



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“DINÁMICA FAMILIAR Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN JÓVENES MEXICANOS”

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA :
GALDÓS CRUZ JUDITH

DIRECTORA: DRA. ROSALIA VÁZQUEZ ARÉVALO
ASESORAS: MTRA. GEORGINA LETICIA ÁLVAREZ RAYÓN
LIC. XOCHITL LÓPEZ AGUILAR



TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO,

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Por haberme enseñado que todo esfuerzo siempre tiene su recompensa, por darme fuerza en los momentos en los cuales empezaba a desistir para poder terminar mi tesis. Quiero agradecerles lo que ahora soy. Gracias por estar a mi lado en el momento justo y el más anhelado.

A MI HERMANA:

Gracias por apoyarme y ayudarme cuando lo necesite, y sobre todo por las críticas que hiciste en algún momento, por que de ellas aprendí.

A MIS TIOS Y PRIMOS:

Por echarme porras y por no dejarme caer.

A CLAUDIA:

Por darme ánimos cuando quería dejar todo, por los buenos y malos momentos que hemos pasado, los cuales me han enseñado que siempre vas a estar y que voy a poder contar contigo. Gracias por ser mi mejor amiga.

A CARO:

Por compartir conmigo tus conocimientos, y ayudarme cuando lo necesite. Gracias por amistad incondicional y por confiar en mí.

A MIS AMIGOS:

Isabel, Ivonne, Ivis, Jorge, Juan Carlos, Pavel,
por su comprensión y por todos los buenos
momentos que hemos compartido.

A ROSALIA:

Gracias por compartir tu conocimiento y
experiencia conmigo, por darme ánimos,
tenerme paciencia, y sobre todo por
la amistad que me brindaste.

A GINA Y XOCHITL:

Gracias por enriquecer este trabajo con
sus conocimientos y por ayudarme
cuando lo necesite.

A LA UNAM:

Por haberme dado los elementos necesarios
para poder desenvolverme a nivel profesional
en el mundo externo. Gracias por forjar a individuos
que se comprometen y preocupan por el
desarrollo de su País.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

ANTECEDENTES

1. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO 4

1.1. ANOREXIA NERVIOSA 6

1.1.1. Criterios Diagnósticos 6

1.1.2. Factores de Riesgo 7

1.1.2.1. Factores Predisponentes 7

1.1.2.2. Factores Precipitantes 10

1.1.2.3. Factores Perpetuantes o Mantenedores 11

1.1.3. Consecuencias Físicas 12

1.2. BULIMIA NERVIOSA 12

1.2.1. Criterios Diagnósticos 12

1.2.2. Factores de Riesgo 13

1.2.2.1. Factores Predisponentes 14

1.2.2.2. Factores Precipitantes 15

1.2.2.3. Factores Perpetuantes o Mantenedores 15

1.2.3. Consecuencias Físicas 16

1.3. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO NO ESPECIFICADOS 17

1.3.1. Criterios Diagnósticos 17

1.4. EPIDEMIOLOGÍA 17

1.5. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN HOMBRES 18

1.5.1. Historia 18

1.5.2. Aspectos Estudiados 19

1.5.3. Factores de Riesgo 23

1.5.3.1. Anorexia Nerviosa 23

1.5.3.2. Bulimia Nerviosa 23

1.6. VIGOREXIA, NUEVA ENFERMEDAD DEL SIGLO 25

1.6.1. Estudios de Vigorexia 27

2. LA FAMILIA	29
2.1. DEFINICIÓN	29
2.2. FUNCIONES	30
2.3. DIMENSIONES	31
3. FACTORES FAMILIARES EN LA ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA	33
3.1. ANOREXIA NERVIOSA	33
3.2. BULIMIA NERVIOSA	37
3.3. ASPECTOS FAMILIARES ESTUDIADOS	39
3.3.1. Imagen Corporal	39
3.3.2. Relaciones Familiares	41
OBJETIVOS	45
MÉTODO	46
Sujetos	46
Instrumentos	47
Procedimiento	50
PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS	52
RESULTADOS	56
DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES	92
REFERENCIAS	95
ANEXOS	111

RESÚMEN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario tienen un origen multicausal, donde la familia cobra relevancia en conjunto con otros aspectos, debido a que se le considera como un factor de riesgo o de mantenimiento en estos trastornos, en México poco se ha investigado al respecto, por ello que el **objetivo** del presente estudio fue evaluar la relevancia de la dinámica familiar en los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). Se trabajó con una muestra de 237 varones y 288 mujeres provenientes de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México con un rango de edad de 12 a 28 años. A los participantes se les aplicaron los cuestionarios siguientes: hoja de datos generales, actitudes alimentarias (EAT-40), sintomatología de BN (BULIT), interiorización del modelo estético corporal (CIMEC), insatisfacción corporal (BSQ), escala de ambiente familiar (FES) y la Entrevista Diagnóstica (está entrevista sólo se aplicó a los participantes que superaron el *punto de corte* (PC) del EAT y BULIT, así como a un número semejante de participantes que no rebasaron éste –grupo que fungió como control–). Los **Resultados** indican que en la muestra estudiada de hombres y mujeres el TCA más frecuente fue el TANE. Así mismo, ambos grupos presentaron más sintomatología de BN –14.58% en mujeres y 10.97% en varones– que de AN (13.19% vs 5.06%). Se consideraron a todas aquellos participantes que superaron el PC de los instrumentos EAT y/o BULIT —hombres (n= 34) y mujeres (n= 59)—, formando así los grupos con sintomatología. Asimismo, se escogió aleatoriamente un grupo similar para mujeres y hombres, quienes formaron los grupos control. Al analizar las variables familiares se encontró que cuatro subescalas mostraron diferencias significativas; los hombres con sintomatología reportaron menor cohesión y organización en su familia que los grupos control, mientras que las mujeres con sintomatología percibieron mayor orientación hacia los logros que los hombres con sintomatología. También, que aquellos varones que percibieron a sus familias como menos organizadas para planificar las actividades y responsabilidades, pueden presentar mayor vulnerabilidad a llevar a cabo dietas, atracones y una preocupación del entorno social que les demanda una mayor ingestión de alimentos, así como al presentarse una menor actuación, ésta se asocia con mayor sintomatología de TCA, y al haber una baja expresión emocional y comunicación en su familia, pueden estar asociado con la preocupación por la comida que ingieren. En las mujeres con TCA se encontró que al presentarse sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación hay menores actividades social-recreativas. Así mismo el aumento de estas actividades se relaciona con la influencia del modelo estético corporal. Además, de que a mayor percepción de conflicto menor presión social para consumir alimento. En **conclusión**, las variables familiares son relevantes en los TCA, y difieren entre hombres y mujeres con sintomatología, siendo la dimensión de relaciones especialmente importante.

INTRODUCCIÓN

El comer es una actividad diaria y esencial en la vida de todas las personas, de modo que los excesos, deficiencias, desequilibrios, entre otros, traen problemas en el individuo, no sólo en los aspectos fisiológicos del organismo, sino también en lo psicológico y en las relaciones con los demás. En la actualidad es una forma primordial para que el ser humano se relacione con su entorno, ya que a través de ella se establecen relaciones sociales entre los individuos, por ejemplo, el reunirse con familiares, resolver problemas de trabajo, negocios, etc. De esta manera se puede observar que en la alimentación intervienen diferentes factores como son el biológico, psicológico, geográfico y sociocultural.

Sin embargo, se ha encontrado que para muchas personas el proceso de alimentación significa una obligación, un trámite o una obsesión, ya que las comidas se han convertido en un momento desagradable donde se obtiene poca o nula satisfacción. Esta situación lleva a una distorsión de lo que la alimentación representa en sus diversas dimensiones y puede causar graves trastornos, y si a esto se le aúna que en las últimas décadas las influencias culturales se han empeñado en difundir cambios sobre la conducta alimentaria, debido a que hacen excesivo hincapié en lo que se come y en cuánto se come, esto con el fin de que se logre tener una figura corporal delgada, donde no importa lo que se tenga que hacer con tal de conseguirlo, pero todo esto puede traer como consecuencia un Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA), el cual es definido por Raich (1994) como trastornos psicológicos que implican graves anormalidades en el comportamiento de la ingestión; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica.

Como es sabido, los TCA (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno del Comportamiento Alimentario No Específico –TANE–) afectan principalmente a la población femenina, no obstante, los TCA han cobrado relevancia en los

varones en las últimas décadas (Carlat & Camargo, 1991; Andersen, cit. en Buendía, 1997; Carlat, Camargo & Herzog, 1997; Nelson, Hughes, Katz & Searight, 1999; Crisp et al., cit. en Villarruel & Cortés, 2000; Vázquez, Mateo, Alvarez, Mancilla & Galdós, 2002).

Los TCA tienen una génesis multicausal en la que intervienen factores psicológicos, sociales, culturales y familiares. Donde éste último factor cobra relevancia debido a que le brinda al individuo los valores, actitudes y comportamientos que forjarán su carácter y delinearán su personalidad para integrarse a la sociedad.

Por tanto desde la perspectiva multicausal la familia es entendida como un factor más, que en conjunto con otros factores influyen para desarrollar, mantener y/o proteger los TCA, por lo que la presente investigación se encuentra en éste modelo teórico.

Por lo antes mencionado, el objetivo del presente estudio fue evaluar la relevancia de la dinámica familiar en los TCA en jóvenes mexicanos.

Se describirán, en primer lugar, los TCA como son la Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN), así como sus factores de riesgo y consecuencias que a lo largo pueden traer estos TCA. Después se expondrá un panorama de los TCA en los varones donde se habla de la historia, epidemiología, aspectos que se han estudiado en ésta población y sus factores de riesgo.

Después, se desarrollo un capítulo donde se habla de la familia. Primero se dan diferentes definiciones de ésta, posteriormente se exponen sus funciones, dimensiones, características de las familias con un miembro con BN y AN, y por último los diversos estudios que se han realizado sobre los diferentes aspectos familiares.

Cabe mencionar que esta investigación es parte de un estudio más amplio en factores de riesgo en TCA realizado en el Proyecto de Investigación en Nutrición de la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, por lo que algunos de estos datos que se retomaron ya habían sido presentados parcialmente en Mateo (2000).

ANTECEDENTES

1. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

A partir de la creación del ser humano una de sus necesidades y preocupaciones fundamentales, es la alimentación, debido a que ésta ha sido un factor determinante en la formación y progreso de la sociedad. En un principio el hombre primitivo para subsistir se alimentaba de la caza, la pesca y de la recolección de productos vegetales, vivía en forma nómada y estaba organizado en pequeños grupos. Después empezó a crear utensilios de piedra, hierro y bronce, aprendió a domesticar animales y a cultivar la tierra, lo que hace que sus perspectivas de vida se amplíen comenzando a formar las primeras organizaciones sociales. Al estar ya establecido de forma permanente empieza a crear sistemas cada vez más avanzados para la producción de alimentos, permitiendo que el ser humano se libere del problema de subsistencia y dedique su tiempo a otras actividades culturales como el arte, las leyes, la religión, etc. De manera paralela a la evolución de estas formas culturales, el alimento¹ va adquiriendo distintos valores; en un principio se trataba de satisfacer la necesidad de comer, pero a lo largo del tiempo surgieron mitos, ritos, símbolos y tabúes en torno a ello (Cervera, Clapes & Rigolfus, 1994; Esquivel, Martínez & Martínez, 1998; Icaza & Béhar, 1992).

¹ El término “*alimento*” ha sido definido de diversas formas:

Fox (1992) menciona que en el Illustrated Medical Dictionary de Dorland se define como “todo lo que cuando se introduce en el cuerpo, sirve para nutrir o formar tejidos” (p.10). En el Shorter Oxford English Dictionary se define como “lo que se introduce en el sistema a fin de mantener la vida y el crecimiento y proveer de desecho, alimento, comida, comestibles” (cit. En Fox, 1992, p.11). Cervera et al. (1994) e Icaza y Béhar (1992) lo definen como sustancias naturales o transformadas que contienen una o varias sustancias nutritivas. Los seres humanos los ingieren para saciar su hambre y pueden ser de origen animal o vegetal, líquidos o sólidos. A partir de estas definiciones podemos decir que el alimento es todo aquello que contiene sustancias nutritivas y que nos ayuda a vivir.

Se ha encontrado que en la alimentación intervienen diferentes factores (Bourges, 1987, cit. en Alvarez, Mancilla, Martínez & López, 1998):

- ⊗ **Biológico:** hambre, necesidades especiales debido al crecimiento, embarazo y lactancia.
- ⊗ **Geográfico:** disponibilidad de alimentos de acuerdo a la región, clima y estación del año.
- ⊗ **Psicológico:** apetito, gustos, experiencias ligadas a los alimentos, ritos y tradiciones.

Si bien en la alimentación intervienen diferentes factores, también es importante mencionar que la ingestión de alimentos puede ser empleada para somatizar los miedos, sueños, frustraciones y convicciones, por lo que muchas veces hay una restricción de comida o abuso de ella aunque no se tenga hambre, esto como apoyo para enfrentar la angustia ante el rechazo, la desconfianza, la carencia afectiva, la ira reprimida y el dolor (Szamos, 1994), lo que en muchas ocasiones trae como consecuencia un Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) como son: Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa.

Raich (1994) define a los TCA como trastornos psicológicos que implican graves anormalidades en el comportamiento de la ingestión; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica.

Hoy en día los TCA son un tema de interés para la investigación, debido a que en los últimos años han aumentado considerablemente, afectando principalmente a mujeres jóvenes o adolescentes.

Vírseda (1995) menciona que pueden haber diversas causas para que se dé un TCA, como son:

- ⊗ Psicológicas (por ejemplo, rasgos de personalidad).

- ⊗ Familiares (ciertas características en la dinámica familiar).
- ⊗ Socioculturales (por ejemplo, medios de comunicación y cultura de la “esbeltez”).

Pero antes de profundizar más en como se dan estos TCA es necesario conocer los orígenes y la evolución que han tenido con el paso del tiempo, hasta llegar a crearse para cada uno de éstos sus propios criterios diagnósticos.

1.1. ANOREXIA NERVIOSA

1.1. 1. Criterios Diagnósticos

Los primeros criterios diagnósticos para la AN fueron propuestos por Feighner (Mateos–Parra & Solano–Pinto, 1997) en 1972, sin embargo éstos han ido cambiando con las investigaciones, los más citados son los propuestos en el DSM IV–TR (American Psychiatric Association (APA), 2000):

- ⊗ Rechazo 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 esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- ⊗ Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso; incluso estando por debajo del peso normal.
- ⊗ Alteración de la percepción del peso o de la forma corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- ⊗ 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, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

La AN se divide en dos tipos, que son:

- ⊖ **Restictiva:** durante el episodio de AN, el individuo **no** recurre regularmente a **atracones o purgas** (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- ⊖ **Compulsivo/purgativo:** durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

1.1. 2. Factores de Riesgo

Este trastorno está multideterminado, es decir, que hay una combinación de diferentes factores que inciden para que una persona los padezca, su estudio se ha dividido en factores: *predisponentes, precipitantes y perpetuantes o mantenedores.*

1.1.2.1. Factores Predisponentes.

Los factores predisponentes son aquellas características individuales, familiares y socioculturales que hacen que quien las posee sea más sensible a desarrollar ciertos rasgos característicos (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996; Toro & Vilardell, 1987), que son:

Características individuales más frecuentes son:

- ⊖ **Edad y Sexo:** son más susceptibles de padecer AN los adolescentes entre las edades de 13 a 20 años. Una característica importante es que suele

presentarse principalmente en el sexo femenino en un 95% y solo el 5% restante corresponde a varones (Abraham & Jones, 1994)

- **Obesidad o sobrepeso:** es un factor clave que puede facilitar el trastorno, debido a que el deseo de perder peso lleva a los jóvenes a desarrollar conductas obsesivas hasta llegar al grado de negar sus sensaciones fisiológicas y evitar la ingestión de cualquier tipo de alimento, por el intenso temor de ganar peso (Kanarek & Kaufman, 1994; Toro & Vilardell, 1987).
- **Rasgos de personalidad:** entre ellas se encuentra el perfeccionismo, obsesividad, dependencia, timidez o ansiedad social, negación de las propias necesidades, sentido de minusvalía e ineffectividad (Cía, 1995; Muñoz & Turón, 2002).

Características familiares más comunes son: los hábitos alimentarios familiares inadecuados, una preocupación excesiva de los padres por la figura, obesidad en algún miembro de la familia, así como ciertas características del funcionamiento familiar como la baja capacidad para resolver conflictos, la poca comunicación entre padres e hijos, la sobreprotección, la rigidez, la mezcla de los roles familiares, entre otros (Muñoz & Turón, 2002). Jacobs e Isaacs (1986, cit. en Toro & Vilardell, 1987) estudiaron a 40 pacientes con Anorexia Nerviosa y encontraron que el 22% de los casos cuentan con familias donde se han dado trastornos o anomalías de la ingestión (dietas, obesidad, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, etc.), (Katz cit. en Martínez, Medina & Quiroz, 1997; Tannenhaus, 1995; Toro & Vilardell, 1987).

Características Socioculturales son: la presión para adelgazar se ejerce más sobre la adolescente, ya que el modelo corporal más o menos androgenizante, está instaurado, asumido e interiorizado por la mayoría de las mujeres, esto les es mostrado a través de maniqués y/o modelos con vestidos cada vez más livianos y que delinean su cuerpo. La intromisión tan marcada de los medios de comunicación tiene mucho que ver con todo esto, debido a que constantemente

lueven mensajes acerca de lo que constituye ser una persona atractiva y de éxito. La belleza física siempre aparece asociada al éxito social y profesional. Así mismo, las revistas, los programas de televisión y las películas ofrecen modelos de cuerpo ideal, además de que sugieren el cómo podemos conseguir ese cuerpo, dietas milagrosas, operaciones de cirugía estética, productos de belleza y ropa de ésa que llevan las modelos en las pasarelas (Martínez et al., 1997; Rausch, 1996).

Gutiérrez (2002) realizó una investigación en la cual evaluó la presencia de mensajes prodelgadez (tipográficos y visuales) en revistas dirigidas al público juvenil durante el periodo de 1995 al 2000. En sus resultados encontró que el 23% de los anuncios y artículos publicados invitaban directa o indirectamente a perder peso; en el caso de los anuncios, directos 2 de cada 5 (30%) promueven una figura delgada, el 27% fueron indirectos y sólo el 3% directos. Asimismo reporta que en 1999 se registraron los porcentajes más altos: 46.02% (anuncios) y 23.84% (artículos), en los cuales se hacía énfasis en la delgadez como símbolo de perfección y belleza.

Por lo tanto, los factores socioculturales pueden ser resumidos en los siguientes puntos:

- Igualan la delgadez con la belleza y la felicidad.
- Enfatizan la atención en el cuerpo.
- Demandan variedad en los roles de la mujer, pero incluyendo siempre la belleza.
- Diseminan los valores culturales y estilos a través de medios visuales (cine, televisión y revistas) que pueden ser causas que influyen para que se presente el TCA (Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa), (Katz cit. en Martínez et al., 1997; Tannenhaus, 1995).

1.1.2.2 Factores Precipitantes

Éstos se refieren a cualquier elemento estresante que actúe como detonador del trastorno (Crispo et al., 1996; Toro & Vilardell, 1987), y son:

- **Los cambios que implica la adolescencia**, ya que durante esta etapa las personas crecen y maduran rápidamente. Las niñas comienzan con su primera menstruación, les empiezan a crecer los senos, hay crecimiento del vello, etc.; y en los niños se presentan cambios en la voz, les empieza a crecer vello en las axilas, barba, bigote, etc. Además de que en ambos hay un interés por su imagen corporal, es decir, en las niñas se da una preocupación por bajar de peso, mientras que los hombres quieren aumentar su masa muscular en ciertas partes de su cuerpo. Esta etapa se verá marcada por tensiones, conflictos y cambios; en ella se empieza a asumir el papel de adulto, a tomar decisiones, a afrontar riesgos (Gual, 2000). Lo anterior ocasionará que la imagen de sí mismo dependa de otras personas, ya que buscará la popularidad, seguridad de saberse atractivo a otras personas y de desempeñar un papel aceptable en las relaciones con el otro sexo.
- **Separaciones y/o pérdidas**, hay una relación entre la aparición del trastorno y la pérdida de una persona importante en la vida. Así también cuando el enfermo es obligado a residir lejos del seno familiar, ya sea por el motivo que sea, estudios, etc., les provoca un sentimiento de nostalgia y aburrimiento propio del choque cultural (Toro & Vilardell, 1987; Jiménez & Sanz, 1999).
- **Acontecimientos vitales**, como es la aceptación de los amigos, el conflicto entre o con los padres, etc. Heilbrun y Flodin (1989, cit. en Vázquez, 1997) han encontrado que algunos sujetos con características de personalidad similares a la AN, muestran niveles altos de estrés en sus vidas.

- **Incremento de actividad física**, hoy en día la práctica de un deporte, ya no se hace tanto por salud sino más bien por estética, esto debido a las críticas que hacen los compañeros de gimnasio o las del propio entrenador (Jiménez & Sanz, 1999).

1.1.2.3. Factores Perpetuantes o Mantenedores

Al establecerse la AN, los factores de mantenimiento contribuyen a que dicho trastorno permanezca y progrese.

- **Consecuencias psicológicas de la inanición**, una parte importante de la sintomatología de la AN está determinada por la desnutrición y en consecuencia son muchas las anomalías como: obsesividad y compulsividad, especialmente relacionadas con la alimentación, aislamiento social, déficit en la concentración, pérdida de interés sexual y trastorno del sueño (Toro & Vilardell, 1987).
- **Interacción familiar**. Las relaciones interpersonales en la familia se modifican, se hacen más conflictivas y redundan en perjuicio del paciente. En este grupo se suele reforzar positivamente los comportamientos de rechazo alimentario, así como los de carácter compulsivo. Asimismo, la interacción entre padre-hijo y madre-hija quedan alteradas haciéndose oscilantes e incoherentes (De la Riva, 1997; Toro & Vilardell, 1987).
- **Interacción social**. Hay una disminución o nula convivencia con los otros. Lo cual trae consigo una inestabilidad emocional y el incremento del humor depresivo (Toro & Vilardell, 1987).
- **Cogniciones y valores**. La persona con AN se nutre de la evaluación estética de su cuerpo y del temor a aumentar de peso (Toro & Vilardell, 1987).

1.1.3. Consecuencias Físicas

Las consecuencias físicas que trae a lo largo del tiempo la AN (Crispo et al., 1996; Kanarek & Kaufman, 1994; Velasco & Cabeza, 1998) son:

- ⊗ **Gasto energético:** se ve disminuido por la baja ingestión de calorías.
- ⊗ **Temperatura:** disminución de la temperatura corporal.
- ⊗ **Aparato cardiovascular:** hay bradicardia, hipotensión y arritmias cardíacas.
- ⊗ **Piel:** se encuentra seca, áspera, quebradiza, fría, presentan hipocarotinemias y lanugo (vello excesivo en la piel).
- ⊗ **Aparato digestivo:** en *estómago* hay un retardo en la evacuación gástrica; en *intestino* hay constipación pertinaz.
- ⊗ **Aparato reproductor:** ausencia de periodos menstruales (amenorrea).
- ⊗ **Fertilidad:** hay disminución de la fertilidad como consecuencia de una alimentación restrictiva prolongada.
- ⊗ **Sistema óseo:** hay fracturas espontáneas, osteoporosis, dificultad de fijación del calcio en los huesos.
- ⊗ **Tejido celular:** hay edemas en algunas partes del cuerpo.
- ⊗ **Sangre:** aparecen anemias e hipercolesterolemia.

