuestas escritas por el sujeto, marcas en el caso de los tests de elección múltiple o realización de ciertas tareas o actividades respuestas verbales etc. Los ítems y las respuestas constituyen la única parte observable del proceso psicométrico. A partir de estas respuestas se describe la característica del sujeto por medio de una puntuación numérica.*

- b) *El segundo paso del proceso es transformar las respuestas en puntuaciones, a éste se le conoce con el nombre de **escalamiento**. Hay diferentes procedimientos basados en distintos modelos, pero el resultado*

del proceso siempre es una puntuación para cada sujeto, normalmente se le denomina como **puntuación observada** y denotada por X . Los ítems representan por tanto una muestra de la población de ítems posibles. En otras palabras, la puntuación del sujeto solamente representa la puntuación en una muestra particular de ítems, obtenida en un momento concreto, dentro de un determinado contexto físico, que puede reflejar mejor o peor la auténtica aptitud del sujeto y puede considerarse como un estimador muestral de ésta.

- c) *El tercer paso es obtener la **fiabilidad** del instrumento, es decir si se pudiera examinar al sujeto en todos los ítems bajo todas las condiciones y momentos posibles, podría obtenerse la **puntuación verdadera**, la cual se denota con una **V**. El grado en que la puntuación observada representa a la puntuación verdadera se conoce como la **fiabilidad del instrumento**.*
- d) *El último de los pasos del proceso de la inferencia psicométrica se conoce con el nombre de **validez**. Ésta es la capacidad de la puntuación verdadera para reflejar lo que el test intenta medir, lo que se conoce como *el objetivo de la medida* y casi siempre se trata de un *constructo psicológico*.*

Martínez (1995) señala que diseñar instrumentos para la medida de constructos psicológicos presenta importantes problemas que se necesitan conocer.

- 1) No hay una única aproximación a la medida de un constructo que sea universalmente aceptada.
- 2) Las medidas psicológicas están basadas en muestras limitadas de conductas.
- 3) La medida obtenida siempre tiene error.

- 4) Falta de escalas con origen y unidades de medida bien definidos.
- 5) Los constructos psicológicos no pueden definirse aisladamente en términos de definiciones operativas.

Al respecto, la teoría de los test se centra básicamente en los siguientes aspectos:

- a) Estimar el grado en que los problemas anteriores influyen en un instrumento de medida en una situación determinada.
- b) Diseñar métodos para minimizar dichos problemas.

De acuerdo a lo anterior, los tests son instrumentos muy útiles, sin embargo pueden ser muy peligrosos si se utilizan mal; por ello es importante conocer los modelos lógicos y matemáticos que subyacen a la construcción y uso de los tests. Un buen conocimiento de estos modelos, con sus supuestos, restricciones y limitaciones conducirá a mejores prácticas en la construcción del test y en un uso más adecuado en la toma de decisiones.

2.1 Confiabilidad

Ha sido definida de diferentes maneras:

- ∂ Es la consistencia y correspondencia con que mide un instrumento (Fernández y Carrobles 1981, cit. en Silva, 1992).
- ∂ Es la precisión o exactitud de un instrumento de medición (Kerlinger, 1988).

- ∂ Es el grado en que la puntuación observada representa a la puntuación verdadera, en este sentido a mayor confiabilidad es mayor la correspondencia entre ambas puntuaciones (Martínez, 1995).

Para calcular la confiabilidad en un instrumento de medición existen diversos procedimientos. Todos utilizan fórmulas que dan como resultado coeficientes de confiabilidad, los que pueden oscilar entre 0 y 1. Donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad.

Hernández, Fernández y Baptista (1991) señalan los tres métodos más utilizados para estimar el coeficiente de fiabilidad:

1. *Método de formas alternativas o paralelas.* En este procedimiento se administra el mismo instrumento de medición, en dos o más versiones equivalentes a éste. Las versiones son similares en contenido, instrucciones, duración y otras características. Éstas —generalmente dos— son administradas a un mismo grupo de personas dentro de un período de tiempo relativamente corto. El instrumento es confiable si la correlación entre los resultados de ambas administraciones es significativamente positiva.

Martínez (1995) señala que la estimación del coeficiente de fiabilidad por el método de formas alternativas o paralelas no elimina algunos efectos ligados a la repetición del test, que llevan a la infra o sobreestimación como: la memoria, práctica, estados de ánimo etc. También es sensible al intervalo temporal transcurrido a las dos aplicaciones, cuando se trata de rasgos que pueden cambiar por procesos maduracionales y la aplicación de las dos formas no se lleva a cabo en el mismo período de tiempo.

2. *Método de la repetición del test o test-retest*: En este procedimiento un mismo instrumento de medición es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de cierto período de tiempo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable.

Su principal problema son los potenciales efectos derivados de la repetición del test, ya que el primer test puede influir en el rendimiento del segundo test y esta contaminación de las puntuaciones puede tener lugar de distintas formas. Un segundo problema es que puede existir un cambio en las actitudes de los sujetos en el grado de información también causaría efectos no deseados; examinados poco cooperativos pueden hacer mal el segundo test resultando un bajo coeficiente de fiabilidad. Y por último, el intervalo del tiempo entre las dos administraciones del test; un intervalo muy corto puede aumentar los efectos de memoria, práctica o estado de ánimo; un intervalo largo llevaría a cambios de la información del sujeto.

3. *Métodos basados en una única aplicación del test*: Una forma de estimar como el rendimiento de los sujetos en el test puede generalizarse al dominio de los ítems es ver hasta que punto los sujetos tiene un rendimiento consistente en diversas partes del test. Los procedimientos diseñados para estimar la confiabilidad en estas circunstancias se denominan de *consistencia interna*.

Los procedimientos para calcular la consistencia de interna empleados con mayor frecuencia son:

- a) *Método de división por mitades (Split-Halves)*. En este procedimiento sólo se requiere de una aplicación, ya que el conjunto de ítems es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparados.

b) *Métodos basados en las covarianzas de los ítems*: La forma más conveniente de lograr medidas paralelas dentro de un único test es hacer la división por ítems, lo cual permite tratar a cada uno como si fuese un instrumento de longitud de unidad con una puntuación, los diferentes procedimientos son: el Coeficiente de Kuder-Richardson, el análisis de varianza de Hoyt, los coeficientes de Guttman, sin embargo el más utilizado es el Coeficiente Alpha de Cronbach.

2.2. Validez

Se refiere a la capacidad de la puntuación verdadera para reflejar lo que el test intenta medir (Martínez, 1995).

La validez total de un instrumento de medición se evalúa sobre la base de tres tipos de evidencia:

$$\text{Validez Total} = \text{validez de contenido} + \text{validez de criterio} + \text{validez de constructo}$$

En ese sentido, mientras mayor evidencia de validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo tenga un instrumento de medición, éste se acerca más a representar la variable o variables que pretende medir.

Fernández, Hernández y Baptista (1991) mencionan los procedimientos por los cuales se valida un instrumento:

- 1) **Validez de contenido**: Ésta se refiere al en grado que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se desea medir, es decir hasta qué punto están recogidos todos los aspectos relevantes de la variable que se desea medir.

La validez de contenido se obtiene elaborando un universo de preguntas para evaluar la variable y sus dimensiones, de este universo se extrae una

muestra probabilística, después se correlacionan las puntuaciones de los ítems entre sí y se hacen estimaciones estadísticas para ver si la muestra de ítems es representativa, la validez de contenido es buena cuando es representativa la muestra de ítems contenidos en el test.

2) Validez de criterio: Ésta se establece a partir de la comparación del instrumento con algún criterio estándar externo –por ejemplo la entrevista–, entre más relacionados estén éstos, la validez de criterio será mayor. Así a la correlación entre la prueba del predictor y la variable criterio se llama coeficiente de validez, el que especifica el grado de validez de esa generalización.

Hernández et al. (1991) señalan que hay dos tipos distintos de validez de criterio:

- ◆ *Validez concurrente*, se refiere al grado en el que el instrumento en cuestión mide lo mismo que otros tests ya existentes y considerados como medidas adecuadas.