1.2. BULIMIA NERVIOSA.

1.2.1. Criterios Diagnósticos

De acuerdo con el DSM IV–TR (APA, 2000), los criterios para diagnosticar que una persona tiene Bulimia Nerviosa (BN) son:

- ⊗ Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- Ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en las mismas circunstancias.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingestión del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- ⊗ Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, tales como provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- ⊗ Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- ⊗ La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la figura corporal.
- ⊗ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

Al igual que la AN, la BN también se da en dos tipos, que son:

- ⊗ **Purgativo:** durante el episodio de BN el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- ⊗ **No purgativa:** durante el episodio de BN el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

1.2.2. Factores de Riesgo

Cervera (1996) propone una secuencia de los diversos factores que están inmersos en la BN.

1.2.2.1. Factores Predisponentes

- **Familiares**, en la BN se dan relaciones familiares disfuncionales que con frecuencia van acompañadas de alteraciones psicopatológicas en los padres. Asimismo se ha encontrado que hay actitudes de hostilidad y negativismo por parte de las familias con un miembro con BN, por lo cual las hijas perciben su entorno familiar como conflictivo, con poco apoyo, ayuda, autonomía y expresividad emocional. También hay menos presencia de actividades sociales, recreativas e intelectuales (Arrazola, 1999).
- **Socioculturales**, la sociedad contribuye a la BN a través de su preocupación hacia la esbeltez, debido a que tanto los medios visuales como impresos bombardean a las personas con mensajes acerca del atractivo, el éxito y la felicidad, los cuales dependerán de su delgadez (Sherman & Thompson, 1999).
- **Biológicos**, entre los factores biológicos se encuentran: antecedentes familiares de BN, obesidad y trastornos del estado de ánimo. Así como una predisposición a los trastornos afectivos, obesidad y dependencia al alcohol u otras drogas (Cía, 1995).
- **Sobrepeso** en la infancia o adolescencia (Muñoz & Turón, 2002).
- **Ayuno**, recurren a éste para evitar ganar peso (Cavanillas & Tapia, 1999).
- **Trastorno afectivo**, inestabilidad afectiva con humor cambiante, irritabilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y ansiedad (Cía, 1995; Muñoz & Turón, 2002).
- **Baja autoestima** que ocasiona que la persona se vuelva perfeccionista, pero al no lograr sus altas metas, termina castigándose con atracones de

comida seguidos por vómitos o uso de laxantes (Cavanillas & Tapia, 1999; Cía, 1995; Fernández, Trejo & Delgado, 1999).

1.2.2.2. Factores Precipitantes

- Sufren ansiedad, dependencia y depresión.
- La BN a menudo precede a la AN.
- Hay una restricción alimentaria (dietas), la cual lleva a episodios de atracones y a la sensación de un “hambre” que no se satisface con nada (Crispo et al., 1996; Cavanillas & Tapia, 1999).

1.2.2.3. Factores Perpetuantes o Mantenedores

- Distorsión de la imagen corporal
- Atracones y como consecuencia de ello y de la ansiedad que le produce el miedo a engordar, recurre a conductas compensatorias como: vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, exceso de ejercicio, etc. (Crispo et al., 1996).
- Si bien las dietas son un factor precipitante en la BN, también pueden considerarse como un factor perpetuante, debido a que la restricción alimentaria facilita o fomenta los episodios de atracones y la sensación de “hambre” incontrolable, después de lo cual la persona se siente culpable consigo misma, como consecuencia de ello y de la ansiedad que le produce el engordar, recurre a conductas compensatorias como son: el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos y el exceso de ejercicio (Crispo et al, 1996), por lo que los atracones y las purgas actúan perpetuando el ciclo bulímico.

1.2.3. Consecuencias Físicas

Las consecuencias físicas que la BN puede traer a lo largo del tiempo son (Crispo et al., 1996; Kanarek & Kaufman, 1994):

- ⊗ Cuando hay provocación del vómito hay una pérdida del esmalte dentario, se dañan las encías, el paladar y la garganta.
- ⊗ **Glándulas salivales:** aumentan de tamaño, dándole al rostro un aspecto regordete.
- ⊗ **Alteraciones hidroelectrolíticas:** *disminución de potasio* en la sangre, lo cual ocasiona arritmias cardíacas que pueden llevar a un paro cardíaco, *disminución de sodio*, lo cual trae como consecuencia disminución de la presión arterial y mareos; *pérdida de magnesio* que ocasiona debilidad muscular, hormigueos, calambres y *deshidratación*.
- ⊗ **Aparato digestivo:** puede darse una esofagitis, ruptura o fisura esofágica y reflujo gastro–esofágico; *en estómago* trae como consecuencia gastritis, dilatación o ruptura gástrica; en el *intestino* aparecen diarreas y dolores abdominales y *constipación*.
- ⊗ **Aparato cardiovascular:** hay taquicardias, arritmias cardíacas y disminución de la presión arterial.
- ⊗ **Aparato respiratorio:** causa bronquitis y neumonías aspirativas.
- ⊗ **Aparato urinario:** hay problemas en los riñones, infecciones urinarias y producción de cálculos o arenilla.
- ⊗ **Aparato genital:** se dan irregularidades menstruales, amenorrea secundaria.
- ⊗ **Manos:** hay callosidades y lesiones en los nudillos de los dedos.

1.3. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO NO ESPECIFICADOS.

1.3.1. Criterios Diagnósticos

El DSM IV–TR (APA, 2000) señala que los TCA que no cumplen todos los criterios para una AN o BN se clasificarán como Trastorno Alimentario No Especificado (TANE).

- ⊗ En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
- ⊗ Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- ⊗ Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana durante menos de 3 meses.
- ⊗ Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- ⊗ Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- ⊗ Trastorno Compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN.

1.4. EPIDEMIOLOGÍA

Estudios epidemiológicos muestran una prevalencia de TCA en mujeres adolescentes y jóvenes adultas que oscila entre el 0.5% y 2% de AN, entre el 1% y 3% de BN (APA, 2000; Fernández–Aranda et al., 2004; Kloter, Cohen, Davies,

Pine & Walsh, 2001; Morandé, Celada & Casas, 1999; Unikel et al., 2000; Vázquez, López, Alvarez, Franco & Mancilla, 2004; Vázquez, Mancilla et al., en prensa), del 3% al 5% de Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), (Nakamura et al., 2000; Unikel et al., 2000; Vázquez, López, et al., 2004; Vázquez, Mancilla et al., en prensa) y del 1.8% al 4% de Trastorno por Atracón (TPA), (Riccardelli, Williams & Kiernan, 1999, cit. en Muise, Stein & Arbess, 2003). Alfredo Zúñiga, director médico de Eating Disorders de México, estima que entre el 2% y 5% de las mujeres entre los 12 y 25 años tienen un TCA que requiere de tratamiento (cit. en Scherer, 2003).

Aunque es necesario señalar que los TCA son cada vez más frecuentes en la población varonil. A este respecto Andersen (1992, cit. en Villarruel & Cortés, 2000) y Shiltz (1997) mencionan que 10% de los casos diagnosticados con TCA son hombres. Es decir que por cada 10 casos de TCA en mujeres se presenta 1 en varones, esta proporción es similar en países como Suecia (Rastam, Gilbert & Garton, 1992, cit. en Buendía, 1997) o Dinamarca (Nielsen, 1990, cit. en Buendía, 1997).

Vega y Rasillo (2002) mencionan que las estadísticas señalan que la prevalencia en los varones es de 1.4% de casos con TCA. La relación entre hombres y mujeres con Anorexia Nerviosa es de 1 por cada 20 casos, mientras que en la BN es de 1 por cada 10 casos (Sokol & Gray, 1998, cit. en Unikel et al., 2000).

1.5. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN HOMBRES

1.5.1. Historia

La primera descripción que se tiene de los TCA en hombres fue realizada por Morton a finales de 1600, en donde menciona el caso de un joven que a los 16

años pierde el apetito, esto fue ocasionado por los duros estudios y por las altas metas que se ponía, Morton hace referencia a que su padecimiento era de origen nervioso. Posteriormente Gull –a mediados del S. XIX– describió el caso de un varón que padecía un TCA (Andersen, cit. en Buendía, 1997).

Después de estos hallazgos, distintas causas influyen para que el estudio de los TCA en hombres no se lleve a cabo (Andersen, cit. en Buendía, 1997), entre las cuales están:

1. Por un lado, la teoría psicoanalítica: fue de las primeras en estudiar los TCA, los cuales describía como padecimientos característicos de las mujeres y definía su diagnóstico de AN con base a la presencia de un “*miedo de impregnación oral*” que obligaba a las pacientes a negarse a ingerir alimentos, además presentaban amenorrea, estos factores excluyen a los varones de manera automática.
2. Por otro lado, los estereotipos sociales y culturales están en mayor medida dirigidos a las mujeres, por lo cual se asumió que la presencia de la psicopatología alimentaria era exclusiva del sexo femenino, originando que la manifestación en los varones fuera olvidada por la comunidad científica (Villarruel & Cortés, 2000).

1.5.2. Aspectos estudiados

Edad de inicio: los hombres pueden desarrollar un TCA a mayor edad (18 a 26 años) que las mujeres (Carlat & Camargo, 1991).

Sintomatología: de los TCA en varones se parece mucho a la de las mujeres a excepción de la amenorrea, es decir, hay una preocupación por su peso, aparición de atracones, sentimientos negativos hacia la comida, entre otros. La Tabla 1 resume algunos de los estudios que han evaluado la sintomatología de TCA en los varones.

S I N T O M A T O L O G Í A			
Autores	Muestra	Instrumentos	Hallazgos
Nelson, Hughes, Katz y Searight (1999)	333 mujeres y 133 varones con un rango de edad de 17 a 24 años.	Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26)	20% de las mujeres y el 10% de los hombres presentaban sintomatología de AN.
Vázquez, Mateo et al. (2002)	45 niños y 42 jóvenes con un rango de edad de 9 a 25 años.	EAT-40	Se encontró un caso de Bulimia Nerviosa en niños. Los niños mostraron una mayor sintomatología de TCA (20%) que los jóvenes 2.2%.
Villarruel y Cortés (2000)	44 varones que no hacían ejercicio con una media de edad de 21 y 53 hombres que eran deportistas con una media de 23 años.	Escala de Factores de Riesgo para el Desarrollo de Trastorno Alimentario (EFRATA)	Encontraron que los hombres que practicaban deportes son más propensos a desarrollar problemas de Sintomatología TCA.
Escarria y Haro (2000)	222 mujeres y 117 hombres con un rango de edad de 16 a 20 años.	EAT-40 y Cuestionario de Bulimia Nerviosa (BULIT)	Encontraron que el 31.6% presentó Sintomatología de TCA, 4.1% de AN, 15.9% BN y 11.5% de Anorexia Nerviosa-Bulimia Nerviosa.
Río, Borda, Torres y Lozano (2002)	455 mujeres y 585 varones preadolescentes y adolescentes con una media de edad de 15.98.	EAT-40	Las mujeres presentaron mayor Sintomatología de TCA que los varones.
Alvarez, et al. (2003)	222 mujeres y 117 varones con un rango de edad de 16 a 26 años de nivel socioeconómico medio-alto o alto	EAT-40 y BULIT.	Se reportó que 12.7% de los varones y el 18.9% de las mujeres presentaron Sintomatología de TCA, siendo la más frecuente la de BN en los varones (9.7%), mientras que en las mujeres destacó la sintomatología mixta (8.8%).
Dalle, De Luca y Oliosi (1997)	588 mujeres y 207 hombres con un rango de edad de 14 a 18 años	EAT-40	17.3 % de las mujeres y el 1% de los varones presentaron Sintomatología de TCA.
Ballester, et al. (2002)	510 hombres y 515 mujeres con un rango de edad de 14 a 19 años.	EAT-40	16.5% de las mujeres y el 0.4% de los varones presentaban Sintomatología de TCA.

Tabla 1. Estudios que evalúan la sintomatología de TCA en los varones

Imagen Corporal: se ha observado que los varones están más satisfechos con sus cuerpos, no muestran serias distorsiones corporales y son más conscientes de su figura corporal que las mujeres. Además, de que existe un deseo por aumentar más su musculatura que su delgadez (Carlat & Camargo, 1991). La Tabla 2 resume algunos estudios que han evaluado la imagen corporal en los varones.

I M A G E N C O R P O R A L			
Autores	Muestra	Instrumentos	Hallazgos
Dalle et al. (1997)	588 mujeres y 207 hombres con una rango de edad de 14 a 18 años.	Entrevista clínica	58.4% de las chicas y 19.7% de los chicos mostraron insatisfacción con respecto a su propio cuerpo.
Vázquez, Mateo et al. (2002)	45 niños y 42 jóvenes con un rango de edad de 9 a 25 años.	Interiorización del Modelo Estético Corporal (CIMEC) e Insatisfacción Corporal (BSQ)	Los jóvenes mostraron mayor interiorización del modelo estético corporal de delgadez.
Ruiz et al. (2004)	58 hombres y 64 mujeres con una media de 19 años	CIMEC y BSQ	Los varones reportaron menor insatisfacción corporal e interiorización del modelo estético corporal que las mujeres.
Edwards y Launder (2000)	303 hombres con una edad media de 28.05 años, sin trastorno del comportamiento alimentario.	Swnasea Muscularity Attitudes Questionnaire (SMAQ)	Existió una percepción positiva de la musculatura, asociando ésta a la masculinidad y atractivo físico, así como mostraron un mayor deseo por conseguir musculatura.
Villarruel y Cortés (2000)	44 varones que no hacían ejercicio con una media de edad de 21 y 53 hombres que eran deportistas con una media de 23 años.	EFRATA	Ambos grupos presentaron insatisfacción con su cuerpo, sin embargo, los deportistas deseaban incrementar su peso corporal y tener una figura más grande y con mayor definición.
Poblano y Trigueros (2000)	468 jóvenes del sexo masculino con un rango de edad de 14 a 18 años.	Cuestionario de Alimentación y Salud (CAS) que da información de la imagen corporal y de conductas alimentarias de riesgo y el EFRATA	Los adolescentes se identificaron en su mayoría con las figuras delgadas, pero gruesas y musculosas, así como algunos otros tuvieron antecedentes de dieta restrictiva crónica que denotaban alteraciones en su imagen corporal.

Tabla 2. Estudios que evalúan la imagen corporal en los varones.

Dieta: La mayoría de los estudios comparan la conducta de dieta en varones y mujeres enfocándose en estudiantes colegiales y han hallado que tanto los hombres como las mujeres hacen dieta, el rango de la estimación prevaeciente es de 10% a 40% en hombres y del 60% al 90% en mujeres (Drewnowski & Yee, 1987, cit. en Carlat & Camargo, 1991). En las mujeres es más fácil que citen razones cosméticas para el control de peso, mientras que en los varones son los intereses atléticos (Klesges, Nizes & Klesges, 1987 cit. en Carlat & Camargo, 1991).

D I E T A			
Autores	Muestra	Instrumentos	Hallazgos
Schur, Sanders y Steiner (2000)	31 niños y 31 niñas con un rango de edad de 8 a 13 años	Children´s versión of the Eating Attitudes Test (ChEAT), Entrevista semiestructurada y escala de figura corporal	48% de los varones mencionaron cuando se hacen dietas se debe comer menos. El 7% de los hombres y el 84 % de las mujeres manifestaron haber escuchado por algún familiar algo sobre las dietas y el 52% de los varones y el 48% de las jóvenes señalaron ver en la T.V. comerciales que hacían referencia a las dietas.
Dalle et al. (1997)	588 mujeres y 207 hombres con un rango de edad de 14 a 18 años	Entrevista clínica	Los varones (4.81%) reportaron hacer menos dietas que las mujeres (18.7%), 17.9% de las chicas con peso normal y 11.7% de mujeres con sobrepeso llevaban a cabo una dieta restrictiva, mientras que sólo el 2.5% de los hombres con peso normal hacían dieta.
Villarruel y Cortés (2000)	44 varones que no hacían ejercicio con una media de edad de 21 y 53 hombres que eran deportistas con una media de 23 años.	Escala de Factores de Riesgo para el Desarrollo de Trastorno Alimentario (EFRATA)	Tanto los hombres que practicaban y los que no hacían ejercicio llevaban a cabo dietas.

Tabla 3. Estudios que evalúan la dieta en los varones

De acuerdo con Andersen y Holman (1997) los hombres hacen dieta por cuatro razones:

1. Porque presentan sobrepeso u obesidad en algún momento de su vida y reciben comentarios negativos sobre su figura corporal por parte de sus amigos y familiares.
2. Para lograr ciertas metas en deportes o para evitar los posibles efectos del aumento de peso que les pudiera causar alguna lesión y los forzaría a dejar su actividad física temporalmente.
3. Para evitar complicaciones médicas, sobre todo alguna que ya habían visto en sus padres.
4. Entre los varones homosexuales sólo algunos hacen dietas ocasionalmente para ser más atractivos.

1.5.3. Factores de Riesgo

1.5.3.1. Anorexia Nerviosa

Algunos de los factores de riesgo por los cuales los hombres pueden llegar a desarrollar AN son parecidos a los de las mujeres (Carlat & Camargo, 1991; Serna, 2001; Shiltz, 1997) y se clasifican en características: *conductuales, físicas y emocionales o cognitivas*.

Características conductuales.	Características emocionales o cognitivas.	Características físicas.
<ul style="list-style-type: none"> * Dietas excesivas y ayunos. * Se pesan frecuentemente. * Participación en deportes con el deseo de adelgazar como son: lucha libre, físico culturismo, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> * Depresión. * Aislamiento social. * Dificultad para pensar claramente o concentrarse. * Preocupación por lo que comen. * Dificultad para expresar sus sentimientos. * Intenso miedo a llegar a ser gordo o a ganar peso. * Padecen alcoholismo y/o abuso de drogas. * Insomnio. * Distorsión del tamaño de su cuerpo. * Preocupación por su figura. * Pensamiento inflexible y rígido "todo o nada". 	<ul style="list-style-type: none"> * Bajo peso (15% por debajo de su peso normal). * Bajos niveles de testosterona. * Falta de energía, fatiga. * Arritmia cardíaca. * Comezón en manos y pies * Vello delgado o pérdida de cabello. * Baja temperatura corporal y presión arterial. * Debilidad muscular. * Disminución del equilibrio, paso tembloroso. * Sobrepeso u obesidad en la niñez. * Se enfocan en algunas partes de su cuerpo: pompis, muslos, estómago, etc.

Tabla 4. Características conductuales, físicas y emocionales o cognitivas en los varones con Anorexia Nerviosa (Shiltz, 1997).

1.5.3.2. Bulimia Nerviosa.

Algunos de los factores de riesgo por los cuales los hombres pueden llegar a desarrollar BN son parecidos a los de las mujeres (Carlat & Camargo, 1991; Serna, 2001; Shiltz, 1997), y se clasifican en características: *conductuales, físicas y emocionales o cognitivas*.

Características conductuales.	Características emocionales o cognitivas.	Características físicas.
<ul style="list-style-type: none"> * Episodios recurrentes de atracón. * Ejercicio compulsivo. * Tienen escondites secretos donde guardan la comida * Recurrentes conductas compensatorias o de purga, para evitar ganar peso, empleo de diuréticos, laxantes , etc. 	<ul style="list-style-type: none"> *Intenso miedo a ser gordo o a ganar peso. * Baja autoestima. * En el trabajo son muy exigentes con los demás * Pensamiento inflexible y rígido “todo o nada”. * Depresión. * Dificultad para expresar sus sentimientos. * Aislamiento social. * Posible conflicto sobre la identidad de género y la preferencia sexual. * Falta de sentido de control sobre la comida durante los episodios de atracón. * Se sienten mal con respecto a su figura y tamaño. * Distorsión del tamaño de su cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> * Fluctuaciones sobre el peso. * Aumento de glándulas salivales. * Pérdida de esmalte dental debido al vómito. * Estreñimiento. * Falta de energía, fatiga. * Desgarre del esófago, ruptura gástrica. *Arritmia cardiaca debida al desequilibrio de electrolitos. * Edema (retención de fluidos o hinchamiento). * Se enfocan en ciertas partes de su cuerpo: pompis, muslos y estómago.

Tabla 5. Características conductuales, físicas, emocionales o cognitivas en los varones con Bulimia Nerviosa (Shiltz, 1997).

Aunque varones y mujeres comparten muchos de los factores para un TCA, también experimentan algunos problemas que los diferencian y que reflejan la vulnerabilidad masculina y las presiones sociales que se ejercen hacia ellos (Andersen, 1990, cit. en Villarruel & Cortés, 2000). Generalmente los varones desean cambiar su cuerpo principalmente de la cintura para arriba, mientras que las mujeres de la cintura hacia abajo. En el caso de los primeros el deseo de tener un cuerpo atlético y musculoso los lleva a consumir esteroides para poder aumentar la masa muscular de algunas partes de su cuerpo, lo cual los puede llevar a una dependencia física y psicológica que a largo plazo tendrá repercusiones severas en su salud (Brower, Eliopoulos, Blow, Catlin & Beresford, 1990, cit. en Villarruel & Cortés, 2000), entre estas consecuencias están la AN o BN, sin embargo en la actualidad se ha visto que hay otro padecimiento de la conducta alimentaria, el cual no se centra específicamente en una restricción alimentaria, sino todo lo contrario, se enfoca más hacia el aumento de la masa muscular, este padecimiento se ha denominado **Vigorexia** (Castillo, 2000; De la

Paz, 2000; Fernández, 1999; Pope, Phillips & Olivardia, 2002; Valencia, 2002), ***Dismorfia Muscular*** (Fernández, 1999; Pope et al. 2002) o ***Anorexia Nerviosa Inversa*** (Alonso, 2003).

1.6. VIGOREXIA, NUEVA ENFERMEDAD DEL SIGLO

En la actualidad el culto al cuerpo puede llegar a convertirse en una obsesión que oculta un trastorno psicológico. En 1997 se empezó a describir por Harrison Pope una nueva enfermedad que también está relacionada con la percepción del físico, la cual se está propagando principalmente en los gimnasios. Esta enfermedad se caracteriza por el aumento exagerado de masa muscular y recibe el nombre de “**Vigorexia**” (Castillo, 2000; De la paz, 2000; Fernández, 1999; Valencia, 2002).

Sandoval (2001) menciona el perfil de la persona con Vigorexia:

- ⊗ Personas poco maduras, introvertidas, con problemas de integración, baja autoestima y rechazo de su imagen corporal.
- ⊗ Ansiedad, depresión y otros problemas obsesivos, así como, deterioro de sus relaciones sociales.
- ⊗ Su vida llega a convertirse en un ritual debido a que se pesan y se miran constantemente al espejo.
- ⊗ Siguen una estricta dieta que es muy poco equilibrada y saludable, ya que es a base de proteínas para ganar más masa muscular.
- ⊗ No pueden pasar un día sin ir al gimnasio porque ello supondría perder volumen.

Aunque no se ha establecido una nosología, ni aparece en el DSM IV, se considera una enfermedad cuando la obsesión por el desarrollo muscular lleva al individuo a hacer ejercicio excesivo que puede resultar peligroso para el cuerpo,

lesionándolo o produciéndole una fatiga crónica, así como el consumir anabólicos y/o esteroides para aumentar su musculatura (Drenowski & Yee, 1987, cit. en Serna, 2001; Margo, 1987; Toro, 1996). De este modo son personas muy cuidadosas en alimentación, ya que un desequilibrio en ésta provocaría depósitos de grasa que harían que pierdan su figura; toman suplementos para el mejor aprovechamiento de proteínas, debido a que éstas ayudan a formar más masa muscular.

La Vigorexia y la AN tienen algo en común, ya que en ambas hay una imagen distorsionada que la persona tiene de su cuerpo, mientras los que padecen AN –aún estando por debajo de su peso ideal– se consideran extremadamente gordos, y los que tienen Vigorexia creen tener músculos insuficientes a pesar de estar “cuadrados”.

Alonso (2003) menciona algunas características comunes de la AN y la Vigorexia:

- Preocupación por la figura.
- Autoimagen distorsionada (poco atractivos para el sexo opuesto).
- Baja autoestima.
- Introversos.
- Factores socioculturales (promoviendo el aumento de masa muscular).
- Modificaciones de la dieta.

Así, también Alonso (2003) señala las diferencias básicas entre la Vigorexia y la Anorexia Nerviosa:

	ANOREXIA NERVIOSA	VIGOREXIA
Autoimagen	Obeso	Débil, enclenque
Sexo del paciente	Más frecuente en la mujer	Más frecuente en el hombre
Automedicación	Laxantes y diuréticos.	Anabolizantes

Tabla 6. Diferencias entre Anorexia Nerviosa y Vigorexia (Alonso, 2003).

1.6.1. Estudios de Vigorexia.

Los científicos del Hospital McLean en Belmont publicaron en la revista *Psychosomatics*, el caso de un joven de 27 años de edad, éste paciente estaba obsesionado con su físico desde los 19 años, se pesaba entre 3 y 20 veces al día. El origen de su obsesión se dio por su baja estatura y su cuerpo pequeño, y a consecuencia de esto empezó a renunciar a su vida social, el diagnóstico que dieron los científicos fue dismorfia muscular (cit. en Matey, 1997).

Otra investigación realizada por el equipo del Dr. Pope (cit. en Castillo, 2000) y publicada en agosto del 2000 en la revista *Psychosomatic Medicine*, se llevó a cabo por medio de un test que tenía como fin de evaluar la percepción que los hombres tienen de su cuerpo. La prueba se les aplicó a 200 varones en Estados Unidos, Francia y Holanda, se les mostraron dibujos de cuerpos masculinos con diferentes niveles de grasa y masa muscular, ellos debían escoger el que se asemejara a su cuerpo o el que deseaban. En los tres países seleccionaron un cuerpo ideal con una medida de 13 Kg más de masa muscular que su propio cuerpo. Esta discrepancia, según los autores, puede explicar el aumento de la vigorexia en países occidentales, sin embargo, un estudio similar realizado con mujeres de los mismos países reveló que las preferencias femeninas se centraban en cuerpos masculinos mucho menos musculosos.

Andersen y Holman (1997) llevaron a cabo un estudio donde discutieron la etiología, curso, manifestación, tratamiento y prevención de los TCA en hombres a partir de una extensa recopilación bibliográfica, estableciendo diferencias interesantes, tanto sociales como físicas. Los autores mencionan que existe mayor probabilidad de padecer un TCA en la mujer que en el hombre, ya que a ellas constantemente se les exige delgadez y “buena forma” para ser amadas, deseadas y aceptadas, mientras que a ellos sólo se les presiona para la consecución de un cuerpo musculoso y atlético, por ello los autores proponen que las diferencias más notables entre géneros se encuentran asociadas a la imagen

corporal, razón por la que el grupo de las mujeres sentirá insatisfacción si posee un cuerpo con sobrepeso, mientras que en el grupo de los hombres existirá insatisfacción con sus cuerpos si no alcanza la musculatura y corpulencia que les dará reconocimiento y admiración de los demás individuos.

A partir de lo antes mencionado se ha observado que en los TCA intervienen múltiples factores, sin embargo, uno que por su relevancia ha sido muy estudiado es la familia, lo cual lleva a plantearse el papel que desempeña esta en dichos trastornos.

2. FAMILIA

2.1. DEFINICIÓN

A través de la historia la familia –como grupo humano– ha sufrido muchas modificaciones, por lo cual los estudiosos han brindado diferentes definiciones de ella, como son:

- ⊗ Un “núcleo primario fundamental para proveer la satisfacción de necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos” (Sánchez–Azcona, 1976, pág. 15.).
- ⊗ Sandoval (1997) menciona que está formada por individuos que se relacionan a través de fuertes lazos de afecto y lealtad, comprometidos al beneficio común del grupo.
- ⊗ Para Ackerman (1986, cit. en Bolaños, 1998) es la unión básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso, así como es la unidad de enfermedad y salud mental.
- ⊗ Powell (1976, cit. en De la Riva, 1997) menciona que es una institución social en la cual el individuo debe de adaptarse, actuando sobre su contexto e interactuando con el mismo.
- ⊗ Por último, Andolfi (1985), Satir (1978, cit. en Fernández, 1992) y Minuchin Fishman (1991) y mencionan que es un sistema dinámico que se transforma y adapta a los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, con el fin de que el bienestar de uno de los miembros repercuta en el bienestar del otro y se comporte a la vez como si fuera una unidad.

Como se puede observar, las definiciones de lo que es la familia coinciden en el hecho de que ésta es un sistema que permite al ser humano desarrollar ciertas características de personalidad, las cuales lo harán sobrevivir en un sistema social determinado. Sin embargo, también es importante conocer que la

familia debe cumplir con una serie de funciones para que sus integrantes puedan desarrollarse.

2.2. FUNCIONES

Leñero (1976), Monroy (1988, cit. en Arizpe, 1996) y Sandoval (1997) mencionan algunas:

- ⊗ **Biológica**, es una de las principales, ya que consiste en la reproducción y perpetuación de la especie, es decir, provee nuevos miembros a la sociedad.
- ⊗ **Psicológica**, tiene un gran peso, debido a que se encarga del desarrollo psicosocial de cada uno de sus miembros y es una fuente de afectos, donde se van formando nuevas personalidades, así como el desarrollo de los procesos cognitivos.
- ⊗ **Social**, media la relación entre el individuo y la sociedad, se conforma como la principal vía de transmisión de normas culturales, de comportamientos y valores morales para el ingreso del individuo a la sociedad.
- ⊗ **Económica**, proporcionar los medios necesarios para la satisfacción de cada una de las necesidades básicas como son: alimento, vestido, vivienda, educación y salud.

Como principal agente de socialización, la familia reproduce patrones culturales en el individuo e inculca modos de pensar y actuar que se convierten en hábitos (Belart & Ferrer, 1998; Lasch, 1984).

2.3. DIMENSIONES

Como se mencionó anteriormente, la familia es un sistema, por lo que ésta se verá afectada por otros sistemas, como son: el trabajo, la escuela, etc., así como también pertenecen a dichos sistemas los miembros de la familia, por lo que las modificaciones, cambios o situaciones que los individuos enfrenten en ellos influirán en la familia.

A este respecto, la Terapia Familiar (Dorantes & Ramos, 1997) menciona que la familia puede ser estudiada a partir de tres dimensiones: *estructura*, *dinámica* y *comunicación*, las cuales dan una visión más amplia de la familia. Estas tres dimensiones no se dan por separado, ya que están en constante relación, debido a que cada una de ellas tiene que ver con las otras dos. Si se establece una interacción funcional entre estas tres dimensiones, el sistema podrá ser flexible, lo cual permitirá cierta independencia entre sus miembros, pero si no es así su tendencia será crear formas de relación disfuncional.

∞ **Estructura**

Representa el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia (Minuchin, 1976, cit. en Espinosa, Rico & López, 2000)

∞ **Dinámica**

Al hablar de dinámica familiar nos referimos a todos los aspectos involucrados en la forma en que se relacionan los miembros de la familia. Satir (cit. en Belart & Ferrer, 1998) menciona que hay familias disfuncionales o conflictivas (cerradas) y funcionales o nutricias (abiertas):

Las familias disfuncionales o conflictivas tienden a estar sujetas a reglas rígidas e inmutables y su comunicación es más bien indirecta, vaga e incluso inexistente. También hay otras en donde las normas son arbitrarias, es decir, dependen del humor o del estado de ánimo de los progenitores. El poder es su principal elemento, lo mismo que la dependencia, el conformismo y la culpabilidad.

Las familias funcionales son aquéllas que tienen normas flexibles y adaptativas a las necesidades de las diferentes etapas evolutivas. Lo primordial es disfrutar de la vida y de sus relaciones familiares. Es típico que las familias pasen por dificultades o crisis cuando el hijo mayor entra en la adolescencia, sin que ello signifique que el sistema familiar sea disfuncional; con el paso del tiempo lo más probable es que el grupo familiar supere los problemas y se adapte a esta nueva etapa evolutiva. En este tipo de familias existe libertad y aceptación de las expresiones, de los miedos, amores, ira, frustraciones y errores, sin miedo a ser criticados.

∞ **Comunicación**

De la Riva (1997) y Gil (1997) señalan que el factor principal que determina la interacción familiar y, por tanto, su dinámica, es la comunicación y el establecimiento adecuado de roles tanto de la madre como del padre; debido a que ésta es la base de las relaciones humanas, las cuales se gestan primeramente en el núcleo familiar, pero cuando existe una comunicación inadecuada, es decir, cuando todos hablan a la vez, se interrumpen unos a otros y nadie escucha a nadie, las relaciones familiares pueden afectarse. Todo tipo de tensión, sea originada por cambios dentro de la familia o por factores externos, afectarán el sistema familiar, el cual requerirá de un proceso de adaptación.

Dentro de la comunicación intervienen tanto aspectos verbales como no verbales, tales como la mirada y la posición corporal, entre otros, los cuales proveen información dentro de la situación de interacción.

3. FACTORES FAMILIARES EN LA ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

La familia es una agente relevante para la persona con AN o BN. Los miembros de la familia necesitan entender el papel que desempeñan en el mantenimiento de la AN o BN, así como la forma en que está cumple uno o más propósitos en su familia, los factores familiares son complejos y multifacéticos.

3.1. ANOREXIA NERVIOSA

Muchos autores han estudiado la interacción en las familias de las pacientes con AN, intentando descubrir patrones específicos ligados a la génesis, desarrollo y mantenimiento de la conducta sintomática y su posible función estabilizadora (homeostática) en el sistema familiar. Por tanto, Grigg, Friedsen y Sheppy (1989, cit. en Ríos, 1998) clasifican a las teorías explicativas sobre la interacción familiar en la AN en los siguientes modelos:

∞ Modelo Unidimensional

En este modelo se encuentran las teorías que describen a las familias de pacientes con Anorexia Nerviosa con un mismo tipo de interacción, y son:

A. Modelo Estructural

Este modelo se refiere a que la familia no debe ser entendida únicamente en función de las personalidades de sus integrantes, sino que también hay que tomar en cuenta las relaciones interpersonales que entre ellos existen (Fernández, 1992).

Minuchin, Rosman y Bake (1978, cit. en Ríos, 1998) describen el modelo de la “*Familia Psicosomática*”, en donde el desarrollo de una enfermedad psicosomática en un niño se relaciona con tres factores, que incluyen un tipo especial de interacción familiar, implicación del niño en el conflicto parental y vulnerabilidad psicológica.

a) Características de una familia que “*alienta a la somatización*”, destacan las siguientes (Caparros, 1997; Ríos, 1998):

- **Aglutinamiento**, “forma extrema de proximidad e intensidad en las interacciones familiares”. Los límites entre subsistemas no están bien diferenciados, por lo cual se dificulta la independencia y autonomía de sus miembros.
- **Sobreprotección**, hay un exagerado grado de preocupación por el bienestar de los demás miembros de la familia.
- **Rigidez**, negativa a adecuarse a los cambios que se irán dando en el desarrollo del ciclo vital de la familia. Esto es más evidente cuando la familia tiene hijos preadolescentes, ya que la dinámica familiar deberá cambiar roles y patrones de interacción que permitan a los hijos vías de crecimiento y/o autonomía de acuerdo a su edad. En cuanto a las familias rígidas este proceso no se llevará a cabo debido a que insistirán en mantener los mismos métodos de interacción a los que están acostumbrados.
- **Evitación de conflictos**, éstos se niegan o simplemente se postergan no enfrentándolos.

b) Involucramiento del niño en el conflicto parental, el síntoma del paciente es el factor clave que regula el sistema familiar.

c) Vulnerabilidad psicológica del niño.

B. Modelo Comunicacional

Este modelo se inscribe en un “juego familiar” desarrollado a partir de un conflicto parental en el que la futura persona con AN se implica.

Selvini (1979, cit. en Ríos, 1998) menciona que en las familias anoréxicas:

- ↪ Hay problemas de comunicación cuando algún miembro intenta imponer las reglas de la relación.
- ↪ Es frecuente la contradicción.
- ↪ Los padres no asumen su liderazgo.
- ↪ Hay alianzas y coaliciones negadas que son el problema central.
- ↪ No se asume la responsabilidad cuando algo sale mal.
- ↪ Hay una desilusión en los padres que no conocen y la ocultan por medio de una fachada de responsabilidad y de unidad conyugal.

González (1996) menciona que la ausencia de una jerarquía claramente definida y de una estructura de liderazgo, tanto a pesar como a raíz de la estabilidad que las caracteriza y la manera más o menos tradicional y complementaria en que los progenitores dividen sus roles. Así como las relaciones de poder están mal definidas y las estructuras de liderazgo no existen, lo que ocasiona que se genere una rivalidad en torno a quién da más, se sacrifica más, etc.

C. Modelo Transgeneracional

White (1983, cit. en Ríos, 1998) describe a la familia de la paciente con Anorexia Nerviosa como un sistema rígido de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación, y sus características son:

- ↪ **Lealtad**, las familias de la paciente con AN valoran la lealtad exagerada hacia la tradición familiar y hacia los demás.

- **Prescripción específica de un rol para la persona con AN.** Se le fomenta a los miembros –y más a las mujeres– a ser sensibles, entregadas y sacrificadas por el bien de la familia.
- **Clarividencia,** los miembros de la familia tienen la convicción de que pueden ver en sí mismos y en los demás.

Stierlin y Weber (1990) en un estudio encontraron que los progenitores de los miembros con AN con frecuencia habían sido en sus propias familias los hijos más deseosos de satisfacer las expectativas de sus padres y, por lo tanto, los más influidos por las actitudes y juicios de valores de éstos. Eran los hijos que se preocupan más por cuidar a sus padres cuando éstos estaban ancianos y frágiles, se los llevaban a sus propias casas, demostrando así que han interiorizado el credo familiar de autosacrificio, autocontrol, cohesión familiar y trato justo para todos sus miembros.

∞ **Modelo Bidimensional**

Kelsey-Smith y Beavers (1981, cit. en Stierlin & Weber, 1990), así como Strober y Yager (1985, cit. en Ríos 1998) describen a las familias como:

- **Familia Centrípeta,** hay una excesiva cohesión, falta de permisividad, poca expresión emocional, pobre contacto extrafamiliar, poseen rígidas fronteras externas, se restringen los intentos hacia la autonomía y la separación, se evitan los conflictos, la coalición materno-paterna es sumamente eficaz y las relaciones con los progenitores se dan dentro de un modelo de dominación-sumisión y las familias acuden a terapia, pero delegan sus problemas en los terapeutas.
- **Familia Centrífuga,** poca cohesión, fuerte conflictividad, miedo al abandono, falta de control y conflicto de pareja.

∞ **Modelo Multidimensional**

Garfinkel y Garner (1982, cit. en Ríos, 1998) critican los modelos anteriores, mencionan que se alejan de la realidad clínica, ya que plantean que dado que las pacientes con Anorexia Nerviosa son un grupo heterogéneo, no hay una tipología familiar única, sino una serie de factores de riesgo y dificultades familiares que actuarían como factores predisponentes a la AN.

Este modelo no ve a la familia como el origen del TCA, sino que se toma a ésta como un factor más que en conjunto con los factores sociales, individuales, culturales, etc., se ven involucrados todos ellos en el desarrollo y mantenimiento de los TCA.

3.2. BULIMIA NERVIOSA

En lo que respecta a la BN el estudio de la familia es más reciente que el de la AN.

Rausch (1996) menciona que los familiares de pacientes con BN:

- Hacen mayor abuso de sustancias químicas, especialmente alcohol.
- Tienen más antecedentes de depresión.
- Tienen más antecedentes de obesidad.

Turón (1997) menciona que en las personas con BN se ha observado que sus familias son conflictivas, desorganizadas, críticas y menos cohesionadas.

Sherman y Thompson (1999) mencionan que un factor común que se encuentra en la mayoría de las familias con un miembro con Bulimia Nerviosa es una comunicación deficiente o destructiva. Estas familias rara vez modelan o

alientan una expresión emocional directa y abierta porque los padres nunca aprendieron de sus propios padres a expresar sus sentimientos de una manera confortable y apropiada. Los hijos en esas familias crecen en un ambiente en el cual hay pocas salidas saludables para la expresión emocional. Cuando estos sentimientos y frustraciones se acumulan, la persona con Bulimia Nerviosa recurre a la comida como una forma de enfrentarse a estos sentimientos displacenteros.

Johnson y Connors (1987, cit. en Kanarek & Kaufman, 1994) mencionan que el entorno familiar de las pacientes con BN suele ser caótico, conflictivo y descuidado. Los miembros de la familia afrontan mal las dificultades de la vida, utilizan métodos de comunicación indirectos y contradictorios. Este ambiente puede hacer que los hijos se sientan inseguros, desorganizados, desunidos e inquietos.

Los problemas con el alcohol son comunes en las familias con un miembro que padece BN. Si el sistema familiar no permite una expresión emocional directa, se debe encontrar una indirecta. Las familias en las cuales los sentimientos, especialmente la depresión, se manejan indirectamente y en las cuales existe una falta de control del impulso son las que tienen más probabilidades de desarrollar hijos con problemas de BN. Es indudable que las familias con problemas con el alcohol reúnen las condiciones necesarias en este respecto (Sherman & Thompson, 1999).

La mayoría de las familias con un miembro que padece BN conceden una gran importancia a la dieta, alimentación, peso o atractivo físico. Por lo que muchas veces los padres se someten frecuentemente a dietas o hacen comentarios sobre el tamaño de su propio cuerpo o la figura de otros. También es posible que haya ciertos mandatos como: "No desperdicies la comida porque hay niños que se mueren de hambre en India", "Limpia tu plato", etc. Por tanto, las familias que hacen un énfasis tan fuerte en la comida, dieta y tamaño del cuerpo,

obviamente están comunicando a los hijos la importancia que se debe conceder a la alimentación, al acto de comer y al peso (Sherman & Thompson, 1999).

3.3. ASPECTOS FAMILIARES ESTUDIADOS

3.3.1. Imagen corporal

En los TCA la insatisfacción corporal está determinada por diversos factores como: la familia, amigos, entre otros. Estos aspectos promueven en el individuo el cuerpo ideal representado socialmente, por lo que algunos autores se han interesado en investigar dichos factores (Tabla 7) encontrándose lo siguiente:

- Las mujeres se preocupan por su imagen corporal, debido a los comentarios o bromas que hacen los amigos y/o familiares con respecto a su cuerpo (Davis, Shuster, Blackmore & Fox, 2004; Schwartz, Phares, Tanflett-Donn & Thompson, 1999).
- Las madres con una elevada preocupación por su peso y apariencia física presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal (Flynn & Fitzgibbon, 1996; Ogden & Elder, 1998).
- Las dietas que generalmente llevan a cabo las madres son un factor importante para que las hijas imiten esta conducta y sean más susceptibles a la presencia de una TCA (Byley, Bastiani, Graber & Brooks-Gunn, 2000).
- En el caso de los varones no se ha encontrado que las críticas y/o comentarios por parte de alguno o de ambos padres sea un factor de riesgo o de mantenimiento en la presencia de los TCA en los hombres (Schwartz, et al, 1999).

De lo anterior, podemos concluir que la influencia de la familia en los TCA, radica en la transmisión de actitudes ante el cuerpo y peso corporal, así como de conductas para controlar éste, ya que los comentarios acerca del aspecto físico

procedentes de los padres determinarán en los hijos la preocupación por su imagen corporal, lo que quizá traerá como consecuencia una insatisfacción corporal.

IMAGEN CORPORAL			
Autores	Muestra	Instrumentos	Hallazgos
Schwartz et al. (1999)	114 varones y 139 mujeres con una media de edad de 20.26	Feedback on Physical Appearance Scale (FOPAS) y Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ).	Se encontró que las mujeres reciben con mayor frecuencia que los hombres comentarios con respecto a su peso e imagen corporal por parte de sus padres. Todos estos comentarios predecían el grado de satisfacción o insatisfacción corporal de las mujeres, pero no de los varones.
Davis et al. (2004)	158 mujeres con un rango de edad de 17 a 30 años	Family Focus on Appearance	Encontraron que las participantes se preocupan más por su apariencia física y su peso corporal, esto debido a los comentarios que hacen los padres.
Ogden y Elder (1998)	25 madres y 25 hijas asiáticas y 25 madres y 25 hijas blancas. Las madres con un rango de edad de 39 a 60 años y las hijas de 18 a 26 años.	Se les aplicó un cuestionario estructurado que abarcaba la imagen corporal, conducta alimentaria y su percepción étnica (aculturación).	Las madres asiáticas reportaron mayor insatisfacción corporal, mientras que las madres blancas tuvieron una mayor restricción alimentaria. Las hijas blancas están más descontentas con sus cuerpos, así como más interesadas en el contenido calórico de su comida, mientras que las hijas asiáticas están menos interesadas en las calorías.
Flynn y Fitzgibbon (1996)	27 madres y 29 hijas afroamericanas.	Collins Child Drawings for Mothers, Adult Female Silhouettes.	Encontraron que hay una relación entre la percepción que tienen las madres acerca del cuerpo de su hija y éstas en como perciben su propia imagen corporal. Las madres obesas escogieron su silueta ideal significativamente más pequeña que su cuerpo, mientras que las normo peso no presentaron diferencias con respecto a su figura ideal.
Byely et al. (2000)	77 mujeres adolescentes con una media de 12.3 años y sus madres.	Eating Attitudes Test (EAT-26), Self-Image Questionnaire for Young Adolescents (SIQYA) y Family Relationships scale of the SIQYA.	Las hijas imitan a las madres en lo concerniente a su imagen corporal y a las dietas. Las chicas mostraron conducta de dieta y un año más tarde fue predictor de insatisfacción corporal.
Ogden y Steward (2000)	30 hijas con un rango de edad entre 16 y 19 años y 30 madres con una edad de 41-57 años.	Body Shape Questionnaire (BSQ) y un cuestionario que exploraba las aspectos de sus relaciones.	No se encontraron correlaciones entre madres e hijas con respecto a la preocupación del peso. Las hijas manifestaron mayor restricción alimentaria e insatisfacción con su imagen corporal que sus madres.

Tabla 7. Estudios que evalúan la importancia de la imagen corporal en la familia.

Tabla7. (Continuación).

IMAGEN CORPORAL			
Autores	Muestra	Instrumentos	Hallazgos
Barry, Grilo y Masheb (2002)	35 varones y 147 mujeres con BED	Body Shape Questionnaire (BSQ) y Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q).	Los hombres se consideraron más obesos que las mujeres. Mientras que las mujeres presentaron mayor insatisfacción de su imagen corporal y un gran anhelo de delgadez.