- ◆ *Validez predictiva*, ésta garantiza en qué medida el instrumento discrimina o predice adecuadamente en función de la variable en cuestión, lo cual se logra empleando un valor externo.

3) Validez de constructo: Se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos que están siendo medidos. El aspecto significativo acerca de la validez de constructo es su preocupación por la teoría, los constructos teóricos y la investigación científica empírica que implica la prueba de las relaciones hipotetizadas.

Existen tres tipos de validez de constructo:

Validez convergente: Se obtiene cuando el test tiene altas correlaciones con otros test que miden lo mismo, aunque los métodos para evaluar el constructo tienen que ser distintos, para que se demuestre que la medida en cuestión correlaciona con la otra medida obtenida (Alvarez, 2000 y Muñiz, 1992).

Validez divergente: Ésta –por el contrario a la anterior– se establece cuando el test tiene correlaciones bajas con test que miden un rasgo diferente, pero utilizando el mismo método para evaluarlo (Alvarez, 2000).

Validez factorial: Se determina mediante un procedimiento denominado "*análisis factorial*", consiste en determinar agrupaciones de variables relacionadas entre sí. En cada uno de dichos grupos o factores de las variables se correlacionan de manera más elevada entre ellas mismas que con variables fuera del grupo (Nunnally y Bernstein, 1995).

La principal función del análisis factorial consiste en representar en un espacio de pequeña dimensión (espacio factorial) las variables cuantitativas extraídas de un conjunto mayor, lo que permite interpretar las relaciones entre ellas. Además, analiza las similitudes entre los elementos de la muestra respecto a su comportamiento en el conjunto de variables. Por último, es posible determinar el subconjunto claramente diferenciados de variables en los que, por un lado, dentro de cada uno las variables se relacionan entre sí y, por el otro, las variables de los subconjuntos no estén relacionados (Kline, 1993 y Ferrán, 1996, citados en Alvarez, 2000).

Los métodos más empleados para realizar el análisis factorial son:

1. *Método de componentes principales:* Su principal característica es que extrae una cantidad máxima de varianza conforme al cálculo de cada factor. El primer factor principal se puede considerar como la

mejor relación lineal exhibida por los datos; y al segundo coeficiente se le considera como la mejor relación lineal exhibida en los datos, y así sucesivamente.

2. *Rotación varimax*: Su objetivo es eliminar los factores generales, por lo que captura el significado de la estructura simple dentro de un arco de referencia ortogonal.

De acuerdo a lo anterior, se observa que validar un cuestionario es una tarea difícil para el investigador, pero muy útil para la investigación psicológica, ya que se hace un trabajo confiable en que se toma en cuenta que las variables sean consistentes con lo que se intenta evaluar y los instrumentos utilizados realmente midan las variables que pretende medir el investigador.

2.3. Aspectos psicométricos del CIMEC.

En la investigación sobre la anorexia y la bulimia nerviosa se ha observado que la influencia del modelo estético corporal es una variable que hay que considerar, debido a que interviene en el desarrollo estas psicopatologías alimentarias. Al respecto –en el capítulo uno– se señaló que en la literatura revisada el CIMEC es uno de dos cuestionarios que se encarga de evaluar la influencia que ejercen los medios de comunicación masivos, la familia y los amigos con respecto al modelo estético corporal.

La evaluación psicométrica del CIMEC, primeramente se hizo en España en población femenina, en una muestra española de 59 anoréxicas y 59 controles por Toro, Salamero y Martínez (1994). Presentó una consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0.93. Con una sensibilidad de 81.4% y una especificidad del 55.9% y el punto de corte se estableció en $\geq 23-24$.

Los autores de este cuestionario, también investigaron las diferencias entre un grupo clínico y otro control en todas y cada una de las 40 preguntas. Lo que les permitió aislar 26 de ellas, cuyas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$). Estas preguntas formaron el CIMEC-26, el cual se sometió a un análisis de componentes principales, en este se derivaron cinco factores que explicaron el 52.7% de la varianza total y que se confirmó por el método varimax. Los factores obtenidos son los siguientes:

Factor I.- *Malestar por la imagen corporal:* Incluye preguntas que muestran ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que propician el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez obvios y sistemáticos. Este factor también incluye la práctica de restringir los alimentos por el propio sujeto.

Factor II.- *Influencia de la publicidad:* Incluye preguntas relativas al interés que despierta la publicidad de los productos adelgazantes.

Factor III.- *Influencia de los mensajes verbales:* Incluye preguntas que se relacionan con el interés que suscitan los artículos, reportajes, libros y conversaciones sobre el adelgazamiento.

Factor IV.- *Influencia de los modelos sociales:* Incluye preguntas relativas al interés que despiertan las actrices de los anuncios publicitarios y de las transeúntes.

Factor V.- *Influencia de las situaciones sociales:* Incluyen preguntas que se refieren a la presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentarias, y la aceptación social atribuida a la delgadez.

En México también se evaluó el estatus psicométrico del CIMEC por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000) en población femenina. Este cuestionario se aplicó a una población de 1001 mujeres que estudiaban el bachillerato y la carrera universitaria en instituciones públicas o privadas, con un rango de edad de 14 a 33 años. El coeficiente de validez alpha fue de 0.94, lo que confirma que el cuestionario CIMEC tiene una satisfactoria consistencia interna. En cuanto al análisis de componentes principales se extrajeron seis factores superiores a la unidad, que explicaron el 50.4% de la variabilidad total, sin embargo al hacer el análisis confirmatorio, la estructura factorial se redujo a cuatro:

Factor I.-Influencia de la publicidad: Es el que se presenta en la televisión, radio, en las revistas, en los libros o en los escaparates, acerca de los modelos estéticos de “delgadez”. Además se pregunta si éstos son comentados con amigos u otras personas y mostró un alpha de Cronbach de $\alpha= 0.92$.

Factor II.-Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso: Evalúa la ansiedad ante situaciones que cuestionan la autopercepción corporal y su alpha fue de Cronbach de $\alpha= 0.86$.

Factor III.-Influencia de los modelos estéticos corporales: Evalúa la repercusión que tienen los modelos estéticos en sus relaciones sociales y en la cantidad de alimento ingerido, cuyo coeficiente de consistencia interna fue $\alpha= 0.75$.

Factor IV.-Influencia de las relaciones sociales: La importancia que tienen los amigos en la asimilación de modelos estéticos, obtuvo un alpha de Cronbach de $\alpha= 0.63$.

De esta manera se demostró que el CIMEC es útil para estudiar la influencia sociocultural respecto al modelo estético corporal en mujeres mexicanas. Sin embargo, resulta de interés evaluar la consistencia interna y la

estructura factorial del CIMEC en varones, ya que es muy importante contar con una prueba que sea confiable para estimar los aspectos socioculturales que influyen en los hombres mexicanos para que éstos interioricen un cuerpo ideal sólo con finalidades estéticas y sociales.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC) en varones mexicanos.

MÉTODO

Muestra

La muestra fue de tipo no probabilístico, conformada por 504 jóvenes de sexo masculino con un rango de edad de 12 a 31 años (\bar{X} = 17.65, DE = 3.49). La distribución de la población de acuerdo con su nivel de estudios y el tipo de institución a la que acuden, se presenta en la tabla 1M.

NIVEL DE ESTUDIOS	TIPO DE ESCUELA		TOTALES
	Privada	Pública	
Secundaria	n=58	n=98	N=156
Bachillerato	n=41	n=36	N=77
Universidad	n=73	n=198	N=271
TOTALES	N=172	N=332	N=504

Tabla 1M. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de estudios y el tipo de escuela.

Instrumento

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC). Este fue creado por Toro, Salamero, Martínez (1994) los cuales hicieron una versión para mujeres y otra para hombres, para esta investigación se utilizó la adaptación de la versión masculina del CIMEC para población mexicana, hecha por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM campus Iztacala.