3.3.2. Relaciones familiares

En el estudio de los TCA se ha encontrado que hay algunos aspectos familiares que son relevantes en el desarrollo o mantenimiento de estos trastornos, por lo que a continuación se mencionarán algunos de los factores más evaluados dentro de la dinámica familiar:

La cohesión se refiere al grado en que los miembros de la familia están compenetrados, se ayudan y apoyan entre sí, y es una característica que distingue a las pacientes con TCA de las que no lo tienen, ya que las primeras reportan percibir una menor cohesión en sus familias (Hodges, Cochrane & Brewerton, 1998; Vázquez, Alvarez, Mancilla & Raich, 2000), (Tabla 8).

También se ha encontrado que la solución de conflictos es una tarea difícil para todas las familias, pero lo es más para aquéllas con un miembro que padece un TCA, debido a que estas últimas reportan percibir mayor conflicto en sus familias (Wonderlich & Swift, 1990; Okon, Greene & Smith, 2003).

La cohesión y el conflicto son los aspectos familiares que más se han estudiado por su relevancia. Sin embargo, hay que destacar que también hay otros como: la expresividad, aspecto en el cual se ha encontrado que las jóvenes con TCA perciben que en su familia hay una menor expresividad y comunicación (Laliberté, Boland & Leichner, 1999; León, Fulkerson, Perry & Dube, 1994; Okon et al., 2003; Vázquez, Alvarez, Mancilla et al., 2000).

Finalmente, otro factor que ha sido investigado es la exigencia familiar, aspecto en el cual se ha encontrado que las personas con TCA perciben que en su familia hay una alta orientación hacia los logros (Rorty, Yager & Rossotto, 1995; Laliberté et al, 1999).

RELACIONES FAMILIARES			
Autores	Muestra	Instrumentos	Hallazgos
Stradmeijer et al. (2000)	73 adolescentes con sobrepeso y 70 con normo peso, con un rango de edad de 10 a 16 años.	Family Dimension Scale (FDS) y Body-Esteem Scale (BES).	No se encontraron diferencias entre niños con sobrepeso y normo peso en cuanto a la cohesión, adaptabilidad y convivencia social. Hubo una correlación negativa y débil entre la cohesión y el reporte de problemas de conducta que dieron las madres de los niños con sobrepeso.
Ogden y Thomas (1999)	135 mujeres de clase alta y 122 de clase baja con un rango de edad de 13 a 16 años	Body Shape Questionnaire (BSQ) y un cuestionario de valores.	Para las chicas de clase baja es importante la vida familiar, también mostraron un estereotipo negativo de su cuerpo. La clase alta mostró una mayor restricción alimentaria, insatisfacción y distorsión de su cuerpo, así como una menor importancia a la vida familiar.
Hodges et al. (1998)	23 pacientes con AN, 45 con BN, 20 con AN+BN y 43 con BED.	Family Environment Scale (FES).	En la subescala de cohesión el grupo con AN obtuvo promedios más altos que los del grupo BED. En expresividad los de BN tuvieron promedios más altos que los BED. Sin embargo, en la subescala de actividades recreativas los BED tuvieron un promedio más bajo que los demás grupos. El grupo BED tuvo un promedio más alto en las subescala de control y conflicto que el grupo control, así mismo los BED describen a sus familias con poco énfasis en lo que respecta a la autonomía, son más aislados y sedentarios que los otros grupos.
Vázquez, Alvarez, Mancilla et al. (2000)	35 adolescentes con TCA y 35 control	FES	Se encontró que el grupo clínico percibió mayor organización, actuación y conflicto, mientras que para el grupo control manifestó mayor cohesión.
Wonderlich y Swift (1990)	11 mujeres con AN, 26 con BN, 10 con AN+BN y 29 control, con un rango de edad de 18 a 34 años.	SASB	Las AN+BN percibieron a sus padres con menos control que el grupo control. Los grupos BN y AN+BN percibieron las relaciones con su padres como más hostiles que las AN y control. Las BN percibieron a sus madres más agresivas y hostiles que el grupo control. Las AN percibieron a sus padres con más control que los otros grupos.
Laliberté, et al. (1999)	40 mujeres con TCA, 17 con depresión y 27 control	FES, Family Achievement Scale, Family Social Appearance Orientation Scale y Family Body Satisfaction Scale.	Los grupos con TCA y depresión reportaron más disfunción en sus familias que el grupo control. Las mujeres con TCA describieron a sus familias más preocupadas por el logro/apariencia que el grupo control y con depresión. Las variables del proceso familiar distinguieron a los grupos clínicos (TCA y depresión) del grupo control.

Tabla 8. Estudios que evalúan los diferentes aspectos familiares en los TCA

Tabla 8. (Continuación)

RELACIONES FAMILIARES			
Autores	Muestra	Instrumentos	Hallazgos
León et al. (1994)	45 varones divididos en dos grupos: riesgo (22) y control (23) y 136 mujeres divididas en tres grupos: alto riesgo (24), riesgo moderado (46) y control (66).	Family Adaptability and Cohesion Scales (FACES-III), Parent Adolescent Communication Scale, Family Satisfaction Scale y Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID)	Los grupos de riesgo moderado y de alto tuvieron un promedio significativamente más bajo en la subescala de cohesión, comunicación con sus padres y satisfacción familiar que el grupo control. Las madres de los grupos de riesgo moderado y alto percibieron a sus hijas con sobrepeso en algún tiempo de su vida. Las madres de los chicos del grupo de riesgo percibieron una comunicación más positiva con sus hijos que las del grupo control. En los grupos de los hombres no hubo diferencias significativas.
Laliberté et al. (1999)	324 mujeres universitarias entre 17 y 22 años de edad y 121 madres	FES, Family Achievement Scale, Family Social Appearance Orientation Scale, Family Body Satisfaction, Family Esteem Scale y Family Impulse Relation Scale	Madres e hijas percibieron de igual manera a sus familias. Se encontró que el factor familiar de logro/apariencia fue un predictor fuerte de TCA en las estudiantes. Las madres percibieron mayor orientación hacia los logros, actuación y expresividad emocional, mientras que las estudiantes señalaron mayor autonomía, conflicto y cohesión en su familia.
Emanuelli et al. (2004)	49 familias control y 39 familias clínicas (con una hija con AN), las hijas con un rango de edad de 11 a 18 años.	Family Assessment Device (FAD)	Los padres del grupo clínico mostraron un promedio más alto que las madres en el funcionamiento general, mientras que las madres lo tuvieron en la solución de problemas. Las hijas clínicas y control reportaron mayor funcionamiento familiar que los otros miembros en funcionamiento general, comunicación y solución de problemas. Los miembros de la familia clínica percibieron la comunicación familiar como pobre en comparación con los miembros de las familias control.
Casper y Troiani (2001)	17 adolescentes con AN, 34 control y sus respectivos padres.	Entrevista semiestructurada y FAM.	Las adolescentes con AN tipo bulímico mostraron una mayor comunicación, expresión afectiva y realización de tareas de logro en sus familias que las AN de tipo restrictivo y control. Las chicas con AN subtipo bulímico y sus madres percibieron el funcionamiento familiar como dañado en comparación que las adolescentes control y las AN de subtipo restrictivo. No hubo diferencias en cuanto a las chicas de AN restrictiva y sus familias con las familias control. En las familias con una persona con AN de tipo bulímico existía un malestar manifiesto, afecto negativo y conflictos no resueltos, mientras que las familias de AN restrictivas se describían con un satisfactorio funcionamiento familiar de modo similar a los controles.
Okon et al., (2003)	20 mujeres con BN con una media de 16.8 años de edad	FES y Conflict Behavior Questionnaire (CBQ).	Percibieron a sus familias con un alto nivel de conflicto y con un bajo nivel de expresividad emocional.
Rorty et al. (1995)	80 mujeres con BN y 40 chicas control.	Family Assessment Measure III (FAM-III)	El maltrato físico en el grupo de BN tuvo promedios altos en el FAM III en las escalas de logro de tareas, ejecución del rol, comunicación, control y valores y normas.

A pesar de encontrar un número considerable de estudios con respecto a los aspectos familiares en los TCA, la mayor parte de éstos se han realizado con población femenina, siendo los varones, uno de los grupos que han recibido poca atención. Por tanto, es importante el que se lleven a cabo estudios donde también se incluya a los varones.

Considerando lo anterior, la presente investigación constituye uno de los primeros intentos en nuestro país para evaluar la relevancia de los aspectos familiares en los TCA en hombres y mujeres adolescentes.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relevancia de la dinámica familiar en los Trastornos del Comportamiento Alimentario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a los aspectos familiares de: cohesión, organización, actuación, expresividad, moralidad-religiosidad, autonomía, intelectual-cultural, control, social-recreativo y conflicto, sintomatología de Trastorno del Comportamiento Alimentario, influencia del modelo estético corporal e insatisfacción corporal.
- Evaluar la relación que existe entre los aspectos familiares y la sintomatología de Trastorno del Comportamiento Alimentario, influencia del modelo estético corporal e insatisfacción de la imagen corporal y sus factores.

MÉTODO

Sujetos: el tipo de muestra fue no probabilística y se conformó por 525 personas, 288 mujeres y 237 hombres, con un rango de edad de 12-28 años provenientes de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México (Tabla 1M).

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

Tabla 1M. Características generales de la muestra utilizada.

Tipo de diseño: el diseño corresponde al no experimental de tipo transeccional correlacional/causal. Es no experimental porque no se manipulan deliberadamente las variables; es decir, sólo se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural. Transeccional correlacional/causal, porque describe relaciones entre variables y establece procesos de causalidad en un momento determinado.

Instrumentos

- ◆ **Hoja de Datos Generales:** se elaboró por el Proyecto de Investigación en Nutrición con la finalidad de indagar algunos datos generales del individuo como: nombre, edad, nivel escolar, etc., así como algunos antecedentes de TCA.

- ◆ **Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40),** creado y validado en mujeres canadienses por Garner y Garfinkel (1979). Detecta síntomas de TCA, específicamente de la Anorexia Nerviosa. Fue adaptado y validado en mujeres españolas por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991), y en mujeres mexicanas por Alvarez-Rayón, et al. (2004); y en hombres por Saucedo (2004), para éstos no hay un punto de corte y sus factores son diferentes a los de las mujeres. Consta de 40 preguntas con 6 opciones de respuesta con punto de corte internacional • 30 y para México • 28, evalúa factores² como: 1) Restricción alimentaria, 2) Bulimia, 3) Motivación por adelgazar, 4) Preocupación por la comida y 5) Presión social percibida.

- ◆ **Cuestionario de Bulimia (BULIT).** Creado y validado en mujeres estadounidenses por Smith y Thelen (1984), con el propósito de identificar la presencia de síntomas y preocupaciones características de la Bulimia Nerviosa. Consta de 36 preguntas con cinco opciones de respuesta. Fue adaptado y validado en población mexicana de mujeres por Alvarez (2000) y Alvarez, Mancilla y Vázquez (2000), sugiriendo un punto de corte • 85 y evalúa tres factores: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y 3) Conductas Compensatorias.

² Para esta investigación se hará uso de los factores –del EAT- propuestos para mujeres.

- ◆ **Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC).** Fue elaborado y validado en mujeres españolas por Toro, Salamero y Martínez (1994) y en población mexicana de mujeres por Vázquez, Alvarez y Mancilla (2000) y en hombres por Vázquez, Velázquez, Alvarez, Mancilla y Franco (en prensa), para éstos no hay un punto de corte y sus factores son diferentes a los de las mujeres. Su objetivo es el explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal de esbeltez. Consta de 40 preguntas con tres opciones de respuesta, su punto de corte internacional es • 23 -24 y se conforma por cuatro factores³ que son: 1) Influencia de la publicidad, 2) Malestar por la imagen corporal, 3) Influencia de los modelos estéticos corporales y 4) Influencia de las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos.

- ◆ **Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ).** Fue creado y validado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Consta de 34 preguntas con seis opciones de respuesta y su punto de corte es •105. No posee factores. Su objetivo es el explorar la autopercepción respecto a la imagen corporal, así como el identificar la presencia de insatisfacción de su imagen corporal. En mujeres mexicanas se validó por Galán (2004) y Vázquez, Galán et al. (2004); su punto de corte es de 110 y se obtuvieron dos factores: 1) Malestar por la imagen corporal e 2) Insatisfacción corporal⁴.

- ◆ **Escala de Ambiente Familiar (FES, Moos, Moos, y Trickett, 1980).** Fue validado en España por Seisdedos, Cruz y Cordero (1984). Esta escala aprecia las características socioambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, así como aquellos aspectos de desarrollo de mayor importancia y su

³ Para esta investigación se hará uso de los factores –del CIMEC- propuestos para mujeres para poder comparar a hombres y mujeres.

⁴ En esta investigación se usaron los dos factores que resultaron del BSQ, con el fin de explorar que tanto diferencian entre los grupos.

estructura básica, consta de 90 preguntas agrupadas en tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad y cada una de éstas tiene subescalas.

Relaciones: evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres subescalas: 1) *Cohesión*, grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí, 2) *Expresividad*, grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos y 3) *Conflicto*, grado en que se expresan libre y abiertamente el cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

Desarrollo: evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vide en común. Esta dimensión comprende cinco subescalas: 1) *Autonomía*, grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones, 2) *Actuación*, grado en que las actividades (tal como escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competencia, 3) *Intelectual-Cultural*, grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales, 4) *Social-Recreativo*, grado de participación en este tipo de actividades y 5) *Moralidad-Religiosidad*, importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

Estabilidad: proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Está formada por dos subescalas: 1) *Organización*, importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia y 2) *Control*, grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

- ◆ **Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario** (IDED, Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberene, 1998). Tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los TCA: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón, considerando los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994).

PROCEDIMIENTO

La investigación se llevó a cabo en dos fases:

1ª. FASE

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

Los instrumentos se aplicaron en los espacios y horarios asignados por las instituciones. Cabe mencionar que los participantes fueron separados en dos aulas: en una se encontraban las mujeres y en la otra los hombres. Esto se hizo porque los instrumentos aplicados contienen preguntas específicas para cada sexo. A todos los participantes se les repartieron los cuadernillos de preguntas y las hojas de respuesta de cada uno de los cuestionarios. Una vez distribuidos éstos se les dieron las instrucciones para su llenado, enfatizando la importancia de su colaboración y garantizando la confidencialidad de la información proporcionada. En esta fase se aplicaron los siguientes cuestionarios que evaluaban: sintomatología de TCA (EAT-40 y BULIT), insatisfacción corporal (BSQ), interiorización del modelo estético corporal (CIMEC) y las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (FES).

2ª. FASE

Una vez que los cuestionarios de tamizaje fueron contestados y calificados, se identificó a las personas que rebasaron los puntos de corte de los instrumentos (EAT ≥ 28 y/o BULIT ≥ 85) y, por tanto, presentaban Sintomatología de Trastorno del Comportamiento Alimentario. Se procedió a valorarlos por medio de la Entrevista Diagnóstica de Trastorno Alimentario (IDED), canalizando los casos diagnosticados a instituciones adecuadas para su tratamiento. También se citó a una muestra proporcional de personas que no rebasaron el punto de corte de los instrumentos y que formaron el grupo control.

PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

Los estadísticos descriptivos empleados en la presente investigación fueron:

Porcentaje (%): para expresar la proporción de los casos que se diagnosticaron con algún tipo de trastorno alimentario.

Medidas de tendencia central:

Media (\bar{x}): representa la puntuación promedio en las variables evaluadas.

Medidas de dispersión:

Error Estándar (EE): representa la desviación promedio de un estimado de valores reales de la población.

Pruebas paramétricas:

Prueba t de Student para muestras independientes: se utilizó para evaluar la significación de las diferencias entre los datos obtenidos por los grupos.

Correlación de Pearson (r): Se empleó para analizar el grado en que se relacionan dos variables.

Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor: se utilizó para analizar las diferencias que hubo entre los grupos con respecto a las variables evaluadas.

Método de Scheffé: se empleó para conocer entre qué grupos hubo diferencias estadísticamente significativas.

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

1) *Características de la muestra.*

- ⊗ Por medio de la Entrevista de Diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED), se obtuvo el porcentaje de sujetos que fueron diagnosticados con Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón (TPA) y Trastorno Alimentario No Específico (TANE).

2) *Casos que superaron el Punto de Corte (PC)*

- ⊗ Se realizó un análisis descriptivo del número de casos que superaron el PC de cada uno de los instrumentos empleados.

3) *Análisis de la Escala de Ambiente Familiar (FES)*

- ⊗ En primer lugar, la muestra general (N= 525) se dividió en dos grupos: hombres (n= 237) y mujeres (n= 288).
- ⊗ Posteriormente se procedió a saber cómo jerarquizaban cada grupo las subescalas del FES.
- ⊗ Finalmente, se analizó si entre hombres y mujeres existían diferencias significativas en cómo percibían a las subescalas del FES.

4) *Diferencias de promedios al comparar hombres y mujeres con los cuestionarios de sintomatología de TCA, insatisfacción de la imagen corporal e influencia del modelo estético corporal.*

- ⊗ Se aplicó la “t” de Student a los totales de los cuestionarios de sintomatología de TCA, de imagen corporal e influencia del modelo estético corporal, así como a sus factores para observar si existían diferencias significativas entre los grupos.

5) *Diferencias de promedios al comparar mujeres con TCA y control con el cuestionario de familia e insatisfacción de la imagen corporal.*

⊗ En primer lugar, se consideraron a todas aquellas mujeres a las cuales se les diagnosticó un TCA, formando así el **grupo con TCA** (n= 26). Asimismo se escogió un grupo de mujeres (n= 59) quienes conformaron el **grupo control**. Cabe mencionar que estas personas no superaron el punto de corte del EAT y/o BULIT, así como tampoco fueron diagnosticados con algún TCA al realizarles la entrevista.

⊗ Posteriormente, se aplicó la “t” de Student al cuestionario FES y al total del cuestionario de imagen corporal, así como a sus factores, para observar si existían diferencias significativas entre los grupos.

6) *Comparación entre los grupos con sintomatología y control tomando en cuenta los factores asociados a la sintomatología de TCA.*

⊗ En primer lugar, se consideraron a todas aquellas personas que superaron el punto de corte de los cuestionarios del EAT y/o BULIT, formando así un grupo de hombres (n= 34) y mujeres (n= 59) quienes formaron los **grupos con sintomatología**.

⊗ Asimismo se escogió aleatoriamente un grupo similar para mujeres (n= 59) y hombres (n= 34), quienes conformaron los **grupos control**. Cabe mencionar que estas personas no superaron el punto de corte del EAT y/o BULIT, así como tampoco fueron diagnosticados con algún TCA al realizarles la entrevista.

⊗ Al tener ya los cuatro grupos: *hombres y mujeres con y sin sintomatología*, se procedió a ver como jerarquizaba cada grupo las subescalas del FES.

⊗ Por último, se empleó un análisis de varianza (ANOVA) y la Scheffé a los grupos con y sin sintomatología para saber si existían diferencias con respecto a los aspectos familiares, sintomatología de TCA, imagen corporal e influencia del modelo estético corporal.

7) *Asociación entre el FES con la sintomatología de TCA, imagen corporal e influencia del modelo estético corporal en hombres y mujeres.*

- ⊗ El análisis de las correlaciones se realizó con la muestra de hombres (n= 64), la cual está formada por el grupo con sintomatología y control. Asimismo, se siguió el mismo procedimiento para la muestra de mujeres (n= 118).
- ⊗ Una vez que se tuvieron estas muestras, se realizó el análisis de las asociaciones entre las subescalas del FES con los totales del EAT, BULIT, BSQ, CIMEC y sus respectivos factores, por medio de la prueba de correlación r de Pearson.

Para un mejor entendimiento de las matrices de correlaciones, sólo se describirán aquéllas con una $r \bullet 0.20$.

8) *Asociación entre el FES con la sintomatología de TCA, imagen corporal e influencia del modelo estético corporal en mujeres con TCA.*

- ⊗ Se presenta un análisis de las asociaciones entre las subescalas del FES con los totales del EAT, BULIT, BSQ, CIMEC y sus respectivos factores, por medio de la prueba de correlación r de Pearson.

Para un mejor entendimiento de la matriz de correlación de las mujeres con TCA, sólo se describirán aquéllas con una $r \bullet 0.40$.

9) *Análisis cualitativo de los varones con TCA.*

- ⊗ En el grupo de hombres sólo se reportaron tres casos con algún tipo de TCA, por lo cual no se puede hacer un análisis cuantitativo y se procedió a hacerlo cualitativamente.

RESULTADOS

CASOS DIAGNOSTICADOS CON TCA

Con la Entrevista de Diagnóstico de Trastornos del Comportamiento Alimentario (IDED) se detectó que existe mayor presencia de Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) en mujeres (9.03%) que en los hombres (1.27%). Así mismo, se encontró que el TCA más frecuente en la muestra es el Trastorno Alimentario No Específico (TANE), (Tabla 1R).

GRUPO	AN	BN	TANE	TPA	Sin Trastorno
HOMBRES (n= 237)	—	—	2 (0.84%)	1 (0.42%)	234 (98.73%)
MUJERES (n= 288)	2 (0.69%)	5 (1.74%)	18 (6.25%)	1 (0.35%)	262 (90.97%)
TOTAL (N= 525)	2 (0.38%)	5 (0.95%)	20 (3.81%)	2 (0.38%)	496 (94.48%)

Tabla 1R. Clasificación de los diferentes tipos de TCA identificados mediante la entrevista a hombres y mujeres.

TPA= Trastorno por Atracón

CASOS QUE SUPERARON EL PUNTO DE CORTE DE LOS INSTRUMENTOS

De la muestra utilizada se presenta el número de casos que superaron el punto de corte de los instrumentos empleados (Tabla 2R).

En cuanto a los cuestionarios que evalúan Sintomatología de TCA, que son EAT y BULIT, se observa que este último presenta un mayor número de casos que superaron el punto de corte, tanto en el grupo de los hombres (10.97%) como

en el de las mujeres (14.58%). Sin embargo, es importante mencionar que en las mujeres el porcentaje que rebasó los PC de EAT y BULIT son muy cercanos, mientras que en los varones dichos porcentajes tienen una clara tendencia a la sintomatología de Bulimia (Bulit).

Con respecto, al cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC) se encontró que fue el que presentó un mayor número de casos que superaron el punto de corte, siendo nuevamente mayor en las mujeres (47.92%) que en los hombres (23.63%).

Finalmente, en el cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) se aprecia que en las mujeres hubo más casos con insatisfacción corporal que en los varones, ya que en las mujeres fueron 50 casos (20%) y en los hombres sólo hubo 6 casos (2.53%).

GRUPOS	EAT 28	BULIT 85	CIMEC 24	BSQ 110
HOMBRES (n=237)	5.06% (n= 12)	10.97% (n= 26)	23.63% (n= 56)	2.53% (n= 6)
MUJERES (n=288)	13.19% (n= 38)	14.58% (n= 42)	47.92% (n= 138)	20.14% (n= 58)
TOTAL (N=525)	9.52% (n= 50)	12.95% (n= 68)	36.95% (n= 194)	12.19% (n= 64)

Tabla 2R. Número de casos que superaron el punto de corte de los instrumentos empleados.

ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR (FES)

El análisis del cuestionario FES se realizó de dos maneras:

1. Se consideraron los promedios para observar la jerarquización que se daba a las variables evaluadas.

2. Comparando estadísticamente las puntuaciones conocimos la intensidad que hombres y mujeres daban a cada una de las subescalas.

De la muestra general (N= 525) se comparó a los hombres (n= 237) y mujeres (n=288) en cómo jerarquizaban los aspectos familiares, se pudo observar que para ambos grupos la importancia de estas subescalas son muy semejantes. La subescala de mayor relevancia fue la *cohesión*, es decir, que para los participantes es importante el grado de compenetración que hay entre los miembros de su familia y como la característica menos significativa el *conflicto*. Sólo se encontró que hubo diferencias en la percepción de dos subescalas, debido a que para los hombres están primero las actividades culturales e intelectuales y en las mujeres antes de éstas, está la *autonomía* (Tabla 3R).

	SUBESCALAS	HOMBRES (n= 237)		SUBESCALAS	MUJERES (n= 288)
1°	COHESIÓN	$\bar{X}=6.57$ EE= 0.12	1°	COHESIÓN	$\bar{X}= 6.95$ EE= 0.14
2°	ORGANIZACIÓN	$\bar{X}= 6.05$ EE= 0.11	2°	ORGANIZACIÓN	$\bar{X}= 6.22$ EE= 0.10
3°	ACTUACIÓN	$\bar{X}= 5.86$ EE= 0.01	3°	ACTUACIÓN	$\bar{X}= 6.06$ EE= 0.09
4°	EXPRESIVIDAD	$\bar{X}= 5.38$ EE= 0.12	4°	EXPRESIVIDAD	$\bar{X}= 5.67$ EE=0.11
5°	INTELECTUAL- CULTURAL	$\bar{X}= 5.11$ EE= 0.10	5°	AUTONOMÍA	$\bar{X}= 5.39$ EE=0.09
6°	AUTONOMÍA	$\bar{X} = 5.07$ EE= 0.01	6°	INTELECTUAL- CULTURAL	$\bar{X}= 5.08$ EE= 0.09
7°	MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	$\bar{X}= 4.87$ EE= 0.09	7°	MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	$\bar{X}= 4.83$ EE=0.09
8°	CONTROL	$\bar{X}= 4.63$ EE= 0.01	8°	CONTROL	$\bar{X}= 4.74$ EE= 0.08
9°	SOCIAL- RECREATIVO	$\bar{X}= 4.56$ EE= 0.11	9°	SOCIAL- RECREATIVO	$\bar{X}= 4.59$ EE= 0.01
10°	CONFLICTO	$\bar{X}= 3.23$ EE= 0.11	10°	CONFLICTO	$\bar{X}= 2.78$ EE= 0.11

Tabla 3R. Jerarquización de las subescalas de la Escala de Ambiente Familiar (FES) en hombres y mujeres.

En la Escala de Ambiente Familiar (FES) se encontró que las mujeres obtuvieron significativamente mayores puntuaciones en las subescalas de *cohesión* y *autonomía*, mientras que los hombres únicamente obtuvieron puntuaciones mayores y estadísticamente significativas en la subescala de *conflicto* (Tabla 4R). Con respecto al resto de las subescalas no existieron diferencias significativas. (Los resultados completos de este análisis se pueden observar en el anexo 1).

SUBESCALAS	HOMBRES (n= 237)	MUJERES (n= 288)	"t" de Student
COHESIÓN	\bar{X} = 6.57 EE= 0.12	\bar{X} = 6.95 EE= 0.14	2.04 $p \leq 0.05$
CONFLICTO	\bar{X} = 3.23 EE= 0.11	\bar{X} = 2.78 EE= 0.11	2.91 $p \leq 0.05$
AUTONOMÍA	\bar{X} = 5.07 EE= 0.01	\bar{X} = 5.39 EE= 0.09	2.40 $p \leq 0.01$

Tabla 4R. Resumen de la comparación entre hombres y mujeres en las subescalas del FES.

DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Se comparó a los hombres y mujeres de la muestra general en cuanto a las puntuaciones totales de los cuestionarios que evalúan Sintomatología de TCA (EAT y BULIT), Imagen Corporal (BSQ) e Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), se observó que las mujeres tuvieron promedios significativamente mayores en todos los cuestionarios en comparación con los hombres (Tabla 5R). Aunque la menor diferencia se observó en el BULIT.

Cabe mencionar que sólo el promedio del grupo de mujeres rebasó el punto de corte del CIMEC, por lo que este instrumento está identificando que las mujeres son más susceptible a la interiorización del modelo estético corporal.

GRUPOS	EAT	“t” de Student	BULIT	“t” de Student	BSQ	“t” de Student	CIMEC	“t” de Student
HOMBRES (n= 237)	\bar{X} = 13.99 EE=0.46	3.53 $p \leq 0.001$	\bar{X} = 64.48 EE= 1.02	2.28 $p \leq 0.05$	\bar{X} = 56.63 EE= 1.37	9.94 $p \leq 0.001$	\bar{X} = 16.45 EE= 0.78	6.71 $p \leq 0.001$
MUJERES (n= 288)	\bar{X} = 16.76 EE= 0.64		\bar{X} = 67.69 EE= 0.96		\bar{X} = 81.04 EE= 2.04		\bar{X} = 24.49 EE= 0.91	

Tabla 5R. Comparación entre hombres y mujeres en los instrumentos EAT, BULIT, BSQ y CIMEC.

Al comparar a los hombres (n= 237) y mujeres (n= 288) de la muestra general con los factores del EAT y BULIT (ver anexos 3 y 4 para consultar las tablas completas), se encontró que las mujeres obtuvieron promedios más altos en comparación con los hombres en la mayoría de los factores, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en lo referente a *la motivación por adelgazar* factor 3 del EAT, *presión social percibida* factor 5 del EAT y *sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* factor 2 del BULIT. Mientras, en *la sobreingesta y sensación de pérdida de control* factor 1 del BULIT, se observó que los hombres tuvieron un promedio más alto y estadísticamente significativo, es decir, que éstos tienden a ser más propensos al atracón que las mujeres (Tabla 6R).

GRUPOS	FACTORES DEL E A T				FACTORES DEL B U L I T			
	MA	“t” de Student	PSP	“t” de Student	S	“t” de Student	SNS	“t” de Student
HOMBRES (n= 237)	\bar{X} = 1.24 EE= 0.15	6.75 $p \leq 0.001$	\bar{X} = 0.78 EE= 0.10	4.89 $p \leq 0.001$	\bar{X} = 19.52 EE= 0.45	1.91 $p \leq 0.05$	\bar{X} = 12.86 EE= 0.27	4.33 $p \leq 0.001$
MUJERES (n= 288)	\bar{X} = 3.17 EE= 0.24		\bar{X} = 1.65 EE= 0.14		\bar{X} = 18.35 EE= 0.41		\bar{X} = 14.65 EE= 0.31	

Tabla 6R. Resumen de la comparación entre hombres y mujeres en los factores del EAT y BULIT.

Factores del EAT

MA= Motivación por Adelgazar
PSP= Presión Social Percibida

Factores del BULIT

S= Sobreingesta y sensación de pérdida de control
SNS= Sentimientos Negativos posteriores a la Sobreingesta

En los factores del cuestionario BSQ se encontró que las mujeres presentaron puntuaciones significativamente más altas en *malestar por la imagen corporal* factor 1 e *insatisfacción corporal* factor 2 que los hombres, es decir, que las mujeres son más vulnerables a estar molestas e insatisfechas con su cuerpo que los varones (Tabla 7R).

GRUPOS	MIC	"t" de Student	IC	"t" de Student
HOMBRES (n= 237)	\bar{X} = 18.66 EE= 0.48	11.80 $p \leq 0.001$	\bar{X} = 15.32 EE= 0.41	6.38 $p \leq 0.001$
MUJERES (n= 288)	\bar{X} = 29.44 EE= 0.78		\bar{X} = 19.62 EE= 0.53	

Tabla 7R. Comparación entre hombres y mujeres en los factores del BSQ.

Factores del BSQ

MIC= Malestar por la Imagen Corporal

IC= Insatisfacción Corporal

En los factores del cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal, se encontró que las mujeres en comparación con los hombres presentaron puntuaciones más altas y estadísticamente significativas en cuanto a la *influencia de la publicidad* factor 1, *malestar por la imagen corporal* factor 2, *influencia del modelo estético corporal* factor 3 e *influencia de las relaciones sociales* factor 4. Estos resultados indican que las mujeres son más vulnerables a la interiorización del modelo estético corporal (Tabla 8R).

GRUPOS	IP	"t" de Student	MIC	"t" de Student	IMEC	"t" de Student	IRS	"t" de Student
HOMBRES (n= 237)	\bar{X} = 5.20 EE= 0.32	2.83 $p \leq 0.05$	\bar{X} = 3.62 EE= 0.22	8.96 $p \leq 0.001$	\bar{X} = 2.73 EE= 0.15	5.68 $p \leq 0.001$	\bar{X} = 2.73 EE= 0.14	4.88 $p \leq 0.001$
MUJERES (n= 288)	\bar{X} = 6.59 EE= 0.37		\bar{X} = 6.89 EE= 0.29		\bar{X} = 3.95 EE= 0.16		\bar{X} = 3.69 EE= 0.14	

Tabla 8R. Comparación entre hombres y mujeres en los factores del CIMEC.

Factores del CIMEC

IP= Influencia de la Publicidad

MIC= Malestar por la Imagen Corporal

IMEC= Influencia del Modelo Estético Corporal

IRS= Influencia de las Relaciones Sociales

DIFERENCIAS ENTRE MUJERES CON TCA Y CONTROL

Cuando comparamos las puntuaciones obtenidas por las mujeres con TCA y control, se observó que las mujeres con TCA tuvieron promedios más altos y estadísticamente significativos en las subescalas de *actuación* y *conflicto*, pero

significativamente menores en *expresividad* que las control (Tabla 9R), (Los resultados completos de este análisis se pueden observar en el anexo 2).

SUBESCALAS	MUJERES CONTROL (n=59)	MUJERES CON TCA (n=26)	"t" de Student
EXPRESIVIDAD	\bar{X} = 6.05 EE= 0.23	\bar{X} = 5.08 EE= 0.36	2.25 $p \leq 0.05$
ACTUACIÓN	\bar{X} = 5.68 EE= 0.23	\bar{X} = 6.54 EE= 0.26	2.47 $p \leq 0.01$

Tabla 9R. Resumen de la comparación entre mujeres control y con TCA en las subescalas del FES.

Al comparar mujeres con TCA y control encontramos significativamente mayor insatisfacción con su imagen corporal en las mujeres con TCA. En cuanto a los factores de dicho instrumento se observó que las mujeres con TCA presentaron significativamente puntuaciones mayores que las mujeres control en *malestar por la imagen corporal* factor 1 e *insatisfacción corporal* factor 2 (Tabla 10R).

GRUPOS	Total BSQ	"t" de Student	MIC	"t" de Student	IC	"t" de Student
MUJERES CONTROL (n= 59)	\bar{X} = 31.69 EE= 4.13	5.44 $p \leq 0.001$	\bar{X} = 25.76 EE= 1.63	5.64 $p \leq 0.001$	\bar{X} = 17.49 EE= 1.00	5.26 $p \leq 0.001$
MUJERES CON TCA (n= 26)	\bar{X} = 119.62 EE= 7.67		\bar{X} = 42.81 EE= 2.54		\bar{X} = 31.77 EE= 2.53	

Tabla 10R. Comparación entre mujeres control y con TCA con el cuestionario BSQ y sus factores .

Factor del BSQ

MIC= Malestar por la Imagen Corporal

IC= Insatisfacción Corporal

COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS CON SINTOMATOLOGÍA Y CONTROL

Se consideraron a todas aquellas personas que superaron el PC de los instrumentos EAT y/o BULIT, formando así un grupo de hombres (n= 34) y mujeres (n= 59) quienes formaron los **grupos con sintomatología**. Asimismo, se

escogió aleatoriamente un grupo similar para mujeres (n= 59) y hombres (n= 34), quienes formaron los **grupos control** (estas personas son rebasaron el PC de los instrumentos, así como tampoco se les diagnosticó ningún TCA con la entrevista).

Aspectos familiares asociados a los trastornos alimentarios

Al comparar a los grupos de hombres y mujeres con y sin sintomatología en las subescalas del FES, se observó que los cuatro grupos jerarquizan a la subescala de *cohesión* como lo más relevante en su familia y el *conflicto* como la menos importante (Tabla 11R). En cuanto a la jerarquía de las subescalas restantes se encontró que todos los grupos las percibieron de manera distinta, por lo que se hizo un análisis con base a las tres dimensiones del cuestionario FES:

- ⊗ **Relaciones**, una de sus subescalas es la *expresividad*, en la que se observó que para los grupos con sintomatología es menos relevante que para los grupos control, es decir, que para los hombres y mujeres con sintomatología perciben que no pueden expresar sus sentimientos como lo hacen las mujeres control.
- ⊗ **Estabilidad**, en esta dimensión se encuentran la escalas de organización y control. En cuanto a *la organización* se obtuvo que para las mujeres con sintomatología no es tan relevante la estructura y organización para planificar las actividades y responsabilidades de la familia como lo es para los demás grupos, quienes le dan la misma importancia.

En lo que respecta a la subescala de *control* se presentó que para las mujeres con sintomatología es más importante el cumplimiento de las reglas y procedimientos que están ya establecidos en su familia, en comparación con el resto de los grupos, pero se observó que los hombres con sintomatología y mujeres control perciben a este aspecto como algo no tan relevante en su familia.

	SUBESCALAS	HC (n= 34)	SUBESCALAS	HS (n= 34)	SUBESCALAS	MC (n= 59)	SUBESCALAS	MS (n= 59)
1°	COHESIÓN	\bar{X} = 7.32 EE= 0.24	COHESIÓN	\bar{X} = 5.76 EE= 0.33	COHESIÓN	\bar{X} = 7.27 EE= 0.30	COHESIÓN	\bar{X} = 6.51 EE= 0.33
2°	ORGANIZACIÓN	\bar{X} = 6.65 EE= 0.25	ORGANIZACIÓN	\bar{X} = 5.41 EE= 0.29	ORGANIZACIÓN	\bar{X} = 6.29 EE= 0.22	ACTUACIÓN	\bar{X} = 6.19 EE= 0.21
3°	ACTUACIÓN	\bar{X} = 6.09 EE= 0.24	ACTUACIÓN	\bar{X} = 5.21 EE= 0.25	EXPRESIVIDAD	\bar{X} = 6.05 EE= 0.23	ORGANIZACIÓN	\bar{X} = 5.88 EE= 0.22
4°	EXPRESIVIDAD	\bar{X} = 5.65 EE= 0.28	INTELECTUAL- CULTURAL	\bar{X} = 5.12 EE= 0.34	ACTUACION	\bar{X} = 5.68 EE= 0.23	AUTONOMÍA	\bar{X} = 5.20 EE= 0.22
5°	MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	\bar{X} = 5.53 EE= 0.22	EXPRESIVIDAD	\bar{X} = 5.06 EE= 0.33	AUTONOMÍA	\bar{X} = 5.51 EE= 0.18	EXPRESIVIDAD	\bar{X} = 4.98 EE= 0.28
6°	AUTONOMÍA	\bar{X} = 5.26 EE= 0.24	SOCIAL- RECREATIVO	\bar{X} = 4.91 EE= 0.31	MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	\bar{X} = 4.86 EE= 0.22	CONTROL	\bar{X} = 4.90 EE= 0.17
7°	INTELECTUAL- CULTURAL	\bar{X} = 5.00 EE= 0.27	AUTONOMÍA	\bar{X} = 4.88 EE= 0.25	INTELECTUAL- CULTURAL	\bar{X} = 4.83 EE= 0.22	INTELECTUAL- CULTURAL	\bar{X} = 4.81 EE= 0.25
8°	CONTROL	\bar{X} = 4.35 EE= 0.28	MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	\bar{X} = 4.74 EE= 0.28	SOCIAL- RECREATIVO	\bar{X} = 4.64 EE= 0.19	MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	\bar{X} = 4.76 EE= 0.20
9°	SOCIAL- RECREATIVO	\bar{X} = 4.29 EE= 0.31	CONTROL	\bar{X} = 4.71 EE= 0.24	CONTROL	\bar{X} = 4.54 EE= 0.19	SOCIAL- RECREATIVO	\bar{X} = 4.71 EE= 0.20
10°	CONFLICTO	\bar{X} = 2.94 EE= 0.33	CONFLICTO	\bar{X} = 3.35 EE= 0.30	CONFLICTO	\bar{X} = 2.39 EE= 0.17	CONFLICTO	\bar{X} = 3.05 EE= 0.27

Tabla 11R. Jerarquización obtenida por los grupos para cada una de las subescalas del FES.

HC= Hombres Control
HS= Hombres con Sintomatología

MC= Mujeres Control
MS= Mujeres con Sintomatología

∞ **Desarrollo**, en ésta se encuentran las subescalas de autonomía, actuación, social-recreativa, intelectual-cultural y moralidad-religiosidad. En la subescala de *autonomía* se obtuvo que para las mujeres con sintomatología es más relevante el grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones que para el resto de los grupos. Cabe mencionar que los hombres con sintomatología tuvieron particularmente un menor promedio,

En la *actuación*, se percibió que para los grupos de hombres es relevante esta subescala, pero para las mujeres con sintomatología lo es más, mientras que para las mujeres control no es tan importante en comparación con el resto de los grupos, es decir, que para las mujeres con

sintomatología es más significativa la orientación hacia los logros (escuela o trabajo) que para las mujeres control.

En lo referente a lo *intelectual-cultural*, se observó que para los hombres con sintomatología es más importante que para el resto de los grupos, quienes la percibieron en la misma posición.

En la subescala de lo *social-recreativo*, se obtuvo que los hombres con sintomatología perciben como más relevante a esta subescala que el resto de los grupos.

Finalmente en la *moralidad-religiosidad*, los grupos con sintomatología la percibieron en la misma posición como algo no tan relevante; contrariamente, para las mujeres control es importante, pero no tanto como lo es para su contraparte masculina, quienes le dan mayor significado a los valores éticos y religiosos.

Se puede observar que las mujeres con sintomatología son las que presentan más diferencias en comparación con el resto de los grupos, en cuanto a cómo perciben la jerarquía de los diferentes aspectos de su familia.

Por lo tanto, en los hombres y mujeres con sintomatología se observó que para las segundas son importantes las subescalas de *actuación y autonomía*, mientras que para los hombres es lo *social-recreativo e intelectual-cultural*. En cuanto a *la expresividad y moralidad-religiosidad* ambos grupos la perciben de igual manera.

En la Tabla 12R se presenta el análisis de las diferencias entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología y control en las subescalas del FES; como se puede observar sólo cuatro de las subescalas presentaron diferencias estadísticamente significativas y son:

- ⊖ **Cohesión**, aunque los grupos jerarquizaron a esta subescala en el mismo lugar en cuanto a la intensidad, los hombres con sintomatología fueron quienes obtuvieron una puntuación significativamente menor que los grupos control.
- ⊖ **Organización**, las diferencias estadísticamente significativas se presentan entre los grupos de hombres control y con sintomatología, siendo el primero el que obtuvo un promedio más alto.
- ⊖ **Actuación**, se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología, siendo estas últimas quienes tienen un promedio más alto.
- ⊖ **Expresividad**, en esta subescala se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres control y con sintomatología, siendo las primeras quienes obtuvieron un promedio más alto.

SUBESCALAS		GRUPOS				F	SCHEFFÉ
		1. HC (n= 34)	2. HS (n= 34)	3. MC (n= 59)	4. MS (n= 59)		
1°	COHESIÓN	$\bar{X}= 7.32$ EE= 0.24	$\bar{X}= 5.76$ EE= 0.33	$\bar{X}= 7.27$ EE= 0.30	$\bar{X}= 6.51$ EE= 0.33	F= 4.43 p≤ 0.05	1,3 vs 2*
2°	ORGANIZACIÓN	$\bar{X}= 6.65$ EE= 0.25	$\bar{X}= 5.41$ EE= 0.29	$\bar{X}= 6.29$ EE= 0.22	$\bar{X}= 5.88$ EE= 0.22	F= 3.75 p≤ 0.01	1 vs 2*
3°	ACTUACION	$\bar{X}= 6.09$ EE= 0.24	$\bar{X}= 5.21$ EE= 0.25	$\bar{X}= 5.68$ EE= 0.23	$\bar{X}= 6.19$ EE= 0.21	F= 3.16 p≤ 0.05	2 vs 4*
4°	EXPRESIVIDAD	$\bar{X}= 5.65$ EE= 0.28	$\bar{X}= 5.06$ EE= 0.33	$\bar{X}= 6.05$ EE= 0.23	$\bar{X}= 4.98$ EE= 0.28	F= 3.75 p≤ 0.01	3 vs 4*

Tabla 12R. Comparación entre grupos de las subescalas del FES, utilizando el análisis de varianza (ANOVA) y la prueba de corrección Scheffé.
*p≤ 0.05

1. HC= Hombres Control
2. HS= Hombres con Sintomatología

3. MC= Mujeres Control
4. MS= Mujeres con Sintomatología

Sintomatología de TCA, Imagen Corporal e Influencia del Modelo Estético Corporal

En la Tabla 13R se observa el análisis de las diferencias entre los grupos de hombres y mujeres control y con sintomatología en los totales de los cuestionarios BSQ, CIMEC, EAT y BULIT, encontrándose diferencias estadísticamente significativas:

- ∞ En el EAT las diferencias significativas se presentaron entre el grupo de mujeres con sintomatología con el resto de los otros grupos, siendo las primeras quienes tuvieron un promedio más alto. Asimismo, el grupo de hombres con sintomatología obtuvo promedios significativamente más altos que los hombres control.

- ∞ En el BULIT, los grupos con sintomatología presentaron puntuaciones significativamente más altas que los controles.

- ∞ En lo que respecta al BSQ, se encontraron puntuaciones significativamente mayores en el grupo de mujeres con sintomatología que el resto de los grupos. También se presentaron diferencias significativas en cuanto a que los grupos de hombres con sintomatología y mujeres control obtuvieron mayores puntuaciones que el grupo de los hombres control.

- ∞ En el CIMEC, el grupo de mujeres con sintomatología reportaron puntuaciones significativamente más altas que el resto de los grupos. Además se observó que los hombres con sintomatología y mujeres control presentaron promedios mayores y significativos que los hombres control.

Finalmente, otro dato importante es que las mujeres con sintomatología fueron las únicas que rebasaron el punto de corte del cuestionario BSQ, es decir, que ellas presentan mayor Insatisfacción con la Imagen Corporal. En cuanto al

CIMEC, se encontró que los hombres y mujeres con sintomatología rebasaron el punto de corte de dicho instrumento, por lo que éstos son más vulnerables a la Interiorización del Modelo Estético Corporal de Delgadez.