Las preguntas del CIMEC se evalúan de manera directa y cuenta con tres opciones de respuesta:

- a) Sí siempre
- b) Sí a veces
- c) No nunca

PROCEDIMIENTO

Recolección de datos

Se realizó un protocolo de investigación, el cual se presentó en las diferentes instituciones donde se llevó a cabo la presente investigación. En el momento en que se tuvo acceso a las instituciones se procedió a la aplicación del cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC), señalándoles a los participantes que los datos que iban a proporcionar eran confidenciales y que ninguna de la respuesta que proporcionaran iba a ser considerada como buena o mala. La aplicación se realizó de forma grupal (de 15 a 20 sujetos por aplicación). Posteriormente, se procedió a capturar los resultados en la base de datos en el programa SPSS.

Análisis Estadístico

Para obtener la **confiabilidad** del CIMEC se partió de los métodos basados en una única aplicación de test, en específico los que se basan en métodos de las covarianzas de los ítems, que se encargan de evaluar la **consistencia interna** del instrumento; para este fin se empleó el siguiente método:

∞ Método de matriz covariante, para calcular el coeficiente *Alpha de Cronbach*.

En la presente investigación se evaluó la validez de **constructo**, lo que supone valorar si el CIMEC evalúa la influencia de los modelos estéticos corporales, con base a hipótesis teóricas y la relación de éstas con otros constructos teóricos.

∞ La **Validez Factorial**, se determinó por medio del análisis factorial, que consistió en explorar y analizar las interrelaciones existentes entre los ítems, mediante la agrupación de éstos en factores.

RESULTADOS

En primer lugar, se analizó la distribución de frecuencias de la puntuación total del CIMEC (figura 1R). La puntuación promedio del total del instrumento fue de 16.6 (D.E. 11.21). Se puede observar que el pico de las frecuencias se sitúa en el rango de 7.5 a 12.5, mientras que la cresta de la curva de normalidad se encuentra en el rango de 12.5 a 22.5. Ninguna de estas puntuaciones supera el punto de corte del CIMEC $\geq 23-24$ propuesto por Toro et al. (1994). Sin embargo, el 21.82% (n= 110) de los participantes obtuvieron una puntuación mayor o igual al punto de corte.

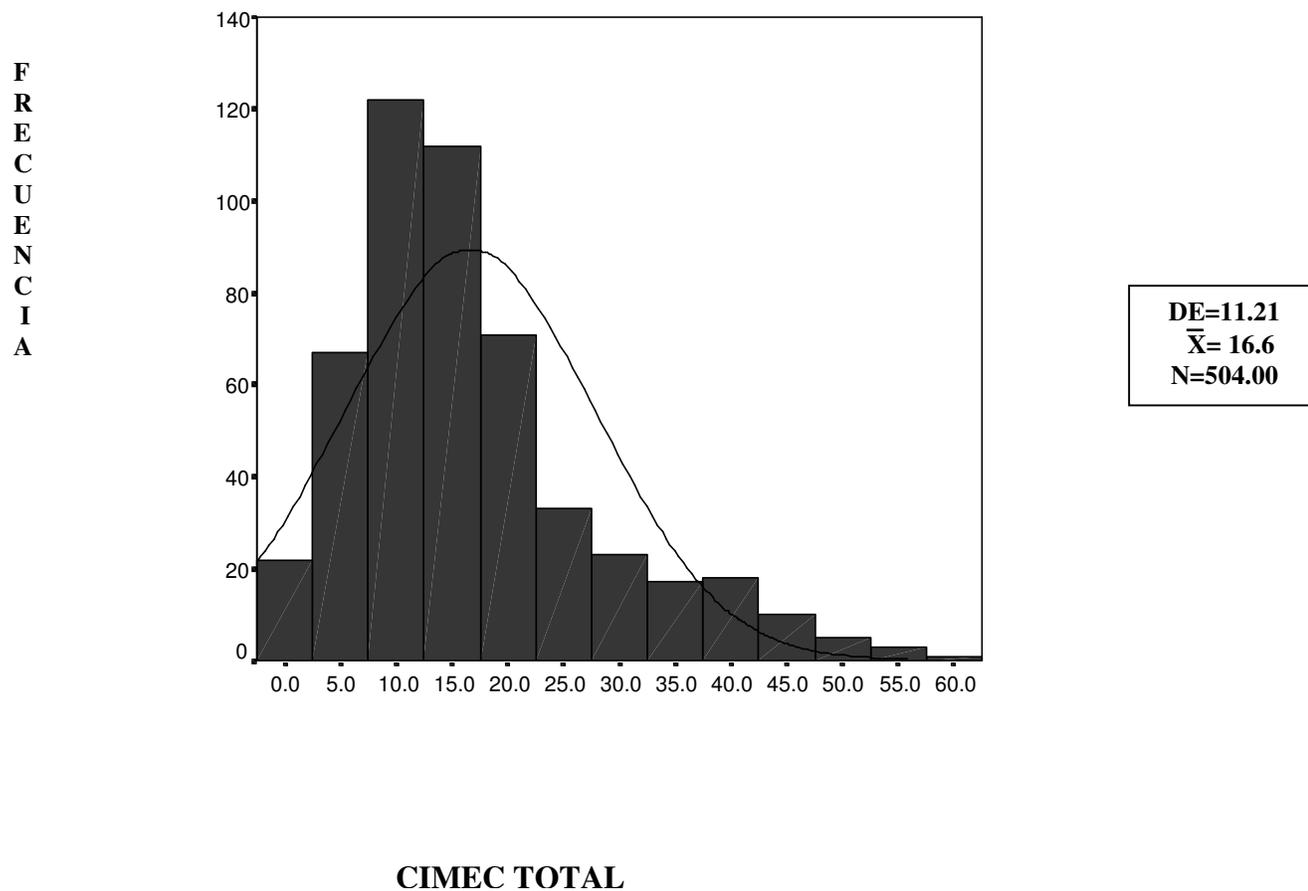


Figura 1R. Histograma de frecuencias de las puntuaciones totales del CIMEC.

Para el análisis psicométrico del CIMEC, se pretendió evaluar dos aspectos básicos, la confiabilidad y la validez, mediante los métodos de consistencia interna y análisis factorial respectivamente.

Análisis de confiabilidad.

Se realizó inicialmente por el cálculo del *Alpha de Cronbach*, por éste se encontró que el CIMEC cuenta con un sobresaliente grado de consistencia interna ($\alpha= 0.90$).

El valor del alpha aumentaría ($\alpha= 0.9063$) si se anularan los ítems 32, 4 y 2 (ver Tabla 1R). Sin embargo, el correspondiente incremento en el coeficiente de fiabilidad sería mínimo, y –por lo mismo– poco sustancial. Por tal motivo, es más conveniente dejar el cuestionario como fue creado, ya que resulta poco significativo modificarlo.

No de Ítem	Correlación Ítem-total	Alpha> .8960
32	0.3151	.9002
¿Hablas con tus amigos o compañeros acerca de productos o actividades adelgazantes?		
4	0.3458	.9000
Envidias el cuerpo de: bailarines, atletas, fisicoculturistas, nadadores, y otros deportistas.		
2	0.2775	.8969
¿Tienes algún amigo o compañero que haya seguido una dieta adelgazante?		

Tabla 1R. Ítems que de anularse aumentaría el valor del Alpha.

También se realizó otro análisis de confiabilidad, partiendo del método por mitades, específicamente por la matriz covariante. El coeficiente de correlación entre las formas (0.76) mejoró al ser corregido con las fórmulas de Guttman y Spearman-Brown (0.86). Además hay un equilibrio entre las partes al considerar el Alpha de cada una de ellas: para la primera (0.83) y para la segunda (0.80). Con base en lo anterior, se puede observar que estos coeficientes son menores con

respecto al obtenido por el alpha de Cronbach, aunque cabe señalar que mantienen su relevancia, a pesar de que el CIMEC se construyó para ser analizado por el método que se basa en las covarianzas entre todos los ítems.

Con respecto a la correlación existente entre cada uno de los 40 ítems del CIMEC con el valor total, por medio del coeficiente de Pearson (ver Tabla 2R), se observa que todos los reactivos del CIMEC se correlacionaron de manera positiva y significativa ($p \leq 0.01$) con la puntuación total. De éstos, 17 ítems mostraron un coeficiente de correlación con la suficiente magnitud para considerarse con capacidad de predecir ($r \geq 0.50$). De los restantes, 22 ítems mostraron una correlación moderada ($r \geq 0.30$) y sólo el ítem 2 mostró una correlación débil ($r \geq 0.20$).

Ítems	Coeficiente de Pearson (r)	Nivel de significancia
5, 6, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36 y 40	$r \geq 0.50$ y $r < 0.70$	$p \leq 0.01$
1, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 17, 18, 22, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38 y 39	$r \geq 0.30$ y $r < 0.50$	$p \leq 0.01$
2	$r \geq 0.10$ y $r < 0.30$	$p \leq 0.01$

Tabla 2R. Correlación de la puntuación total con cada uno de los ítems del CIMEC.

Análisis de validez factorial

El análisis de componentes principales extrajo nueve factores con valores propios superiores a la unidad. Los nueve factores explican un 51.70% de variabilidad total. Las comunalidades fueron elevadas, ya que todas fueron superiores a uno (ver Tabla 3R).

Factor	Valor propio	% Explicado de la varianza	% Acomulado
1	9.40	23.50	23.50
2	2.13	5.31	28.81
3	1.78	4.46	33.27
4	1.51	3.78	37.05
5	1.32	3.29	40.34
6	1.23	3.08	43.42
7	1.16	2.90	46.31
8	1.10	2.76	49.08
9	1.05	2.62	51.70

Tabla 3R. Estructura factorial obtenida por medio del método de componentes principales.

Posteriormente se aplicó el procedimiento de rotación varimax, con la finalidad de minimizar el número de saturaciones altas en el primer factor; no obstante éste conservó la estructura de los nueve factores. Aunque se consideró que el noveno factor contaba con un ítem y el octavo y séptimo con dos ítems, por lo que se forzó la estructura factorial a ocho, siete, cinco y cuatro, decidiéndose una de seis como la más adecuada.

Para decidir el análisis factorial confirmatorio se partió de los siguientes criterios (Yela, 1997, citado en Alvarez, 2000):

- ♣ El ítem debe tener una saturación igual o superior a 0.40
- ♣ Un ítem se incluye en un sólo factor, aquél en el que presente un mayor nivel de saturación.
- ♣ Debe existir una congruencia conceptual entre todos los ítems que se incluyen en un factor.
- ♣ Un factor para ser considerado como tal debe comprender al menos tres reactivos.

La estructura factorial de seis se observa en la tabla 4R, en el cual se obtuvo una varianza total del 43.42% y se agruparon 32 reactivos, de modo que solamente ocho ítems no se agruparon en alguno de los seis factores (3, 4, 5, 7, 24, 31, 32, 35).

Factor	Valor propio	% Explicado de la varianza	% Acomulado
1	5.26	13.16	13.16
2	2.80	6.97	20.13
3	2.63	6.57	26.70
4	2.55	6.39	33.08
5	2.07	5.18	38.26
6	2.06	5.16	43.42

Tabla 4R. Estructura factorial detectada por medio del método de componentes principales, y confirmada por el método de rotación varimax.

El **Factor 1** explicó un 13.16% de la variabilidad total, en éste se agruparon once ítems de los cuales se decidieron eliminar tres ítems (19, 40 y 25), debido a que no mostraban congruencia conceptual y no se agrupaban en ningún otro factor con una carga ponderal ≥ 0.40 (Tabla 5R).

INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD		
Ítem	Contenido de Ítem	Ponderación
21	¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	.71
23	¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios etc. que hablan de calorías	.65
19	¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	.64
26	¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?	.63
15	¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	.62
28	¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando vez u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	.60
9	¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	.59
40	Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que te puedes ver obligado a comer?	.53
14	¿Comentas a tus amigos y compañeros los anuncios y productos destinados a adelgazar?	.50
25	¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligero de ropa o tener que usar traje de baño?	.42
6	Llaman tu atención los anuncios de televisión de productos adelgazantes.	.41

Tabla 5R. Carga ponderal de los reactivos que conforman el primer factor denominado Influencia de la Publicidad.

El alpha de Cronbach de este primer factor se modificó de $\alpha=0.86$ a $\alpha=0.84$, lo cual no parece representar un cambio sustancial. Los ítems que lo componen se refieren a la *Influencia de la Publicidad* y evalúan el interés que despiertan los anuncios que aparecen en la televisión, el radio, las revistas y los libros, acerca de la delgadez. Como es de esperarse este factor es el mejor, ya que muestra la mayor variabilidad explicada, es el que muestra el alpha de Cronbach más alto y la mayoría de sus ítems cuentan con una buena carga ponderal.

El **Factor 2** explicó un 6.97 % de la variabilidad total y reportó un alpha de Cronbach de 0.68. Cuenta con cinco ítems que se refieren a la *Influencia de la Figura Delgada*, incluye preguntas que evalúan la interiorización de la figura delgada, el interés que despierta ésta y la predisposición a relaciones sociales con personas delgadas (Tabla 6R).

INFLUENCIA DE LA FIGURA DELGADA		
Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
34	¿Crees que los muchachos y jóvenes delgados son más aceptados por los demás que los que no lo son?	.62
39	¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas o con musculatura que las que no lo son?	.58
1	Cuándo estás viendo una película, ¿miras a los actores fijándote especialmente en si son gordos o delgados?	.57
12	Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	.56
36	Ante muchachos y hombres jóvenes ¿te fijas en si son fuertes o musculosos?	.55

Tabla 6R. Carga ponderal de los reactivos que conforman el segundo factor denominado Influencia de la Figura Delgada.

Los cinco ítems que componen el **tercer factor** hacen referencia a la *Malestar con la Imagen Corporal*, es decir evalúan la ansiedad ante situaciones que cuestionan la autopercepción corporal y la preocupación por no coincidir con el ideal corporal socialmente establecido (Tabla 7R). Este factor explicó el 6.57% de la variabilidad total y obtuvo un alpha de Cronbach de 0.71.

MALESTAR CON LA IMAGEN CORPORAL		
Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
13	¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	.58
10	¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	.56
20	¿Te preocupa el excesivo volumen de tu estómago o de tu trasero?	.49
22	¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada?	.48
11	¿Te angustia (por verte gordito) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.?	.46

Tabla 7R. Carga ponderal de los reactivos que conforman el tercer factor denominado Malestar con la Imagen Corporal.

El **cuarto factor** explica el 6.39% de la variabilidad total y consiguió un alpha de 0.68. Los cuatro ítems de este factor hace referencia a la *Influencia de la Figura Musculosa*, ya que evalúa el interés que despierta el cuerpo musculoso, la realización de actividades para alcanzar este modelo estético y el rechazo a tener un cuerpo extremadamente delgado (Tabla 8R).

INFLUENCIA DE LA FIGURA MUSCULOSA		
Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
33	¿Alguna vez has hecho algún ejercicio físico para desarrollar tu cuerpo o tus músculos?	.72
38	¿Tienes algún compañero o amigo que te haya hecho o esté haciendo algún ejercicio físico para desarrollar su cuerpo o sus músculos?	.64
16	¿Envidias la musculatura de algunos actores?	.60
29	¿Te preocupa que tus brazos y pechos sean poco musculosos?	.55

Tabla 8R. Carga ponderal de los reactivos que conforman el cuarto factor denominado Influencia de la Figura Musculosa.

El **quinto factor** explica el 5.17% de la variabilidad total y obtuvo un alpha de Cronbach de 0.55 (Tabla 9R).

Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
8	¿Te preocupa tener las piernas demasiado delgadas?	.67
17	¿Has comido alguna vez más de lo normal para aumentar el peso o el volumen de tu cuerpo?	.64
37	¿Te ha dado vergüenza desnudarte ante tus compañeros por temor a que te vean demasiado delgado?	.42

Tabla 9R. Carga ponderal de los reactivos que conforman el quinto factor.

En el quinto factor se observa que los tres ítems que lo componen evalúan lo mismo que el cuarto factor – Influencia de la Figura Musculosa –, pero en el sentido inverso, ya que más bien se indaga sobre la poca aceptación que gira en torno al cuerpo excesivamente delgado, por lo que se considero conveniente unir éstos en un factor, además el alpha de Cronbach aumentaría a 0.69.