CUESTIONARIOS	GRUPOS				F	SCHEFFÉ
	1. HC (n= 34)	2. HS (n= 34)	3. MC (n= 59)	4. MS (n= 59)		
TOTAL EAT	\bar{X} = 11.53 EE= 0.82	\bar{X} = 20.03 EE= 1.90	\bar{X} = 14.03 EE= 0.86	\bar{X} = 28.58 EE= 1.79	29.12 p≤ 0.001	4 vs 2*,3,1*** 2 vs 1***
TOTAL BULIT	\bar{X} = 56.79 EE= 1.51	\bar{X} = 89.76 EE= 3.39	\bar{X} = 60.81 EE= 1.30	\bar{X} = 87.37 EE= 2.59	53.99 p≤ 0.001	4,2 vs 1,3***
TOTAL BSQ	\bar{X} = 50.38 EE= 2.37	\bar{X} = 75.38 EE= 5.21	\bar{X} = 71.86 EE= 4.13	\bar{X} = 115.83 EE= 4.82	37.87 p≤ 0.001	4 vs 1,2,3*** 1 vs 2,3**
TOTAL CIMEC	\bar{X} = 11.12 EE= 1.41	\bar{X} = 26.06 EE= 2.67	\bar{X} = 19.69 EE= 1.89	\bar{X} = 39.03 EE= 1.96	33.75 p≤ 0.001	4 vs 1, 2***, 3** 1 vs 2***,3**

Tabla 13R. Comparación entre grupos de los totales de los cuestionarios EAT, BULIT, BSQ y CIMEC utilizando el análisis de varianza (ANOVA) y la prueba de corrección Scheffé.

* p≤ 0.05

** p≤ 0.01

*** p≤ 0.001

1. HC= Hombres Control

2. HS= Hombres con Sintomatología

3. MC= Mujeres Control

4. MS= Mujeres con Sintomatología

ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

Hombres

En la Tabla 14R se muestra un resumen de la matriz de correlaciones (ver anexo 5) de los grupos de hombres control y con sintomatología — n= 68 —. Se encontró que las correlaciones obtenidas entre las subescalas del FES con los totales de los cuestionarios EAT, BULIT, BSQ, CIMEC y sus respectivos factores fueron correlaciones débiles, negativas y significativas, por lo que sólo se describirán aquellas con una $r < 0.20$.

En la subescala de *Cohesión* se obtuvieron asociaciones con *la sintomatología de bulimia* total del BULIT, *sobreingesta y sensación de pérdida de control* factor 1 del BULIT, *sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* factor 2 del BULIT, *malestar por la imagen corporal* factor 2 del BSQ, *interiorización del modelo estético corporal* total del CIMEC e *influencia de la publicidad* factor 1 del CIMEC. Lo anterior indica que a menor grado en que se apoyan entre sí los miembros de la familia mayor sintomatología de bulimia –especialmente sobreingesta y sentimientos de culpa después del atracón–, así como un malestar por su imagen corporal e influencia de la publicidad.

	COHESIÓN	EXPRESIVIDAD	AUTONOMÍA	ACTUACIÓN	SOCIAL-RECREATIVO	MORALIDAD-RELIGIOSIDAD	ORGANIZACIÓN
TOTAL EAT	—	—	r= -0.24*	r= -0.25*	—	—	—
RA	—	—	—	r= 0.39**	—	—	r= -0.28*
B	—	—	r= -0.36**	—	—	—	—
MA	—	—	—	—	r= -0.24*	—	—
PC	—	r= -0.25*	—	—	—	r= -0.24*	—
PSP	—	—	r= -0.26**	—	—	—	r= -0.32**
TOTAL BULIT	r= -0.34**	—	—	—	—	r= -0.35**	r= -0.26*
S	r= -0.36**	—	—	—	—	r= -0.27*	r= -0.22*
SNS	r= -0.36**	—	—	—	—	r= -0.28*	—
CC	—	—	—	—	—	r= -0.24*	—
MIC	r= -0.24*	—	—	—	r= 0.25*	—	—
IC	—	—	—	—	r= 0.27*	—	—
TOTAL CIMEC	r= -0.27**	—	—	—	—	—	—
IP	r= -0.28*	—	—	—	—	—	—

Tabla 14R. Resumen de la matriz de correlaciones obtenidas entre las subescalas del FES y los totales del EAT, BULIT, BSQ, CIMEC y sus respectivos factores en la población seleccionada de hombres (n= 68).

* p≤ 0.05

** p≤ 0.01

Factores del EAT

RA= Restricción Alimentaria
B= Bulimia
MA= Motivación por Adelgazar
PC= Preocupación por la Comida
PSP= Presión Social Percibida

Factores del CIMEC

IP= Influencia de la Publicidad

Factores del BULIT

S=Sobreingesta y pérdida de control
SNS= Sentimientos Negativos posteriores a la Sobreingesta

CC= Conductas Compensatorias

Factores del BSQ

MIC= Malestar por la Imagen Corporal
IC=Insatisfacción Corporal

En la subescala de *Expresividad* se encontraron correlaciones débiles, pero estadísticamente significativas con la *preocupación por la comida* factor 3 del EAT, es decir, que a menor expresión emocional mayor preocupación por la comida que se ingiere. Con respecto a la subescala de *Autonomía* se obtuvieron correlaciones con la *sintomatología de TCA* total del EAT, *bulimia* factor 2 del EAT y *presión social percibida* factor 5 del EAT. Lo que indica que a menor grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones mayor sintomatología de TCA —específicamente bulimia y preocupación del entorno social que les demanda una mayor ingestión de alimentos—.

Al correlacionar la subescala de *Actuación* con la *sintomatología de TCA* total del EAT, se observó una asociación negativa. Lo que indica que a menor grado en que algunas actividades que se enmarcan en una estructura de acción o competencia dentro de los miembros de la familia es mayor la sintomatología de TCA. Sin embargo, se encontró en esta misma subescala una correlación positiva con la *restricción alimentaria* factor 1 del EAT, es decir, que a mayor orientación a los logros mayores dietas, ayunos, etc.

En la subescala de actividades *Social-recreativas* se obtuvo una correlación negativa con la *motivación por adelgazar* factor 3 del EAT, es decir, que a menor grado en que se participa en las actividades social-recreativas hay una mayor deseo por adelgazar. Asimismo, se encontró en esta misma subescala una correlación positiva con *malestar por la imagen corporal* factor 1 del BSQ e *insatisfacción corporal* factor 2 del BSQ. Esto indica que mayor participación en las actividades sociales se asocia a un malestar e insatisfacción con su imagen corporal.

En cuanto a la subescala de *Moralidad-religiosidad*, se encontraron correlaciones con la *preocupación por la comida* factor 4 del EAT, *sintomatología de bulimia* total del BULIT, *sobreingesta y sensación de pérdida de control* factor 1 del BULIT, *sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* factor 2 del BULIT y *conductas compensatorias* factor 3 del BULIT, es decir, que a mayor sintomatología de bulimia —

específicamente sobreingesta, sentimientos negativos y conductas compensatorias— y preocupación por la comida menor importancia a los valores de tipo ético y religioso. Finalmente, al correlacionar la subescala de *Organización* con la *restricción alimentaria* factor 1 del EAT, *presión social percibida* factor 5 del EAT, *sintomatología de bulimia* total del BULIT, *sobreingesta y sensación de pérdida de control* factor 1 del BULIT, se obtuvo una correlación débil, aunque estadísticamente significativa. Lo que indica que a menor organización al planificar las actividades y responsabilidades de la familia, mayor restricción alimentaria, preocupación del entorno social que les demanda una mayor ingestión de alimentos y sintomatología de bulimia, específicamente atracones.

Mujeres

En la Tabla 15R se presenta un resumen de la matriz de correlaciones (ver anexo 6) del grupo de mujeres control y con sintomatología — $n= 118$ —. Se encontró que las correlaciones que se obtuvieron al relacionar las subescalas del FES con los totales de los cuestionarios EAT, BULIT, BSQ, CIMEC y sus respectivos factores fueron negativas y excesivamente débiles, pero estadísticamente significativas, por lo que sólo se describirán aquellas con una $r < 0.20$.

Se observó que a menor *Cohesión* se asocia una mayor *motivación por adelgazar* factor 3 del EAT, *sintomatología de bulimia* total del BULIT, *sobreingesta y sensación de pérdida de control* factor 1 del BULIT, *sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* factor 2 del BULIT, *insatisfacción con la imagen corporal* total del BSQ, *malestar por la imagen corporal* factor 1 del BSQ, *interiorización del modelo estético corporal* total del CIMEC, *influencia de la publicidad* factor 1 del CIMEC, *malestar por la imagen corporal* factor 2 del CIMEC, *influencia del modelo estético corporal* factor 3 del CIMEC e *influencia de las relaciones sociales* factor 4 del CIMEC. Lo que indica que menor grado en que se apoyan entre sí los miembros de la familia mayor motivación por

adelgazar, sintomatología de bulimia –específicamente sobreingesta y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta–, insatisfacción con su imagen corporal –en especial malestar con su imagen corporal– e interiorización del modelo estético corporal.

CUESTIONARIOS	COHESIÓN	EXPRESIVIDAD	CONFLICTO	SOCIAL-RECREATIVA	CONTROL
B	—	r= -0.20*	—	—	—
MA	r= -0.20*	r= -0.23*	—	—	—
TOTAL BULIT	r= -0.27**	r= -0.36**	r= 0.21*	—	r= 0.20*
S	r= -0.22*	r= -0.30**	—	—	r= 0.21*
SNS	r= -0.22*	r= -0.33**	r= 0.21*	—	—
CC	—	r= -0.22*	—	—	—
TOTALBSQ	r= -0.24**	r= -0.27**	—	—	—
MIC	r= -0.25**	r= -0.30**	—	—	—
IC	—	r= -0.21*	—	—	—
TOTAL CIMEC	r= -0.30**	r= -0.28**	—	—	—
IP	r= -0.27**	r= -0.26**	—	—	r= 0.23**
MIC	r= -0.29**	r= -0.26**	—	—	—
IMEC	r= -0.22*	r= -0.21*	—	—	—
IRS	r= -0.24**	—	—	r= 0.20**	—

Tabla 15R. Resumen de la matriz de correlaciones obtenidas entre las subescalas del FES y los totales del EAT, BULIT, BSQ, CIMEC y sus respectivos factores en la población seleccionada de mujeres (n= 118).

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

Factores del EAT

B= Bulimia

MA= Motivación por Adelgazar

Factores del BULIT

S= Sobreingesta y sensación de pérdida de control

SNS= Sentimientos Negativos posteriores a la Sobreingesta

CC= Conductas Compensatorias

Factores del BSQ

MIC= Malestar por la Imagen Corporal

IC= Insatisfacción Corporal

Factores del CIMEC

IP= Influencia de la Publicidad

MIC= Malestar por la Imagen Corporal

IMEC= Influencia del Modelo Estético Corporal

IRS= Influencia de las Relaciones Sociales

En la subescala de *Expresividad* se encontraron correlaciones con la *bulimia* factor 2 del EAT, *motivación por adelgazar* factor 3 del EAT, *sintomatología de bulimia* total del BULIT, *sobreingesta y sensación de pérdida de control* factor 1 del BULIT, *sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* factor 2 del BULIT, *conductas compensatorias* factor 3 del BULIT, *insatisfacción de la imagen corporal* total del BSQ, *malestar por la imagen corporal* factor 1 del BSQ, *insatisfacción corporal* factor 2 del BSQ,

interiorización del modelo estético corporal total del CIMEC, *influencia de la publicidad* factor 1 del CIMEC, *malestar por la imagen corporal* factor 2 del CIMEC e *influencia del modelo estético corporal* factor 3 del CIMEC. Esto indica que a menor grado en que perciben que no pueden expresar sus sentimientos en su familia, mayor: bulimia, motivación por adelgazar, sintomatología de bulimia, insatisfacción con su imagen corporal e interiorización del modelo estético corporal –específicamente influencia de la publicidad y del modelo estético corporal, y malestar con su imagen corporal–.

Al correlacionar la subescala de *Conflicto* con la *sintomatología de bulimia* total del BULIT y *sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* factor 2 del BULIT, se observó una correlación positiva, es decir, que a mayor percepción de conflicto en su familia mayor sintomatología de bulimia –específicamente sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta–. También se encontró una correlación positiva en la subescala de lo *Social-recreativo* con la *influencia de las relaciones sociales* factor 4 del CIMEC. Lo que indica que a mayores actividades sociales-recreativas mayor peso a los comentarios que hace la familia o los amigos. Finalmente, en la subescala de *Control*, se obtuvieron correlaciones positivas con la *sintomatología de bulimia* total del BULIT, *sobreingesta* y *sensación de pérdida de control* factor 1 del BULIT e *influencia de la publicidad* factor 1 del CIMEC. Esto indica que a mayor grado en que la vida familiar se rige por las reglas y procedimientos ya establecidos, mayor sobreingesta e influencia de la publicidad.

Grupo con Trastorno Alimentario

En la Tabla 16R se observa un resumen de la matriz de correlaciones (ver anexo 7) entre las subescalas del FES y los factores de los distintos cuestionarios del grupo de mujeres que presentó algún tipo de TCA (n= 26). Se puede observar que la subescala de *Conflicto* se correlacionó de manera significativa y negativa con *la presión social percibida* factor 2 del EAT. Lo anterior indica que en las mujeres a

mayor conflicto entre los miembros de su familia existe una menor preocupación del entorno social que les demanda una mayor ingestión de alimentos.

Al correlacionar la subescala *Social-recreativa* se encontró un coeficiente de correlación negativo, moderado y estadísticamente significativo con la *sobreingesta y pérdida de control* factor 1 del BULIT, esto indica que a menor grado en que se participa en las actividades sociales-recreativas, mayores episodios de atracón. Sin embargo, se obtuvo en esta misma subescala una correlación positiva, moderada y significativa, es decir, que a mayor participación en las actividades sociales se asocia una mayor influencia del modelo estético corporal.

SUBESCALAS	FACTOR DEL EAT	FACTOR DEL BULIT	FACTOR DEL CIMEC
	PSP	S	IMEC
Conflicto	r= -0.46*	—	—
Social-Recreativo	—	r= -0.41*	r= 0.40*

Tabla 16R. Resumen de la matriz de correlaciones obtenidas entre las subescalas del FES y los factores del EAT, BULIT, BSQ y CIMEC en el grupo de mujeres con TCA (n= 26).

* p≤ 0.05

Factores del EAT

PSP= Presión Social Percibida

Factores del BULIT

S= Sobreingesta y sensación de pérdida de control

Factores del CIMEC

IMEC= Influencia del Modelo Estético Corporal

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS VARONES QUE PRESENTARON UN TCA

Así como de la muestra de mujeres (n= 288) se diagnosticaron 26 casos que presentaban algún tipo de TCA (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno Alimentario No Especificado o Trastorno por Atracón), también en los varones (n= 237) se diagnosticaron tres casos.

De acuerdo al diagnóstico que se obtuvo por medio de la entrevista IDED, se encontró en los tres casos existe una compulsión por ingerir alimentos en gran cantidad (atracción). Dos de los casos superaron el punto de corte del instrumento

de Sintomatología de Bulimia (BULIT), así como también mostraron mayor Interiorización del Modelo Estético Corporal (CIMEC).

Un aspecto importante en estos casos es que dos de los sujetos emplean alguna conducta compensatoria para evitar el subir de peso (vómito y/o usos de laxantes, dieta restrictiva y ejercicio físico).

En la Tabla 17R se observan las puntuaciones obtenidas en las subescalas del FES de los tres casos que se diagnosticaron con TANE y, para tener un nivel de comparación, se presentan los promedios del grupo control (n= 34). Se encontró que los tres casos mostraron puntuaciones por debajo del promedio de los controles en las subescalas de *organización y actividades intelectuales-culturales* de su familia.

SUBESCALAS		HC (n=34)	SUBESCALAS	CASO 1 TANE con BN	SUBESCALAS	CASO 2 TANE con atracción	SUBESCALAS	CASO 3 TPA
1°	COHESIÓN	$\bar{X} = 7.32$ EE.= 0.24	COHESION	7	SOCIAL- RECREATIVO	6	ACTUACION	8
2°	ORGANIZACIÓN	$\bar{X} = 6.65$ EE.= 0.25	CONTROL	6	COHESION	5	EXPRESIVIDAD	6
3°	ACTUACION	$\bar{X} = 6.09$ EE.= 0.24	ACTUACION	5	ORGANIZACION	5	MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	5
4°	EXPRESIVIDAD	$\bar{X} = 5.65$ EE.= 0.28	SOCIAL- RECREATIVO	5	MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	5	ORGANIZACION	4
5°	MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	$\bar{X} = 5.53$ EE.= 0.22	EXPRESIVIDAD	4	AUTONOMÍA	5	INTELECTUAL- CULTURAL	4
6°	AUTONOMÍA	$\bar{X} = 5.26$ EE.= 0.24	AUTONOMÍA	4	CONFLICTO	5	CONTROL	3
7°	INTELECTUAL- CULTURAL	$\bar{X} = 5.00$ EE.= 0.27	ORGANIZACIÓN	3	EXPRESIVIDAD	4	SOCIAL- RECREATIVO	2
8°	CONTROL	$\bar{X} = 4.35$ EE.= 0.28	MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	3	INTELECTUAL- CULTURAL	4	CONFLICTO	2
9°	SOCIAL- RECREATIVO	$\bar{X} = 4.29$ EE.= 0.31	INTELECTUAL- CULTURAL	3	ACTUACION	3	AUTONOMÍA	1
10°	CONFLICTO	$\bar{X} = 2.94$ EE.= 0.33	CONFLICTO	3	CONTROL	3	COHESION	0

Tabla 17R. Puntuaciones obtenidas por los varones del grupo control y los tres casos de TANE en las subescalas del FES.

HC= Hombres Control

En cuanto a la *expresividad y actividades intelectuales-culturales* se obtuvo que sólo dos de los casos jerarquizaron como menos importante a estas subescalas que el grupo control. Sólo un caso mostró mayor relevancia que el grupo control en la actuación. En las *actividades social-recreativas* los tres casos señalaron más interés en éstas que el grupo control. Finalmente, en el aspecto de control dos casos la jerarquizaron como más importante que el grupo control.

DISCUSIÓN

DETECCIÓN DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (TCA)

En la muestra estudiada se encontró que el 5.5% presentó algún tipo de TCA –sea específico o no–. Sin embargo, los datos señalan que sólo en las mujeres se presentaron los Trastornos del Comportamiento Alimentario Específicos (TCAE) correspondiendo a la muestra total el 0.95% de BN (representando el 1.74% del grupo de mujeres) y el 0.38% de AN (siendo el 0.69% del grupo de mujeres), mientras que en los Trastornos del Comportamiento Alimentario No Específicos (TANE) fue de 3.43% (representando el 6.25% del grupo de mujeres). Estos datos son similares con lo señalado en la literatura donde se menciona que –en mujeres adolescentes– la prevalencia de AN es de 0.5% al 2% y del 1% al 3% de BN (APA, 2000; Fernández–Aranda et al., 2004; Kotler et al., 2001; Morandé et al., 1999) y del 3% al 5% de TANE (Fernández–Aranda et al., 2004; Nakamura et al., 2000). Con respecto al Trastorno por Atracón (TPA) –éste es un subtipo de TANE– tiene una prevalencia del 1.8% al 4% (Riccardelli, Williams & Kiernan, 1999, cit. en Muise et al., 2003), lo cual no coincide con lo encontrado en esta investigación, ya que éste fue sustancialmente menor (0.19% muestra total y 0.35% del grupo de mujeres) en nuestro estudio.

En el caso de los varones los estudios internacionales que evalúan su prevalencia (Hoerr, Bokram, Lugo, Bivins y Keast, 2002; Vega y Rasillo, 2002) señalan un 1.4% de casos con TCA, porcentaje mayor al encontrado en esta investigación (0.57% en muestra total y del 1.26% del grupo de hombres). La proporción de casos de mujeres con respecto a los hombres coincide con la literatura, en la cual se menciona que aproximadamente de cada 10 casos con TCA existe uno que es varón (Andersen, 1992, cit. en Villarruel & Cortés, 2000; Nielsen, 1990, cit. en Buendía, 1997; Shiltz, 1997).

De lo anterior se confirma que la presencia de TCA se asocia comúnmente a la población femenina, como se ha señalado en la literatura internacional (Morandé et al., 1999; Rosenvinge et al., 1999) y nacional (Vázquez, López et al., 2004; Vázquez, Mancilla et al., en prensa). También se encontró que el TCA más frecuente tanto en varones como en mujeres fue el TANE, lo cual coincide con lo reportado en la literatura internacional por Eliot y Wood (2001), Morandé et al. (1999) y Nakamura et al. (2000), y en el caso de México por Vázquez, López et al. (2004).

Los datos antes mencionados muestran que es importante que se ponga más atención en los TANEs, debido a que actualmente son los trastornos más frecuentes en México, y por tanto es básico el que se conozca más acerca de ellos, ya que si se hace una detección temprana de sus síntomas, se podrá hacer un trabajo de intervención temprana en las muestras comunitarias, siendo esto relevante para evitar a que se llegue a desarrollar un TCAE, que son casos más severos, como la AN o BN.

SINTOMATOLOGÍA DE TCA

Otro punto importante a considerar fue la presencia de Sintomatología de Trastorno del Comportamiento Alimentario (STCA), ésta se entiende como la presencia de síntomas y signos de AN y/o BN y fue evaluada a través del PC del EAT (•28) y/o BULIT (•85). Se encontró que hay una mayor frecuencia de Sintomatología de BN (12.95%, n= 68) que de AN (9.52%, n= 50) en la muestra general, lo que es similar a los estudios realizados en México por Ruíz et al. (2004), Vázquez, López et al. (2004) y Vázquez, Mancilla et al. (en prensa), y en muestra de mujeres mexicanas (Pérezbolde, 2005).

Al analizar las diferencias entre hombres y mujeres con los instrumentos de Sintomatología (EAT y BULIT), se observó que las mujeres presentaron

puntuaciones significativamente mayores de sintomatología que los varones, específicamente en lo que se refiere a la STCA de AN, lo cual ha sido reportado por Alvarez et al. (2003), Vázquez, López et al. (2004) y Vázquez, Mancilla et al. (en prensa). Al observar que existieron diferencias entre estos grupos, se dividieron en hombres y mujeres con y sin sintomatología, formando así 4 grupos. Como era de esperarse las mujeres con sintomatología obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los hombres con sintomatología y los grupos control, con respecto al total del EAT, mientras que en el total del BULIT se encontró que hombres y mujeres con sintomatología tuvieron promedios mayores y significativos que los grupos control, esto coincide con lo encontrado por Alvarez et al. (2003).

Al analizar cada uno de los factores que integran los cuestionarios de STCA –EAT y BULIT– se observó que existen diferencias por género en los factores siguientes:

Motivación por adelgazar factor del EAT, se encontró que en las mujeres existe un deseo por perder peso significativamente mayor que en los varones, lo cual se corrobora con los estudios de Alvarez (2003), Casullo, González y Sifre (2000) y Vázquez, Fuentes, Báez, Alvarez y Mancilla (2002), quienes han observado que la preocupación por el peso y el deseo de perder algunos kilos están asociados al sexo femenino, esto es peligroso ya que en algunos casos puede recurrirse al empleo de dietas, uso y abuso de laxantes, ejercicio físico excesivo, etc., para poder conseguir bajar de peso, lo cual puede volverse una obsesión y dar pie a que se desarrolle un TCA.

En cuanto a la *presión social percibida* factor del EAT, las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los varones, esto habla de que el entorno social parece demandar a estas participantes una mayor ingestión de alimentos, lo cual indicaría que su medio social empieza a darse cuenta de que algo ocurre. Para futuras investigaciones sería importante indagar como se vive

esta demanda social, si viene directamente de los padres, hermanos, amigos, etc., si la persona afectada se da cuenta de que algo está pasando.