El **sexto factor** explica el 5.16% de la variabilidad total y reportó un alpha de Cronbach de 0.60. Los cuatro ítems en él incluidos (Tabla 10R) se refieren a la *Influencia de las Relaciones Sociales*, ya que se incluyen preguntas en donde se evalúa la importancia que tienen los amigos en la asimilación de los modelos estéticos.

INFLUENCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES		
Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
2	¿Tienes algún amigo o compañero que haya o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	.69
27	¿Tienes algún amigo o compañero angustiado y preocupado por su peso o la forma de su cuerpo?	.69
30	¿Tienes algún compañero que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	.60
18	¿Crees que tus amigos o compañeros estén preocupados por el excesivo volumen de algunas partes de su cuerpo, ó el escaso volumen de algunas partes de su cuerpo?	.45

Tabla 10R. Carga ponderal de los reactivos que conforman el sexto factor denominado influencia de las relaciones sociales.

En los resultados expuestos, se muestra que en el CIMEC con hombres mexicanos tendría una solución de cinco factores, debido a que en el análisis conceptual fue el que mejor mostró congruencia entre los ítems de cada factor y en cuanto al análisis psicométrico los factores obtuvieron adecuados alphas de Cronbach y buena variabilidad total explicada.

DISCUSIÓN

El cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) es uno de los dos cuestionarios que se encuentran en la literatura para evaluar las influencias culturales asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria. Las razones por las cuales se eligió este cuestionario para la presente investigación es que fue creado y validado para población iberoamericana, cuenta con reactivos que hablan de la influencia que ejercen los medios de publicidad, el grupo de pares y los familiares. Además de ser ya utilizado en investigaciones mexicanas.

El análisis del cuestionario CIMEC indica que la puntuación promedio del total del CIMEC en varones ($\bar{X}= 16.6$ DE= 11.21) fue menor a la encontrada en mujeres mexicanas ($\bar{X}= 27.9$ DE= 15.8) y a la que señalan Toro et al. (1994) en mujeres españolas ($\bar{X}= 24.7$ DE= 10.7). Por tanto se esperaría que las puntuaciones totales en los hombres sean menores, debido a que la interiorización del modelo estético corporal en hombres mexicanos parece menor que en mujeres mexicanas y españolas. Lo cual se corrobora con lo señalado por Mateo (2002) y Vázquez et al. (2000), donde al comparar a hombres y mujeres encuentran que éstas son más susceptibles a la influencia de los modelos estéticos de delgadez.

De acuerdo al punto establecido para mujeres por Toro et al. (1994) – ≥ 23 ó 24 – el 21.82% de los participantes lo superó, este porcentaje parece elevado, porque estaría discriminando a la gente con gran interiorización del modelo estético corporal en riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, lo cual indica que este punto de corte es inapropiado para hombres mexicanos. Por tal razón, deben considerarse futuras investigaciones que evalúen este aspecto.

Por otro lado, para llevar a cabo las características psicométricas del CIMEC se valoró su confiabilidad y validez.

El análisis de confiabilidad del CIMEC mostró un elevado coeficiente alpha de Cronbach ($\alpha = 0.90$), lo cual indica que tiene una excelente consistencia interna. Además esto se confirma porque todos los ítems tienen relaciones significativas con la puntuación total, 17 ítems tienen coeficientes útiles para predecir ($r = \geq 0.50$ y < 0.70) y 22 muestran una correlación moderada ($r = \geq .30$ y < 0.50), en ese sentido se puede observar que existe relación conceptual apropiada entre todos los ítems.

Al comparar los resultados de la confiabilidad del CIMEC para varones con las obtenidas por Vázquez et al. (2000) en mujeres mexicanas ($\alpha = 0.94$) y con las mostradas por Toro, et al. (1994) en mujeres españolas con anorexia nerviosa ($\alpha = 0.94$) y para el grupo control ($\alpha = 0.92$), se observa que se mantiene una excelente consistencia interna en las diferentes versiones del CIMEC.

Posteriormente se realizó un análisis factorial mediante el método de rotación varimax para evaluar la validez de constructo.

De acuerdo al análisis factorial se optó por una estructura de cinco factores que agrupó a 32 ítems, de los cuales por incongruencia conceptual se eliminaron 3. Lo cual indica que 32 ítems son los que discriminan adecuadamente a la población comunitaria con una gran influencia del modelo estético corporal, de los que no. Al comparar estos resultados con el estudio hecho por Vázquez et al. (2000) se encuentran resultados similares en el número de ítems agrupados (35 ítems). Sin embargo, difieren del estudio original de Toro et al. (1994), ya que en este caso se agruparon sólo 26 de los 40 reactivos del CIMEC. Cabe resaltar que este último estudio es disímil de los realizados en México, por utilizar una validez predictiva.

En el análisis factorial confirmatorio del CIMEC en su versión para hombres se decidió una solución de seis factores que explican el 43.42% de la variabilidad total, por considerar que la finalidad de este análisis es explicar una mayor

varianza con el número menor de factores y debido a que el quinto y el cuarto factor evalúan conceptualmente lo mismo –la influencia de la figura musculosa– se decidió juntarlos, de esa manera quedó una estructura de cinco factores. Al comparar la varianza explicada con la que obtuvieron Vázquez, et al. (2000) se observan porcentajes similares (45.3 %). Siendo el estudio de Toro, et al. (1994) donde existe mayor porcentaje de varianza explicada (52.7%).

Al comparar los resultados del presente estudio con los que muestran Vázquez et al. (2000) y Toro et al. (1994), se observa que el número de factores es muy semejante –cuatro y cinco factores, respectivamente–. No obstante, existen diferencias entre las versiones.

A manera general se puede decir que la temática incluida en los tres primeros factores tiene coincidencia en las tres versiones, aunque no incluyen los mismos ítems. De los factores restantes, las dos versiones para México coinciden en un factor y sólo la versión para hombres mexicanos contiene un factor cuya temática no es abordada en el CIMEC femenino (Tabla 1D). Con la finalidad de lograr una mayor claridad de lo antes mencionado, se realizará un análisis por cada uno de los factores:

Primer factor

El primer factor en el presente estudio es ***Influencia de la Publicidad*** y evalúa el interés que despiertan los anuncios que aparecen en la televisión, el radio, las revistas y los libros, acerca de los modelos estéticos. Este factor aparece en los otros dos estudios realizados con mujeres, en el realizado en México coincide en ser el primer factor, mientras que en el estudio original de España es el segundo. Cabe mencionar que todos los ítems que componen este factor coinciden con los que aparecen en Vázquez et al. (2000) y algunos ítems (15, 6, 28, 21 y 9) coinciden con Toro et al. (1994. Tabla 1D).

HOMBRES MEXICANOS	MUJERES MEXICANAS (Vázquez, et al. 2000)	MUJERES ESPAÑOLAS (Toro, et al. 1994)
1.- Influencia de la Publicidad $\alpha = 0.84$ Varianza: 13.15 % Ítems: 6, 9, 14, 15, 21, 23, 26, 28.	1.-Influencia de la Publicidad $\alpha = 0.92$ Varianza: 33.1 % Ítems: 6, 8, 9, 14, 15, 19, 21, 23, 26, 28, 32, 33, 35, 38.	2.- Influencia de la Publicidad Varianza: 6.1% Ítems: 8, 6, 9, 15, 21, 28, 33, 38.
2.- Influencia de la figura de delgadez $\alpha = 0.68$ Varianza: 6.97 % Ítems: 1, 12, 34, 36, 39.	3.- Influencia de los Modelos Estéticos Corporales $\alpha = 0.75$ Varianza: 3.9% Ítems: 1, 3, 12, 14, 37, 39.	4.- Influencia de los Modelos Sociales Varianza: 4.5% Ítems: 1, 12, 27, 37.
3.- Malestar con la Imagen Corporal $\alpha = 0.71$ Varianza: 6.57 % Ítems: 10, 11, 13, 20, 22.	2.- Malestar con la Imagen Corporal $\alpha = 0.86$ Varianza: 5.3% Ítems: 5, 10, 11, 13, 16, 17, 22, 25, 29, 31.	1.- Malestar con la Imagen Corporal Varianza: 32.9% Ítems: 4, 5, 11, 13, 16, 17, 25, 31.
4.- Influencia de la Figura Musculosa $\alpha = 0.69$ Varianza: 6.39 % Ítems: 8, 16, 17, 29, 33, 37,38.		
5.- Influencia de las Relaciones Sociales $\alpha = 0.60$ Varianza: 5.17 % Ítems: 2, 18, 27, 30.	4.- Influencia de las relaciones Sociales $\alpha = 0.63$ Varianza: 2.9 % Ítems: 2, 18, 27, 30, 36.	

Tabla 1D. Comparación entre los factores obtenido en las investigaciones de validez del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC).

Este factor en mujeres mexicanas es el que más ítems tiene, cinco más (8, 33, 38, 19 y 35) que la versión para hombres. Cabe señalar que éstos se refieren específicamente a la influencia publicitaria de la figura delgada en mujeres, pero en la versión masculina, el CIMEC aborda tanto el interés de la figura delgada

como la musculosa. Es de interés señalar que para muestra comunitaria en hombres y mujeres de México el primer factor, influencia de la Publicidad –como era de esperarse–, resultó ser el más importante del CIMEC, ya que muestra la mayor variabilidad explicada, es el que tiene el alpha de Cronbach más alto y sus ítems cuentan con una buena carga ponderal, esto es relevante ya que está evaluando los aspectos para los que fue creado este cuestionario.

El alpha de Cronbach de este factor *-Influencia de la Publicidad-* mostró una buena consistencia interna ($\alpha= 0.85$). En mujeres mexicanas, se observa que ellas obtuvieron un alpha mayor ($\alpha= 0.92$) no obstante, debe de considerarse que cuentan con cinco ítems más. Con respecto al estudio original no se pudo hacer la comparación, ya que en su publicación no aparecen los alphas de Cronbach por factor.

Por otro lado, en México se han hecho varias investigaciones con el CIMEC, una que cobra relevancia es el estudio de Mateo (2002), ya que realizó una comparación entre grupos de hombres con y sin sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria, donde se observa que el factor *Influencia de la Publicidad* obtuvo diferencias significativas entre los grupos. Además, al realizar un análisis de regresión simple, es el único factor –del CIMEC– que predice la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en ellos. Por tanto, se puede decir que este factor confirma su importancia en el presente estudio.

Segundo factor

El segundo factor del CIMEC en hombres es ***Influencia de la Figura de Delgadez*** e incluye preguntas que evalúan la interiorización de la figura delgada, el interés que despierta ésta y la predisposición a las relaciones sociales con personas delgadas. Este factor también cuenta con un equivalente en los dos estudios hechos anteriormente –incluso, se observa que la cantidad de ítems en los tres estudios es muy similar–, sin embargo en ambos tienen otro nombre y otra jerarquía. En mujeres mexicanas es el tercer factor *-Influencia de los Modelos Estéticos Corporales-* y en mujeres españolas es el cuarto *-Influencia de los*

Modelos Sociales-. Este segundo factor lo componen cinco ítems, de los cuales tres (1, 12 y 39) coinciden con el factor en mujeres mexicanas y dos ítems (1 y 12) con el factor en mujeres españolas (ver tabla 1D). En lo que respecta a el alpha de Cronbach para este factor es adecuado en hombres ($\alpha = 0.68$), no obstante es menor comparándolo con el que muestran las mujeres mexicanas ($\alpha = 0.75$).

La decisión de nombrarlo *influencia de la figura de delgadez* y no como en las versiones femeninas, radica en que el CIMEC en varones explora tanto la interiorización del modelo de delgadez como la influencia de la figura musculosa –el cuarto factor– y pareció conveniente marcar la diferencia en el título de los factores.

Este segundo factor cobra relevancia, ya que los hombres que presentan obesidad y sobrepeso se esperaría que presenten una mayor interiorización de la figura de delgadez, debido a que la obesidad ha sido un factor que contribuye en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en varones (Toro, 1996 y De la Serna, 2002).

Por otra parte, en la investigación de trastornos del comportamiento alimentario con hombres homosexuales este factor sería de interés. Williamson y Spence (2001) señalan que uno de cada tres hombres con anorexia o bulimia nerviosas son homosexuales y que en ellos la interiorización del modelo de delgadez y la belleza física fueron los predictores más importantes de anomalías en la conducta alimentaria. Al parecer, en las comunidades occidentales de homosexuales dominan normas de belleza, las cuales enfatizan la delgadez y la juventud.

Tercer factor

El tercer factor es ***Malestar por la Imagen Corporal*** y evalúa la ansiedad ante situaciones que cuestionan la autopercepción corporal y la preocupación por no tener el ideal corporal socialmente establecido. Este factor también aparece en

los dos estudios anteriores y con el mismo nombre, pero en distinta jerarquía. Con respecto al estudio hecho por Vázquez et al. (2000) fue el segundo factor, no obstante en el estudio de Toro et al. (1994) ocupa el primer lugar, esto pudo deberse a que ellos trabajaron con población clínica, por lo que un rasgo central como lo es el malestar con la imagen corporal fue más relevante que la influencia de la publicidad.

Este factor en hombres lo componen cinco ítems de los cuales cuatro (13, 10, 22 y 11) coinciden con la versión para mujeres mexicanas, mientras que sólo dos (11 y 13) coinciden con la versión en mujeres españolas (ver tabla 1D). Es de interés mencionar que este factor tanto en mujeres mexicanas como españolas tienen más ítems – diez y ocho respectivamente –. En ese sentido, el alpha de Cronbach de este factor muestra una mayor consistencia en mujeres mexicanas ($\alpha= 0.86$) en comparación con los varones ($\alpha= 0.71$).

Dentro del CIMEC el factor malestar con la imagen corporal evalúa un aspecto que no es propiamente la finalidad del cuestionario, sin embargo éste resulta ser de utilidad, ya que brinda información acerca del malestar con la imagen corporal que se relaciona con la influencia de los medios publicitarios.

Cuarto factor

El cuarto factor es ***Influencia de la Figura Musculosa***, evalúa el interés que despierta el cuerpo musculoso, la realización de actividades para alcanzar este modelo estético y el rechazo a tener un cuerpo extremadamente delgado, su consistencia interna ($\alpha= 0.69$) muestra ser adecuada. Aunque hay que considerar que esta puntuación es la obtenida después de haber agregado los tres ítems que pertenecían al quinto factor.

En la literatura se menciona que el ideal corporal en varones es disímil al de las mujeres, en el sentido de que puede fluctuar entre una figura delgada y una musculosa (Lysne, Engel, Reza y Wonderlich, 2002; Drummond, 2002). Es por esta razón que el CIMEC en su versión masculina trata de explorar la

interiorización de estos dos ideales corporales, difiriendo de la versión femenina –que sólo se valora la influencia de la figura delgada–. Ante tal diferencia, el factor *Influencia de la Figura Musculosa* no tiene ningún similar en las dos validaciones precedentes realizadas en población femenina.

Además la importancia de que el CIMEC explore la interiorización de la figura musculosa radica en que en los recientes estudios se ha encontrado que los medios masivos de comunicación (televisión, revistas, radio), promueven como ideal corporal masculino la figura musculosa, en donde se observa un claro incremento de musculatura de los personajes de la televisión y modelos que aparecen en las revistas (Andersen, 2001; Olivardia, 2002). En ese sentido, Lysne et al. (2002) señalan que en la actualidad existe una fuerte presión para que los hombres sean musculosos.

Con base a lo anterior, muchos hombres se someten al ejercicio como un camino para evitar ser gordo, por lo que ahora en la cultura occidental contemporánea el deporte y la actividad física se perciben como signo de masculinidad (Drummond, 2002). Sin embargo, se está recurriendo a prácticas más dañinas para la salud, como el consumo de productos para incrementar masa muscular que con mayor frecuencia aparecen en anuncios de algunas revistas –Cosmopolitan y Glamour– (Olivardia, 2002) y el uso de esteroides anabólicos. Cole, Smith, Halford y Wagstaff (2002) señalan que el uso de estos últimos están incrementando de manera considerable en los últimos años. En ese sentido es de actualidad y utilidad que un cuestionario evalúe la influencia de la musculatura, ya que los hombres más propensos a utilizarlos son aquéllos que están excesivamente preocupados por su imagen corporal e influenciados con este prototipo de ideal corporal masculino que se maneja en la sociedad.