En la *sobreingesta y sensación de pérdida de control* factor del BULIT, los varones mostraron significativamente mayor presencia de atracones que las mujeres, resultado que ha sido informado en otros estudios (Escarria & Haro, 2000; Mateo, 2002; Río et al., 2003; Unikel et al., 2000; Villarruel & Cortés, 2000); contrariamente, en los *sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* factor del BULIT, se encontró que las mujeres presentaron puntuaciones significativamente mayores que los hombres, esto indica que para estas participantes hay una sensación de culpa después del atracón –sea subjetivo o real– (Garduño & Nieto, 2002; Mateo, 2002). Lo interesante de estos datos es que los varones después del atracón se sienten menos culpables, quizá porque social y culturalmente han sido educados para comer más que las mujeres. Mientras que las mujeres se sienten más culpables del consumo de alimentos, a pesar de que éste no sea exagerado, quizá porque no comer demasiado se asocia socialmente a finura, delicadeza, éxito, etc., como lo menciona Toro (1996).

Por lo tanto, los resultados de esta investigación muestran que las mujeres presentan mayor motivación por adelgazar, presión por parte de su entorno social para una mayor ingestión de alimentos, así como de sentimientos de culpa después del atracón. Mientras que en los varones es diferente, ya que en ellos sólo destaca la presencia de ingestión compulsiva.

Cabe mencionar que las conductas compensatorias (vómito, laxantes o diuréticos) no diferenciaron entre ninguno de los grupos. Lo importante de esto es que parece ser que en las mujeres hay cierta motivación por adelgazar, lo cual es algo común, y por tanto al no reportarse diferencias en las conductas compensatorias, quizá nos habla de que todavía éstas no son de riesgo.

INFLUENCIA DEL MODELO ESTÉTICO CORPORAL E INSATISFACCIÓN CORPORAL

En cuanto a la interiorización del modelo estético corporal se encontró que el 36.95% de la muestra general rebasó el PC de este instrumento (CIMEC), mientras que sólo el 12.19% superaron el PC en la insatisfacción corporal (BSQ). Sin embargo, hay que destacar que las mujeres fueron las que presentaron un mayor número de casos que superaron el PC del CIMEC ($n= 138$) y del BSQ ($n= 58$) que los hombres ($n= 56$ y $n= 6$, respectivamente). Lo cual se confirmó en el análisis estadístico cuando las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los varones en lo referente a la interiorización del modelo estético de delgadez e insatisfacción corporal. En los grupos de mujeres control y con TCA, se encontró que la insatisfacción corporal es una característica de las mujeres con TCA, debido a que obtuvieron promedios significativamente mayores en el BSQ que las control.

Al comparar a los grupos con y sin sintomatología se observó que las mujeres con sintomatología tuvieron diferencias significativas con los grupos restantes en cuanto a la interiorización del modelo estético de esbeltez y a la insatisfacción con su imagen corporal, además de que rebasaron el PC de los instrumentos (BSQ y CIMEC—en este último cuestionario también los hombres con sintomatología lo superaron—). Esto se corrobora con lo que reporta la literatura, en donde se menciona que la influencia de los modelos estéticos corporales puede darse por medio de la publicidad, de los modelos sociales y de las situaciones sociales, debido a que la sociedad transmite cada día nuevos modelos y estilos de delgadez, lo cual trae como consecuencia el que se dé una insatisfacción con su cuerpo, factor que es más relevante en las mujeres que en los varones como lo mencionan Mateo (2002) y Vázquez, Mancilla et al. (en prensa). Además, se encontró que los hombres con sintomatología y mujeres control obtuvieron diferencias significativas con los hombres control en la insatisfacción corporal e interiorización del modelo estético corporal, cabe

mencionar que los hombres con sintomatología fueron quienes reportaron una puntuación mayor.

Toro (2004) menciona que a finales de la década de los ochenta la preocupación por la imagen corporal era considerada como un problema sólo de las mujeres. En los noventa esto cambió y empezó a considerarse la importancia que tiene para los varones su cuerpo, por lo que poco a poco se ha convertido en un objeto de estudio, debido a que esto es muy diferente a las chicas. Las normas socioculturales de la imagen corporal masculina, subrayan siempre la fuerza y musculatura como algo relevante para esta población. Se observó que el grupo de hombres con sintomatología rebasaron el PC del CIMEC, es decir, que los varones empiezan a ser vulnerables a la interiorización del modelo estético corporal.

Hoy en día el varón está siendo –al igual que las mujeres– influenciado socialmente para que modifique su imagen corporal, empero esto no está en la misma dirección que la de las mujeres, ya que la población masculina no se preocupa por tener un cuerpo delgado, sino todo lo contrario, desean cambiar su cuerpo a uno atlético y musculoso. Por lo que es fundamental que se siga una línea de investigación en cuanto al ideal corporal de los varones, así como de los medios que usan, las implicaciones y riesgos que puede causar en su salud, además de conocer sus criterios diagnósticos propios para esta población.

Con respecto a los factores del CIMEC y BSQ, se observó que las mujeres presentan una mayor *influencia de la publicidad, del modelo estético corporal y de las relaciones sociales* factores del CIMEC, *malestar por su imagen corporal* factor del CIMEC y del BSQ *e insatisfacción corporal* factor del BSQ que en los varones, es decir, que el sexo femenino es más vulnerable a la influencia del modelo estético de delgadez, dicha influencia se promueve por el bombardeo de anuncios de T.V. radio, revistas, periódicos, etc., en los que constantemente se hace hincapié en un cuerpo delgado y perfecto datos que han sido señalados por Ruíz et al. (2004) y

Vázquez, Fuentes et al. (2002). Cuando comparamos a las mujeres control y con TCA, como era de esperarse, se observó que estas últimas obtuvieron promedios significativamente mayores de *malestar con la imagen corporal e insatisfacción corporal* factores del BSQ que las control. Esto habla de que estos factores también juegan un importante papel en las mujeres mexicanas con TCA como lo mencionan McCreary y Sasse (2002, cit. en Vázquez, Mancilla et al., en prensa).

Por tanto se puede concluir que los comentarios que hagan los familiares o amigos con respecto con su imagen corporal y los medios de comunicación son un agente importante para que las mujeres en general interioricen el modelo estético corporal que difunden en sus programas, revistas, películas, donde se muestra un cuerpo ideal, además de sugerir el cómo podemos conseguir ese cuerpo a través de dietas milagrosas, operaciones de cirugía estética, productos de belleza, etc., esta influencia trae como consecuencia que las mujeres sigan los estereotipos de belleza que impone la sociedad (Gual, 2000; Guillemot & Laxenaire, 1994; Martínez et al., 1997; Rausch, 1996; Sandoval, 2001; Sherman & Thompson, 1999; Toro, 2004). Así como este factor por si sólo es importante, es necesario que se haga una prevención y crítica de cómo los medios de comunicación nos venden modelos ideales y que si los seguimos tendremos éxito, aceptación de los demás, etc., empero todo eso que ellos difunden lo podemos lograr de otras maneras en las que no necesariamente tenemos que arriesgar nuestra salud.

Como anteriormente ya se ha mencionado, en los TCA la influencia de los medios de comunicación, de las relaciones sociales y la insatisfacción corporal, juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de dichos trastornos. Sin embargo, no hay que olvidar que otro factor relevante es la familia, debido a que ésta transmite ciertas actitudes ante el cuerpo y el peso, así como conductas para controlar éste, es decir, que es un agente transmisor de comentarios, críticas y bromas hacia el cuerpo de los hijos —específicamente en las hijas—. Por lo cual en las investigaciones que se han llevado a cabo sobre la dinámica de familias con una persona con AN o BN, se ha observado que hay diferencias entre éstas con

las familias sin TCA, esto nos lleva a plantearnos si las diferentes características familiares (por ejemplo, cohesión, conflicto y expresividad, entre otras) son percibidas de igual o de distinta manera por los participantes con y sin sintomatología.

ASPECTOS FAMILIARES

Se realizó un análisis del cuestionario FES, el cual se llevó a cabo de dos maneras, considerándose los promedios de cada subescala para: 1) observar la jerarquización que hombres y mujeres le daban a los aspectos evaluados y 2) para conocer la intensidad con que se presentan cada una de estas subescalas.

Los especialistas en familia la consideran como un grupo de individuos que se relacionan por medio de fuertes lazos de afecto, lealtad y unión, es decir, están comprometidos al beneficio común entre sus miembros (Belart & Ferrer, 1998; Estrada, 1987, cit. en Arizpe, 1996; Rivera, 2000; Sandoval, 1997). Esto concuerda con lo referido por todos los participantes, ya que consideran que la función más importante de sus familias es el apoyo y ayuda que se dan entre sí.

Con respecto al orden que se dio a cada una de las subescalas, se observó que hombres y mujeres jerarquizaron a la mayoría de las subescalas de igual manera. Se encontró que hombres y mujeres percibieron al conflicto como la característica de menor presencia. La única diferencia que se encontró fue que los varones consideraron como más relevantes a las actividades intelectuales-culturales que a la autonomía que hay en su familia para tomar cada miembro sus propias decisiones.

Cuando analizamos la intensidad de las subescalas entre hombres y mujeres, encontramos que éstas percibieron significativamente mayor cohesión y autonomía en su familia que los varones. Estos últimos presentaron puntuaciones

significativamente mayores que las mujeres en la subescala de conflicto. Esto hablaría de que los hombres señalaron que en su familia hay más conflicto, mientras que las mujeres percibieron que en su familia tanto la independencia de sus miembros para tomar sus decisiones como la unión familiar es más importante.

Con respecto a los grupos de mujeres con TCA y control, se encontró que las mujeres con TCA mostraron diferencias significativamente mayores en las subescalas de actuación y conflicto que las control y significativamente menores en expresividad emocional. Esto indica que los casos con TCA perciben que en su familia son excesivamente importantes los logros, lo que se corrobora con lo señalado por Hodges et al. (1998) y Lalibertè et al. (1999). Así, también reportaron que en su familia hay más conflicto, lo cual coincide con lo mencionado por Mallinckrodt et al. (1995), Okon et al. (2003) y Wonderlich y Swift (1990). Además, manifestaron una menor expresividad y comunicación, lo cual ha sido informado en la literatura (Okon et al., 2003; Sherman & Thompson, 1990; Vázquez, 1997, Vázquez, Álvarez, Mancilla et al., 2000).

Por otro lado, para poder tener un nivel de comparación con los tres casos de varones que se diagnosticaron con TANE se les cotejó con las puntuaciones del grupo control, encontrándose que los tres casos jerarquizaron de manera muy distinta las subescalas del FES, por lo que se señalará la subescala de mayor importancia para cada uno de los casos. En el caso 1 fue la cohesión, en el caso 2 fueron las actividades sociales–recreativas y en el caso 3 fue la actuación. Cuando consideramos la intensidad, se encontró que los tres casos obtuvieron puntuaciones menores que el grupo control en los aspectos de organización y actividades intelectuales–culturales. También se observó que tanto en jerarquía como en intensidad los varones con trastorno percibieron de manera distinta que el grupo control los diferentes aspectos del FES, lo cual habla de que pueden ser familias disfuncionales, ya que para el caso 3 la cohesión y la autonomía son características que percibió como no relevantes en su familia. El caso 2 reportó

que en su familia las actividades sociales y la cohesión son aspectos importantes y en el caso 1 la cohesión y el control dentro de ésta es relevante. Estos aspectos deben estudiarse más a fondo, ya que nos reportan que también en los hombres con TCA la percepción sobre su dinámica familiar quizás puede ser igual o diferente a la de las mujeres. Cabe mencionar que la literatura hace referencia de los aspectos familiares sólo en la población femenina, ya sea comunitaria o clínica. Por lo que no se encontraron datos para comparar estos casos.

En cuanto a los grupos con y sin sintomatología, se observó que a través de todos los análisis que se llevaron a cabo, se encontró que sólo cuatro de las subescalas del FES fueron relevantes, y son:

Cohesión: si consideramos la jerarquía, observamos que todos los grupos coinciden en percibir la cohesión como el rasgo más importante de sus familias. No obstante, al considerar la intensidad se encontró que el grupo de hombres con sintomatología obtuvo puntuaciones significativamente menores que los grupos control, esto indica que para los primeros su familia expresa menos apoyo y ayuda entre los miembros, esta característica ha sido reportada por Casper y Troiani (2001), Johnson y Flach (1985 cit. en Hodges et al., 1998), Laliberté et al. (1999), León et al. (1994) y Wonderlich y Swift (1990), quienes informan que las personas que tienen un TCA perciben una menor cohesión que las control. Sin embargo, hay que aclarar que estos estudios se han enfocado en la población femenina más que en la masculina. No obstante, es un aspecto relevante que aparece sólo en los hombres con sintomatología, lo cual quizás se deba a que las mujeres no presentaron el cuadro completo de TCA, sino sólo el de sintomatología.

Cabe mencionar que la cohesión es uno de los aspectos familiares que se ha encontrado como más relevante tanto en la literatura internacional (Hodges et al., 1998; León et al., 1994) como nacional (Vázquez, Alvarez, Mancilla, et al., 2000) donde se señala que las pacientes con TCA perciben una menor cohesión en sus familias, por lo que es importante que estudios posteriores corroboren si

hay diferencias entre hombres y mujeres con sintomatología de TCA en cuanto a la percepción de ésta característica.

Al emplear el análisis de correlación se observó que aquellos varones que perciben un bajo apoyo de su familia también presentan una mayor sintomatología de BN –específicamente sobreingesta y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta–, malestar con la imagen corporal e interiorización del modelo estético corporal –específicamente influencia de la publicidad–. Lo cual indica que los varones que perciben que en su familia no hay apoyo y unión pueden estar asociados a la sintomatología de BN, al malestar con su figura y a la influencia que ejercen los medios de comunicación a través de las revistas, T.V., etc. En tanto que las mujeres que manifestaron motivación por adelgazar, sintomatología de BN –en especial sobreingesta y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta–, insatisfacción corporal –específicamente malestar con su imagen corporal– e interiorización del modelo estético corporal percibieron menor apoyo y ayuda de su familia, es decir, que las mujeres que mencionaron menor apoyo y unión en su familia está relacionado con la sintomatología de BN, la interiorización del modelo estético corporal y malestar con su imagen corporal.

Lo anterior indica que aquellos hombres y mujeres que percibieron a sus familias como menos unidas, pueden estar asociadas a la sintomatología de BN, al malestar con su cuerpo y a la interiorización del modelo estético corporal.

Organización: cuando consideramos la jerarquía, se observó que los hombres con sintomatología y los grupos control coinciden en cuanto al orden de su percepción de la subescala de organización, ya que para estos tres grupos está en un segundo lugar, mientras que las mujeres con sintomatología la apreciaron en un tercer lugar, es decir, que estas últimas le dan más relevancia a los logros académicos que a la organización. Al considerar su intensidad, se encontró que los hombres con sintomatología obtuvieron promedios significativamente menores que los hombres control, esto indica que los hombres con sintomatología perciben

que la organización que hay para planificar las actividades y responsabilidades de la familia no es tan relevante. La literatura menciona que la poca organización es una característica común en las familias con una persona con BN (Hodges et al., 1998; Johnson & Connors, 1987, cit. en Kanarek & Kaufman, 1994; Mallinckrodt et al., 1985). En el análisis de correlación se observó que aquellos varones que perciben una baja organización presentan una mayor restricción alimentaria, preocupación del entorno social que les demanda una mayor ingestión de alimentos, sintomatología de BN –específicamente sobreingesta y sensación de pérdida de control–, es decir, que los varones que reportaron a sus familias como menos organizadas para planificar las actividades y responsabilidades, pueden estar más propensos a llevar a cabo dietas, a la preocupación del entorno social que les demanda una mayor ingestión de alimentos y a los atracones. Aunque cabe señalar que la organización no mostró ninguna asociación en las mujeres.

Actuación: al considerar la jerarquía, observamos que las mujeres con sintomatología ordenaron a la subescala de actuación en segundo lugar, mientras que ambos grupos de hombres la percibieron en tercer lugar y las mujeres control en cuarto, esta característica es similar a lo que reportaron Vázquez, Alvarez, Mancilla et al. (2000) en cuanto a las mujeres con TCA y control. Empero al conocer la intensidad, se obtuvo que los hombres con sintomatología obtuvieron una puntuación significativamente menor que las mujeres con sintomatología, esto hablaría de que para las familias de estas últimas los logros en las actividades tienen una mayor relevancia, aspecto que ha sido señalado en la literatura internacional (Hodges et al., 1998; Laliberté et al., 1999; Rorty et al., 1995; Vázquez, Alvarez, Mancilla et al., 2000). Estos datos mencionados muestran que hay diferencias entre hombres y mujeres con sintomatología en cuanto a cómo perciben la orientación hacia los logros en su familia, por lo que es importante que se lleven a cabo más investigaciones sobre este aspecto.

Al emplear el análisis de correlación se encontró que aquellos varones que percibieron una menor orientación hacia los logros también presentan una mayor

sintomatología de TCA. Contrariamente, se observó que una mayor orientación a los logros se asocia a una mayor restricción alimentaria. Esto indica que los varones que manifestaron un mayor empleo de dietas percibieron una mayor orientación hacia algunas actividades que se enmarcan en una estructura de acción o competencia dentro de los miembros de la familia

Expresividad: en cuanto a la jerarquía, se observó que las mujeres control percibieron en tercer lugar a la subescala de expresividad, los grupos con sintomatología la señalaron en quinto lugar y los hombres control en cuarto. Esto indica que para las mujeres con sintomatología el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a expresar sus sentimientos y a actuar libremente no es tan relevante como lo es para las mujeres control. Cuando se consideró la intensidad, se encontró que las mujeres con sintomatología mostraron promedios significativamente menores que las mujeres control, es decir, que las mujeres con sintomatología percibieron que la expresión emocional en su familia no es tan relevante como para las mujeres control, esto coincide con lo reportado por De la Riva (1997), Gil (1997), Hodges et al. (1998), Johnson y Connors (1987, cit. en Kanarek & Kaufman, 1994), Kelsey–Smith y Beavers (1981, cit. en Stierlin & Weber, 1990), Okon et al. (2003), Sherman y Thompson (1999), Strober y Yager (1985, cit. en Ríos, 1998), Vázquez (1997) y Vázquez, Alvarez, Mancilla et al. (2000), quienes reportan que la persona con algún tipo de TCA percibe que en su familia hay poca expresividad emocional, así como problemas de comunicación. Por tanto, las mujeres con sintomatología reportaron que en su familia es más importante la orientación a los logros, la organización y la autonomía que la expresividad.

Al emplear el análisis de correlación se observó que aquellas mujeres que percibieron una baja expresividad emocional y comunicación en su familia, también presentan mayor motivación por adelgazar, sintomatología de BN, insatisfacción con su imagen corporal e interiorización del modelo estético de delgadez, es decir, que las mujeres presentaron motivación por adelgazar,

sintomatología de BN, insatisfacción corporal e interiorización del modelo estético corporal, pueden estar asociados a una baja comunicación y expresión de sentimientos en su familia. En tanto que los varones que manifestaron percibir una baja expresión emocional y comunicación señalaron una mayor preocupación por la comida que ingieren. Lo cual indica que los varones manifestaron problemas para poder expresarse y comunicarse en su familia, pueden estar asociados a la preocupación por la comida que ingieren.

Después de haber mencionado que cuatro subescalas mostraron diferencias y correlaciones significativas, también hubo otros aspectos familiares que sólo reportaron asociaciones, y son:

Actividades sociales–recreativas: se observó que los varones que refirieron hacer menores actividades sociales presentaron mayor motivación para adelgazar. En pocos estudios se ha informado al respecto, no obstante Vázquez y Raich (1997) encontraron que las familias con un miembro con TCA llevaban a cabo pocas actividades recreativas como cursos o clases extra académicas y en lo referente a las sociales, existía poca vida social en sus familias.

En el caso de las mujeres con TCA se obtuvo que la sobreingesta y sensación de pérdida de control se asoció con menores actividades sociales–recreativas en su familia. Asimismo, percibieron que al fomentarse dichas actividades se presenta una mayor influencia de observar en la calle a la gente o a la publicidad visual, el fijarse en lo que otros comen en alguna situación social – influencia del modelo estético–.

Conflicto: en las mujeres con TCA se observó que la presencia de mayor conflicto en la familia se relacionó con una baja preocupación del entorno social que les demanda una mayor ingestión de alimentos.

Autonomía: se obtuvo que los varones a menor grado en que los miembros de la familia toman sus propias decisiones hay una mayor relación con las características de bulimia.

Finalmente, en la subescala de moralidad–religiosidad, se observó que los varones que percibían menores valores éticos y religiosos en sus familias pueden estar asociados una mayor sintomatología de BN.

De todo lo anteriormente mencionado podemos decir que hay diferencias entre hombres y mujeres con sintomatología en cuanto a la percepción de los diferentes aspectos familiares:

Los hombres con sintomatología percibieron que el apoyo, la unión, la organización para planificar las diferentes actividades y responsabilidades, así como la orientación hacia los logros (académicos o de trabajo) en su familia son características no relevantes.

Las mujeres con sintomatología percibieron que la orientación hacia los logros es un aspecto relevante en su familia, sin embargo también señalaron que la expresividad emocional y la comunicación en ésta es una característica de menor importancia.

Lo anteriormente mencionado forma parte de uno de los primeros intentos en México por establecer diferencias entre hombres y mujeres con y sin sintomatología con respecto a su dinámica familiar, encontrándose que ésta es relevante en los TCA, debido a que de las tres dimensiones que constituyen el FES, la dimensión de relaciones fue la más importante entre los grupos con sintomatología. También es importante señalar que para futuras investigaciones se ponga más atención a esta dimensión, así como el que se incluyan muestras clínicas y comunitarias tanto en varones como en mujeres, para evaluar si son o no afectados por los mismos factores que se han reportado en esta investigación.

CONCLUSIONES

- { Tanto en hombres como en mujeres el TCA más frecuente fue el TANE. Así mismo, ambos grupos presentaron más sintomatología de BN (14.58% en mujeres y 10.97% en varones) que de AN (13.19% vs 5.06%).
- { En cuanto a los factores de Sintomatología de TCA, se observó en la muestra total que la *motivación por adelgazar*, preocupación del entorno social que les demanda una mayor ingestión de alimentos y *los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* caracterizó a las mujeres, mientras que en los varones fue la *sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación*.
- { Las mujeres señalaron mayor interiorización del modelo estético corporal e insatisfacción corporal que los varones.
- { La jerarquización de los aspectos familiares fue muy similar entre hombres y mujeres, pero la intensidad de estos aspectos señalan que los hombres perciben significativamente mayor conflicto, así como menor cohesión y autonomía que las mujeres.
- { Tanto hombres como mujeres percibieron a sus familias como menos unidas, lo cual puede estar asociado a la sintomatología de BN, a la interiorización del modelo estético corporal y malestar con su imagen corporal.
- { También, se encontró que los varones que percibieron a sus familias como menos organizadas para planificar las actividades y responsabilidades, pueden presentar mayor vulnerabilidad a llevar a cabo dietas, atracones y a una preocupación del entorno social que les demanda una mayor ingestión

de alimentos, así como al presentarse una menor actuación, ésta se asocia con mayor sintomatología de TCA, y al haber una baja expresión emocional y comunicación en su familia, pueden estar asociados a la preocupación por la comida que ingieren.