Quinto factor

El quinto factor se llama ***Influencia de las Relaciones Sociales*** e incluye preguntas que indagan la influencia de los amigos y compañeros en la asimilación de los modelos estéticos. Este factor parece no tener un equivalente al estudio

hecho por Toro et al. (1994), mientras que para el estudio realizado en mujeres mexicanas sería similar con el cuarto factor, nombrado de la misma manera. Lo componen cuatro ítems, de los cuales todos coinciden con los que aparecen en la versión de mujeres mexicanas (Tabla 1D).

El alpha de Cronbach de este quinto factor ($\alpha= 0.60$) mostró una adecuada consistencia interna. Con respecto al alpha mostrado en mujeres mexicanas, se observa un coeficiente similar ($\alpha= 0.63$). Lo relevante de este factor es que en la literatura se menciona que el grupo de amigos puede influir en la promoción de ideales corporales (Dorian y Garfinkel, 2002). En ese sentido, es importante que se mantuviera este factor en los dos estudios, porque explora en población mexicana lo expuesto teóricamente.

En conclusión, los resultados expuestos anteriormente permiten decir que el CIMEC en su versión masculina es un instrumento válido que se recomienda para hombres mexicanos por la excelente consistencia interna y por la estructura factorial obtenida, que engloba la influencia que ejercen los medios de comunicación, explora el interés de los modelos estéticos corporales –delgadez y musculatura – y la influencia de las relaciones sociales en la asimilación de éstos.

No obstante, hay que considerar que la presente investigación es un primer análisis de las propiedades psicométricas del CIMEC en población comunitaria de hombres mexicanos. En ese sentido, se sugieren a futuro estudios en los que se analice la relación de la influencia del modelo estético corporal en varones con la ausencia o presencia de trastornos de la conducta alimentaria en ellos.

Con base a lo expuesto en el presente trabajo, éste es el primer estudio en México que evalúa el análisis psicométrico del CIMEC en su versión masculina y sería de los primeros cuestionarios que posiblemente se integren en una batería para valorar los factores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en hombres.

CONCLUSIONES

- (El alpha de Cronbach ($\alpha= 0.90$) del CIMEC –versión masculina– indica que este instrumento posee una excelente consistencia interna, confirmándose al mostrar correlaciones significativas de todos los ítems con la puntuación total del cuestionario.
- (La validez de constructo del CIMEC evaluada a través del análisis factorial indica que se cumple con el objetivo planteado para el que fue creado este cuestionario, ya que se observa que sus factores evalúan la influencia de los medios publicitarios en la asimilación de modelos estéticos corporales de delgadez y musculatura, así como el papel que juegan las relaciones sociales en éstos.
- (El CIMEC en su versión masculina es un cuestionario actualizado, ya que sus factores y en especial el cuarto *Influencia de la Musculatura*, evalúan aspectos que son vigentes en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria en varones.
- (El CIMEC es un instrumento útil para evaluar la influencia del modelo estético corporal en hombres mexicanos en el estudio de los trastornos del comportamiento alimentario.

REFERENCIAS

- Abraham, S & Jones-Derek, L. (1994). Anorexia y bulimia: Desórdenes alimentarios. Alianza ed, Madrid.
- Afifi-Soweid, A. R., Najem, B. M. & Shediak-Rizkaillan, C. M. (2002). Preoccupation with weight and disordered eating behaviors of entering students at a university in Lebanon. International Journal Eating Disorder, 32 (1), 52-57.
- Allen, C. I. & Masha, Y. I. (2002). Global and dimensional self-esteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: age and gender differences. International Journal Eating Disorder, 31 (4), 424-429.
- Alvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría. México: UNAM.
- Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. Martínez, M. M. & López, A. X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. Revista Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 50-58.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (4rd ed.) Washington, DC, EE. UU. : Autor.
- Andersen, A. E. (1997). Contrastes y comparaciones entre hombres y mujeres con trastorno alimentario: Desafíos para la clínica y la investigación. En J. Buendía (Ed.), Psicopatología en niños y adolescentes (pp. 439-460). Madrid: Pirámide.
- Andersen, A. (2001). The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession. The American Journal of Psychiatry, 158, 1947-1948.

- Barry, T. D., Grilo, M. C. & Masheb, M. R. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. International Journal Eating Disorders, 31, 63-70.
- Boroughs, M. & Thompson, J. K. (2002). Exercise status and sexual orientation as moderators of body image disturbance and eating disorders in males. International Journal Eating Disorders, 31 (3), 307-311.
- Borzekowski, G. L. D., Robinson, N. T. & Killen, D. J. (2000). Does the camera add 10 pounds? Media use, perceived importance of appearance, and weight concerns among teenage girls. Journal of Adolescent Health, 26, 36-41.
- Braun, L. D., Sunday, R. S., Huang, A. & Halmi, A. K. (1999). More males seek treatment for eating disorders. (1999). International Journal Eating Disorders, 25, 415-424.
- Carlat, D. J. & Camargo, C. A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. [En red]. American Psychiatric Association, 148, 831-843. Resumen de: Langley Porter Psychiatric Institute, San Francisco, CA 94143-0984.
- Carlat, D. J., Camargo, C. A. & 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. & Sifré, S. (2000). Factores de riesgo asociados y comportamientos alimentarios. Revista Psicología Contemporánea, 7 (1), 66-73.
- Cohane, H. G. & Pope, G. H. (2001). Body image in boys: A review of the literature. International Journal of eating Disorder, 29 (4), 373-379.
- Cole, J. C., Smith, R., Halford, J. C. G. & Wagstaff, G. F. (2003). A preliminary investigation into the relationship between anabolic-androgenic steroid use

and the symptoms of reverse anorexia in both current and ex-users. Psychopharmacology, 166, 424-429.

Corona, G. A. (1998). El gobierno del cuerpo: tecnologías disciplinarias y administración dietética. Revista Psicología y Ciencia Social, 2(1), 3-14.

Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D.(1996). Anorexia y bulimia lo que hay que saber. Gedisa, Barcelona.

Cusumano, L. D. & Thompson, K. J. (2001). Media influence and body image in 8-11 year old boys and girls: A preliminary report on the multidimensional media influence scale. International Journal Eating Disorder, 29, 37-44.

De la Paz, F. (2002, Octubre). Vigorexia: un nuevo trastorno mental que afecta especialmente a los hombres. (En red). Disponible en: cnnenespanol.com.

De la Serna, I. (1996). Aspectos clínicos de la anorexia nerviosa en el varón. Actas Luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines, 24 (2), 67-73.

De la Serna, I. (2001a). Factores biológicos y psicosociales relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en varones. (En red). Disponible en: psiquiatría.com.

De la Serna, I. (2001b). Trastornos de la conducta alimentaria en el varón. En E. García-Camba (Ed.). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad (pp.117-124). Barcelona: Masson.

De la Serna de Pedro, I. (2002, enero). Caso de anorexia grave en un varon. (En red). Disponible en: medired.com

- Devlin, M. J. & Zhu, A. J. (2001). Body Image in the Balance. The Journal of the American Medical Association, 286 (17), 2159-2161.
- Dohm, F. A., Beattie, J. A., Aibel, C., & Striegel-Moore, R. H. (2001). Factors differentiating women and men who successfully maintain weight loss from women and men who do not. Journal of Clinical of Psychology, 57 (1), 105-117.
- Dorian, L. & Garfinkel, P. E. (2002). Cultura and body image in western society. *Eating and weight disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 7 (1).
- Drewnowsky, A. & Yee, D. (1987). Men and body image: Are males satisfied their body weight?. Psychosomatic Medicine, 49, 626-634.
- Drummond, M. J. N. (2002). Men body Image, and eating disorders. International Journal of Men's Health, 1 (1).
- Fairburn, C. (1998). La superación de los atracones de comida. Barcelona España, Paídos.
- Fernández, C. I. (1999). Vigorexia. (En red). Disponible en: club2.telepolis.com
- Field, A. E., Cheung, L., Wolf, A. M., Herzog, D. B., Gortmaker, S. L. & Golditz, G. A. (1999). Exposure to the mass media and weight concerns among girls. American Academy of Pediatrics, 103 (3), 660-661.
- Fouts, G. & Vaughan, K. (2002). Locus of control, television viewing, and eating disorder symptomatology in young females. The Association for Profesionals in Services for Adolescents, Published by Elseiver Science, 25, 307-311.

- García, V. H. (2002, Octubre). Detectan un nuevo trastorno de la alimentación denominado vigorexia. (En red). Disponible en: geosalud. Com.
- Garduño, D. J. & Nieto, G. M. (2002). Imagen corporal en mujeres mexicanas pertenecientes a tres grupos de edad: un estudio exploratorio. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala, UNAM.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. & Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras de género masculino. Revista Psicología Contemporánea, 7 (1), 4-15.
- Gutiérrez, G. E. (2002). Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y sus asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala, UNAM.
- Gutiérrez, V. M. (2000). Evaluación de la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología de trastorno alimentario. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala, UNAM.
- Heinberg, J. L., Thompson, J. K., & Storer, S. (1995). Development and Validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. International Journal of Eating Disorder, 17 (1), 81-89.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (1991). Metodología de la Investigación, McGrawHill, México.
- Hoerr, S., Bokram, R., Lugo, B. Bivins, T. & Keast, D. (2002). Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. Original Research, 21 (4), 307-314.

- Jacobi, C. P., Agras, W. S. & Hammer, L. (2001). Predicting children's reported eating disturbances at 8 years of age. Journal of the American Academy of child adolescent psychiatry, 40 (3), 364-372.
- Joiner, E. T., Jr., Vohs, D. K. & Heatherton, F. T. (2000). Three studies on the factorial distinctiveness of binge eating and bulimic symptoms among nonclinical men and women. International Journal of Eating Disorder, 27, 198-205.
- Kerlinger, F. N. (1988). *Investigación del comportamiento*. McGrawHill, México.
- Knowlton, L. (2002, Julio). Eating Disorders in Males. (En red). Disponible en: Psychiatric Times. com.
- Leit, A. R., Gray, J. J. & Pope, H. G. Jr. (2002). The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia?. International Journal of Eating Disorder, 31 (3), 334-338.
- Lysne, C., Engel, S. G., Reza, T. M. y Wonderlich, S. (2002). Body image, binge eating, and obesity in males. Healthy Weight Journal, 16 (4), 56-58.
- Margo, L. J. (1987). Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients. British Journal of Psychiatry, 151, 80-83.
- Martínez, A. N. (2001, Febrero). La eterna búsqueda del cuerpo perfecto. (En red). Disponible en: cnespanol.com.
- Martínez, A. R. (1995). Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos. Síntesis Psicología, España.

Mateo, G. C. (2002) Diferencias entre jóvenes y mujeres en la presencia de trastorno alimentario y sus factores asociados. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala, UNAM.

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

National Eating Disorders Association. (2002). Anorexia nervosa in males, Bulimia nervosa in males y Binge Eating disorder in males (En red). Disponible en: nationaleatingdisorders.org.

Nunnally, J. C. y Bernstein, I. H. (1995). Teoría Psicométrica. Mc. Graw-Hill, México.

Olivardia, P. (2002). Body Image Obsession in Men. Healthy Weight Journal, 16 (4), 59-63.

Olivardia, R., Pope, G. H. & Hudson, I. J. (2000). Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study. American Journal of Psychiatry, 157, 1291-1296. Resumen de: American Psychiatric Association

Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J. & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. Clinical Child and Family Psychology Review, 5 (1), 1-19.

Peluso, T., Ricciardelli, L. A. & Williams, R. J. (1999). Self-Control in relation to problem drinking and symptoms of disordered eating. Addictive Behaviors, 24 (5), 715-718.

Rand, W. S. C. & Wright, A. B. (2001) Thinner females and heavier: who says? A comparison of female to male ideal body sizes across a wide age span. International Journal of Eating Disorder, 29 (1) , 45-50.

- Ricciardelli, A. L. & McCabe, P. M. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literatura. Clinical Psychology Review, 21 (3), 325-344.
- Ricciardelli, A. L., McCabe, P. M. & Banfield, S. (2000). Body image and body change methods in adolescent boys Role of parents, friends, and the media. Journal of Psychosomatic Research, 49, 189-197.
- Rodríguez M. C., Riquelme, A. & Buendía, J. (1996). Epidemiología de la anorexia nerviosa. Anales de Psiquiatría, 12 (6), 262-269.
- Russell, J. C. & Keel, K. P. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. International Journal of Eating Disorder, 31 (3), 300-306.
- Sánchez, M. C. (2000). Las dietas mitos y verdades. ¿Cómo ves?, 2 (18), 10-14.
- Sands, R., Tricker, J., Sherman, C., Armatas, C. & Maschette, W. (1997). Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and psysical activity in preadolescent school children. International Journal of Eating Disorder, 21, 159-166.
- Shitz, T. (2002, Julio). Males and Eating Disorders: Research. (en red). Disponible en: edap. org
- Silva, R. A. (1992). Métodos cuantitativos en Psicología. Trillas, México.
- Sorbara, M. & Geliebter, A. (2002). Body image disturbance in obese outpatients before and alter weight loss in relation to race, gender, eating, and age of onset of obesity. International Journal Eating Disorder, 31 (4) , 416-423.

- Striegel-Moore, H. R., Garvin, V., Dohm, F. A. & Rosenheck, R. A. (1999). Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: detection rates and psychiatric comorbidity. International Journal Eating Disorder, 25, 405-414.
- Striegel-Moore, R. H. (2001). Body image concerns among children. The Journal of Pediatrics, 138 (2), 158-160.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2001). Males with Anorexia Nervosa: A controlled study of eating disorders in first-degree relatives. International Journal Eating Disorder, 29 (3), 263-269.
- Tepper, J. B., Trail, C. A. & Shaffer, E. S. (1996). Diet and physical activity in restrained eaters. Appetite, 27, 51-64.
- Tiggemann, M. & Pickering, S. A. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. International Journal of Eating Disorders, 20 (2), 199-203.
- Tomori, M. & Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depresión, and self-esteem in high school students. Journal of Adolescent Health, 26, 361-367.
- Toro, (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. España Ariel Ciencia.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influencia on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psiquiátrica Scandinavica, 89, 147-151.

- Vázquez, A. R. (1997). Aspectos familiares de la bulimia y anorexia nerviosa: Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Vázquez, A. R., Alvarez, R. G. & Mancilla, D. J. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. Salud Mental, 23 (6), 18-24.
- Vázquez, A. R., Fuentes, T. E., Báez, R. M., Alvarez, R. G. & Mancilla, D. J. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. Psicología y salud, 12 (1), 73-82.
- Vázquez, R., López, A. X., Alvarez, R. G., Ocampo, M. T. & Mancilla, D. J. M. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. Psicología Contemporánea, (1), 56-79.
- Velilla, P. (2001). Los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes varones. Aula Médica Psiquiatría, 2, Resumen de: Psiquiatría. Com
- Villadrich, M. C., Prat, R., Doval, E. & Vall-Ilovera, M. (1997). Psicometría. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Westenhofer, J. (2001). Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. International Journal of eating Disorder, 29 (4), 477-481.
- Williamson, I. & Spence, K. (2002). Towards an understanding of risk factors for eating disturbance amongst gay men. Health Education, 101(5), 217-227.
- Womble, G. L., Williamson, A. D., Martín, K. C, Zucker, L. N., Thaw, M. J., Netemeyer, R., et al. (2001). Psychosocial Variables Associated with Binge

Eating in Obese Males and Females. International Journal Eating Disorder, 30, 217-221.

Woodside, D., Garfinkel, P., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A., Goldbloom, D., et al. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. The American Journal of Psychiatry, 158 (4), 570-574.