- { Además, se encontró que en aquellas mujeres que reportaron menor expresividad se asoció a una mayor motivación por adelgazar, sintomatología de BN, insatisfacción corporal e interiorización del modelo estético corporal.
- { Las mujeres con TCA percibieron significativamente mayor conflicto y actuación, así como menor expresividad en sus familias que las mujeres control.
- { También, se encontró que al presentarse sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación hay menores actividades social-recreativas. Así mismo, el aumento de estas actividades se relaciona con la influencia del modelo estético corporal.
- { En el caso de los hombres con TANE se encontró que no hay una estructura clara de cómo perciben a su familia, debido a que ésta fue muy distinta a lo reportado por los hombres control tanto en jerarquía como en intensidad.
- { Las mujeres con sintomatología mostraron estar más influenciadas por el modelo estético corporal e insatisfacción corporal que los grupos control (hombres y mujeres) y hombres con sintomatología. En tanto, que los hombres con sintomatología –aunque en menor medida que las mujeres– también mostraron dicha interiorización.

- { Los hombres con sintomatología perciben menor cohesión y organización en su familia que los grupos control (hombres y mujeres).

- { Las mujeres con sintomatología presentan mayores promedios en la subescala de actuación que los hombres con sintomatología. También las mujeres con sintomatología señalaron que la expresividad es una característica no relevante en sus familias como lo es para las mujeres control, ya que éstas últimas mostraron promedios significativamente mayores.

- { La dimensión de relaciones fue la que mostró tener más diferencias entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología, por lo que en futuras investigaciones se recomienda se ponga mayor atención en esta dimensión.

REFERENCIAS

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

Alonso, H. J. (2003). Ha sido llamada la anorexia masculina. (En red). Disponible en: www.mifarmacias.es.

Alvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Universidad Nacional Autónoma de México.

Alvarez, R. G., Franco, P. K., Vázquez, A. R., Escarria, R. A., Haro, H. M. & Mancilla, D. J. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud*, 13, 2, 245-255.

Alvarez, R. G., Mancilla, D. J., Martínez, M. M. & López, A. X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2, 1, 50-58.

Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. & Vázquez, A. R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7, 1, 74-85.

Alvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A. & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test. A study of Mexican eating disorders patients. *Eating Weight Disord*, 9, 243-248.

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed., Text Revised)*. Washington: APA
- Andersen, A. (1997). Contrastes y comparaciones entre hombres y mujeres con trastornos de alimentación: Desafíos para la clínica y la investigación. En: J. Buendía (Ed). *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*, (pp. 439-460). Madrid: Pirámide.
- Andersen, A. E. & Holman, J. E. (1997). Males with eating disorders: Challenges for treatment and research. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 3, 391-397.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar*. Argentina: Paidós.
- Arizpe, D. M. (1996). Adolescencia y estructura familiar. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arrazola, L. R. (1999). El estado del arte en los trastornos alimentarios en México: Un análisis crítico. Tesina de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ballester, F. D., Gracia, B. M., Patiño, M. J., Suñol, G. C. & Ferrer, A. M. (2002, Julio). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: Un estudio de prevalencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 4, 207-212.
- Barry, D. T., Grilo, C. M. & Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 63-70.
- Belart, A. & Ferrer, M. (1998). *El ciclo de la vida: Una visión sistemática de la familia*. España: Desclee de Brouwer.

- Bolaños, M. C. (1998). Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Buendía, J. (1997). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Byely, L., Bastiani, A. A., Graber, J. & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.
- Caparros, N. (1997). *Anorexia: Una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carlat, D. & Camargo, C. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Carlat, D., Camargo, C. & Herzog, D. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1127-1132.
- Casper, R. C. & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 338-342.
- Castillo, M. (2000). Ellas los prefieren menos musculosos. (En red).
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Casullo, M. M., González, B. R. & Sifre, S. (2000). Factores de riesgo asociados y comportamientos alimentarios. *Revista de Psicología Contemporánea*, 7, 1, 66-73.

- Cavanillas, G. M. & Tapia, F. B. (1999). Bulimia nerviosa. (En red). Disponible en: [bulimia.htm](#)
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y bulimia*. Barcelona: Martínez Roca
- Cervera, P., Clapes, J. F. & Rigolfus, R. (1994). *Alimentación y dietoterapia*. España: McGraw-Hill.
- Cía, A. (1995). *Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados*. Buenos Aires: Ateneo.
- Cooper, P. J., Taylor, M., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *The Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Dalle, G., De Luca, L. & Oliosi, M. (1997). Eating attitudes and prevalence of eating disorders: A survey in secondary schools in Lecce, southern Italy. *Eating Weight Disorder*, 1, 34-37.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E. & Fox, J. (2004). Looking good-family focus on appearance and the risk for eating disorders. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 35, 136-144.
- De la Paz, F. (2000, Septiembre). Vigorexia: Un nuevo trastorno mental que afecta especialmente a los hombres (En red). Disponible en: [imagenza.com](#)

- De la Riva, G. C. (1997). Anorexia en gimnastas y su adaptación y cohesión familiar. Tesis de Licenciatura, Universidad Intercontinental.
- Dorantes, A. I. & Ramos, C. R. (1997). Los trastornos alimentarios y su vínculo con la dinámica familiar. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Edwards, S. & Launder, C. (2000). Investigating muscularity concerns in male body image: development of the Swansea Muscularity Attitudes Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 120-124.
- Eliot, A. I. & Wood, B. C. (2001). Eating disordered adolescent males. *Adolescence*, 36, 535-543.
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B. & Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: a comparison of family members perceptions. *Eating Weight Disorder*, 9, 1-6.
- Escarria, R. A. & Haro, H. M. (2000). Anorexia o Bulimia y factores de riesgo en residentes de una universidad. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Espinosa, S. M., Rico, M. A. & López, C. M. (2000). Características del funcionamiento familiar en la etapa de hijos adolescentes. En R. Jiménez (Ed.). *Familia Naturaleza Amalgamada, VI Encuentro Nacional de Investigadores sobre la Familia*. (pp. 249-256). México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Esquivel, R., Martínez, C. S. & Martínez, C. J. (1998). *Nutrición y salud*. México: Manual Moderno.

- Fernández-Aranda, F., Ramón, J., Badía, A., Giménez, L., Solano, R., Collier, D. & Treasure, J. (2004, Febrero). Hábitos alimentarios durante la infancia y actitudes parentales respecto a la alimentación: un análisis de factores de riesgo en trastornos de la alimentación. *Psiquiatría.com* (En red). Disponible en: psiquiatria.com
- Fernández, I. (1999, Febrero). La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, vigorexia, bulimia y otros trastornos. Prevención desde la familia y la escuela. *Revista Electrónica* (En red). Disponible en: cfnavarra.es
- Fernández, P. M^a., Trejo, V. A. & Delgado, G. J. (1999, Mayo). Resúmenes de: Trastornos de la alimentación: Anorexia y bulimia. (En red).
- Fernández, Z. C. (1992). Satisfacción marital y comunicación marital en la persona que lleva una vida en pareja. Tesis de Licenciatura, Universidad Intercontinental.
- Flynn, K. & Fitzgibbon, M. (1996). Body image ideals of low-income African American mothers and their preadolescent daughters. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 5, 615-630.
- Fox, C. (1992). *Ciencia de los alimentos, nutrición y salud*. México: Noriega.
- Galán, J. J. (2004). Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: para detectar insatisfacción corporal. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Garduño, D. J. & Nieto, G. M^a. (2002). Imagen corporal en mujeres mexicanas pertenecientes a tres grupos de edad: un estudio exploratorio. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nerviosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Gil, H. L. (1997). La actitud diferencial de los padres de familia ante la educación sexual del hijo y de la hija. Tesis de Licenciatura, Universidad Intercontinental.
- González, S. G. (1996). Anorexia nerviosa. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gual, G. P. (2000) *¿Anoréxica yo?, ¿Anoréxica mi hija?, saber para prevenir*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura*. España: Masson.
- Gutiérrez, G. E. (2002). Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hodges, E., Cochrane, C. & Brewerton, T. (1998). Family characteristics of binge-eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 145-151.
- Hoerr, S. L., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T. & Keast, D. R. (2002). Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *Journal of the American College of Nutrition*, 21, 4, 307-314.
- Icaza, S. J. & Béhar, M. (1992). *Nutrición*. México: Interamericana.
- Jiménez, C. M. & Sanz, A. P. (1999). Anorexia nerviosa. (En red). Disponible en: [anorexia.htm](#)

- Kanarek, R. B. & Kaufman, R. N. (1994). *Nutrición y comportamiento*. Barcelona: Bellaterra.
- Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S. & Walsh, B. T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 40, 12, 1434-1440.
- Kustlesic, V., Williamson, D. A., Gleaves, D. A., Barbin, J. M. & Murphy-Eberenz, K. P. (1998). The review for diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10, 1, 41-48.
- Laliberté, M., Boland, F. & Leichner, P. (1999). Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 9, 1021-1040.
- Lasch, C. (1984). *Refugio en un mundo despiadado. La familia ¿Santuario o institución asediada?*. Barcelona: Gedisa.
- Leñero, R. (1976). *La Familia*. México.
- León, G., Fulkerson, J., Perry, C. & Dube, A. (1994). Family influences, school behaviors, and risk for the later development of an eating disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 5, 499-515.
- Mallinckrodt, B., McCreary, B. A. & Robertson, A. K. (1995). Co-Occurrence of eating disorders and incest: The role of attachment, family environment, and social competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 2, 178-186.
- Margo, J. L. (1987). Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 80-83.

- Martínez, M., Medina, A. & Quiroz, A. (1997). Identificación de trastornos alimentarios en una población de alto riesgo. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mateo, G. C. (2002). Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastorno alimentario y sus factores asociados. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mateos-Parra, A. & Solano-Pinto, N. (1997, Julio). Trastornos de la alimentación: Anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Electrónica de Psicología*. (En red). Disponible en: psicología.com
- Matey, P. (1997). La obsesión por el músculo. (En red). Disponible en: el-mundo.es
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1991). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Moos, R. & Moos, B. (1980). Family environment scales. *Consulting Psychologists Press, Palo Alto*.
- Morandé, G., Celada, J. & Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Muise, A. M., Stein, D. G. & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: A review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 427-435.
- Muñoz, P. M. & Turón, G. V. (2002). Factores mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 2, 33-41.

- Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K. & Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 173-180.
- Nelson, W., Hughes, H, Katz, B. & Searight, H. (1999). Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. *Adolescence*, 34, 621-633.
- Ogden, J. & Elder, C. (1998). The role of family status and ethnic group on body image and eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 309-315.
- Ogden, J. & Steward, J. (2000). The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 78-83.
- Ogden, J. & Thomas, D. (1999). The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 273-279.
- Okon, D. M., Greene, A. L. & Smith, J. E. (2003). Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 450-457.
- Pérezbolde, V.C. (2005). Prevalencia de trastornos alimentarios en dos muestras universitarias. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Poblano, A. C. & Trigueros, V. P. (2000). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de población adolescente masculina. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Pope, H. G., Phillips, K. A. & Olivardia, R. (2002). *The adonis complex: How to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys*. New York: Touchstone Book
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rausch, H. C. (1996). *La esclavitud de las dietas: Cuerpo y salud*. Argentina: Paidós.
- Río, S. C., Borda, M. M., Torres, P. I. & Lozano O. J. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 2, 1-10.
- Ríos, A. J. (1998). *La familia: realidad y mito*. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces.
- Rivera, H. M. (2000). Percepción de las relaciones intrafamiliares y su relación con el intento suicida en adolescentes. *Psicología Social en México*, 8, 555-559.
- Rorty, M., Yager, J. & Rossotto, E. (1995). Aspects of childhood physical punishment and family environment correlates in bulimia nerviosa. *Child Abuse & Neglect*, 19, 6, 659-667.
- Rosenvinge, J. H., Borgen, J. S. & Børresen, R. (1999). The prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating among 15-year-old students: A controlled epidemiological study. *European Eating Disorders Review*, 7, 382-391.

Ruíz, M. O., Vázquez, A. R., Mateo, G. C., Galdós, C. J., Alvarez, R. G. & Mancilla, D. J. (2004, Abril). Presencia de trastornos alimentarios y su sintomatología en relación con influencias culturales e insatisfacción corporal entre estudiantes hombres y mujeres. *Revista de Psicología*, 1,1. (En red). Disponible en: phc.lomasverdes.uvmnet.edu

Sánchez-Azcona, J. (1976). *Familia y sociedad*. México: Joaquín Mortiz.

Sandoval, M. S. (1997). La relación hombre-mujer entre su conceptualización individual y el cambio en la estructura familiar. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

Sandoval, S. O. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia, bulimia y vigorexia. (En red). Disponible en: www.psicocentro.com

Saucedo, V. I. (2004). Consistencia interna y validez factorial del EAT-40 para varones en población mexicana. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

Scherer, I. M. (2003, Julio). La distorsión de la figura. (En red). Disponible en: proceso.com.mx

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

Schwartz, D., Phares, V., Tantleff-Dunn, S. & Thompson, K. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 339-343.

Seisdedos, N., Cruz, V. & Cordero, A. (1984). *Escala de clima social en la familia FES*. Madrid: TCA.

Serna, I. (2001, Febrero). Factores biológicos y psicosociales relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en varones. *Interpsiquis* (En red). Disponible en: psiquiatria.com

Sherman, R. T. & Thompson, R. A. (1999). *Bulimia: Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.

Shiltz, T. (1997). Basic facts on men and eating disorders (En red). Disponible en: eatindisorders.about.com

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

Stierlin, H. & Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?*. México: Gedisa.

Stradmeijer, M., Bosch, J., Koops, W. & Seidell, J. (2000). Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 110-114.

Szamos, K. (1994). *Comer compulsivamente, como romper la esclavitud: Laberinto hacia la libertad*. México: Alpe.

Tannenhaus, N. (1995). *Anorexia y bulimia*. Barcelona.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.

- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nerviosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Turón, G. V. (1997). *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Unikel, S. C., Villatoro, V. J., Medina-Mora, I. M., Fleiz, B. C., Alcántar, M. E. & Hernández, R. S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52, 2, 140-147.
- Valencia, J. P. (2002, Septiembre). La anorexia de los fuertes. (En red). Disponible en: elpais.es
- Vázquez, A. R. (1997). Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa. Tesis de Doctorado, 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., Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. & Raich, E. R. (2000). Dinámica familiar y actitudes alimentarias de familias con pacientes de trastorno alimentario. *Psicoterapia y Familia*, 13, 1, 33-46.
- Vázquez, A. R., Fuentes, T. E., Baéz, 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, A. R., Galán, J. J., Alvarez, R. G., Mancilla, D. J., Franco, P. K. & López, A. X. (2004). Validez del Body Shape Questionnaire en mujeres mexicanas. Ponencia presentada en el *XII Congreso Mexicano de Psicología*. Guanajuato, México, 22 al 24 de septiembre.
- Vázquez, A. R., López, A. X., Alvarez, R. G., Franco, P. K. & Mancilla, D. J. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12, 3, 415-247.
- Vázquez, A. R., Mateo, G. C., Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. & Galdós, C. J. (2002). *Comparación en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario entre niños y jóvenes varones mexicanos*. Ponencia presentada en el IX Congreso Mexicano de Psicología Social, I Reunión hacia la Integración de la Psicología Social de las Américas. Colima, México, 16 al 18 de octubre.
- Vázquez, A. R. & Raich, E. R. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*, 5, 3, 391-407.
- Vázquez, A. R., Mancilla, D. J., Mateo, G. C., López, A. X., Alvarez, R. G., Ruíz, M. A. & Franco, P. K. (en prensa). Ocurrencia y factores de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*.
- Vázquez, A. R., Velázquez, A. G., Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. & Franco, P. K. (en prensa). Consistencia interna y estructura del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal en varones mexicanos. *Salud Mental*.
- Vega, A. T. & Rasillo, M. A. (2002). Trastorno de la conducta alimentaria: Prevalencia y perfil de riesgo en población escolarizada enseñanza secundaria.

Psiquiatria.com. (En red). Disponible en:
www.psiquiatria.com/imprimir.ats?5301

Velasco, B. C. & Cabeza, R. S. (1998). Diagnóstico y manejo de la anorexia nerviosa en la adolescencia. *Lecturas en Nutrición*, 5, 2, 59-61.

Villarruel, M. & Cortés, I. (2000). Detección de factores de riesgo que inciden en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en muestras de hombres deportistas y no deportistas. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vírseda, J. (1995). Autoimagen y alimentación: Un estudio preliminar. *Psicología Iberoamericana*, 3, 2, 35-39.

Wonderlich, S. & Swift, W. (1990). Perceptions of parental relationships in the eating disorders: the relevance of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 4, 353-360.

ANEXOS

SUBESCALAS	HOMBRES (n= 237)	MUJERES (n= 288)	“t” de Student
COHESIÓN	\bar{X} = 6.57 EE= 0.12	\bar{X} = 6.95 EE= 0.14	2.04 p≤ 0.05
EXPRESIVIDAD	\bar{X} = 5.38 EE= 0.12	\bar{X} = 5.67 EE= 0.11	1.77 p= 0.07
CONFLICTO	\bar{X} = 3.23 EE= 0.11	\bar{X} = 2.78 EE= 0.11	2.91 p≤ 0.05
AUTONOMÍA	\bar{X} = 5.07 EE= 0.01	\bar{X} = 5.39 EE= 0.09	2.40 p≤ 0.01
ACTUACIÓN	\bar{X} = 5.86 EE= 0.01	\bar{X} = 6.06 EE= 0.09	1.50 p= 0.13
INTELECTUAL- CULTURAL	\bar{X} = 5.11 EE= 0.10	\bar{X} = 5.08 EE= 0.10	0.21 p= 0.83
SOCIAL- RECREATIVA	\bar{X} = 4.56 EE= 0.11	\bar{X} = 4.59 EE= 0.01	0.23 p= 0.82
MORALIDAD- RELIGIOSIDAD	\bar{X} = 4.87 EE= 0.09	\bar{X} = 4.83 EE= 0.09	0.36 p= 0.72
ORGANIZACIÓN	\bar{X} = 6.05 EE= 0.11	\bar{X} = 6.22 EE= 0.10	1.16 p= 0.25
CONTROL	\bar{X} = 4.63 EE= 0.01	\bar{X} = 4.74 EE= 0.08	0.85 p= 0.40

ANEXO 1. Comparación entre hombres y mujeres en las subescalas del FES.

SUBESCALAS	MUJERES CONTROL (n= 59)	MUJERES CON TCA (n= 26)	“t” de Student
COHESIÓN	\bar{X} = 7.27 EE= 0.30	\bar{X} = 6.73 EE= 0.43	1.01 p= 0.31
ORGANIZACIÓN	\bar{X} = 6.29 EE= 0.22	\bar{X} = 5.85 EE= 0.30	1.13 p= 0.26
EXPRESIVIDAD	\bar{X} = 6.05 EE= 0.23	\bar{X} = 5.08 EE= 0.36	2.25 p≤ 0.05
ACTUACIÓN	\bar{X} = 5.68 EE= 0.23	\bar{X} = 6.54 EE= 0.26	2.47 p≤ 0.01
AUTONOMÍA	\bar{X} = 5.51 EE= 0.18	\bar{X} = 5.12 EE= 0.33	1.13 p= 0.26
MORALIDAD-RELIGIOSIDAD	\bar{X} = 4.86 EE= 0.22	\bar{X} = 4.62 EE= 0.29	0.64 p= 0.52
INTELECTUAL-CULTURAL	\bar{X} = 4.83 EE= 0.22	\bar{X} = 5.50 EE= 0.33	1.68 p= 0.09
SOCIAL-RECREATIVA	\bar{X} = 4.64 EE= 0.19	\bar{X} = 4.65 EE= 0.30	0.03 p= 0.98
CONTROL	\bar{X} = 4.54 EE= 0.19	\bar{X} = 4.69 EE= 0.25	0.45 p= 0.65
CONFLICTO	\bar{X} = 2.39 EE= 0.17	\bar{X} = 3.08 EE= 0.42	1.84 p= 0.07

ANEXO 2. Comparación entre mujeres control y con TCA en las subescalas del FES.

GRUPOS	RA	“t” de Student	B	“t” de Student	MA	“t” de Student	PC	“t” de Student	PSP	“t” de Student
HOMBRES (n= 237)	\bar{X} = 1.54 EE= 0.13	1.33 p= 0.18	\bar{X} = 0.38 EE= 0.01	0.97 p= 0.33	\bar{X} = 1.24 EE= 0.15	6.75 p≤ 0.001	\bar{X} = 0.90 EE= 0.01	0.30 p= 0.76	\bar{X} = 0.78 EE= 0.10	4.89 p≤ 0.001
MIJERES (n= 288)	\bar{X} = 1.84 EE= 0.17		\bar{X} = 0.49 EE= 0.01		\bar{X} = 3.17 EE= 0.24		\bar{X} = 0.87 EE= 0.01		\bar{X} = 1.65 EE= 0.14	

ANEXO 3. Comparación entre hombres y mujeres en los factores del EAT.

Factores del EAT

RA= Restricción Alimentaria

B= Bulimia

MA= Motivación por Adelgazar

PC= Preocupación por la Comida

PSP= Presión Social Percibida

GRUPOS	S	“t” de Student	SNS	“t” de Student	CC	“t” de Student
HOMBRES (n= 237)	\bar{X} = 19.52 EE= 0.45	1.91 $p \leq 0.05$	\bar{X} = 12.86 EE= 0.27	4.33 $p \leq 0.001$	\bar{X} = 5.55 EE= 0.16	1.63 $p=0.10$
MUJERES (n= 288)	\bar{X} = 18.35 EE= 0.41		\bar{X} = 14.65 EE= 0.31		\bar{X} = 5.21 EE= 0.13	

ANEXO 4. Comparación entre hombres y mujeres en los factores del BULIT.

Factores del BULIT

S= Sobreingesta y sensación de pérdida de control

SNS= Sentimientos Negativos posteriores a la Sobreingesta

CC= Conductas Compensatorias

CUESTIONARIOS	CO	EX	CT	AU	AC	IC	SR	MR	OR	CN
TOTAL EAT	r= -0.19	r= -0.20	r= -0.01	r= -0.24*	r= -0.25*	r= 0.08	r= 0.17	r= 0.07	r= -0.21	r= -0.10
RA	r= -0.21	r= -0.21	r= 0.06	r= -0.22	r= 0.39**	r= 0.00	r= 0.15	r= -0.08	r= -0.28*	r= 0.04
B	r= -0.22	r= -0.21	r= 0.06	r= -0.36**	r= -0.06	r= 0.03	r= 0.14	r= -0.23	r= -0.23	r= -0.08
MA	r= -0.19	r= -0.13	r= -0.03	r= -0.16	r= -0.21	r= 0.00	r= -0.24*	r= 0.11	r= -0.04	r= 0.05
PC	r= -0.12	r= -0.25*	r= 0.09	r= 0.02	r= -0.05	r= 0.00	r= 0.06	r= -0.24*	r= -0.12	r= -0.03
PSP	r= -0.22	r= -0.13	r= 0.13	r= -0.26**	r= -0.19	r= 0.04	r= -0.03	r= 0.13	r= -0.32**	r= 0.09
TOTAL BULIT	r= -0.34**	r= -0.04	r= 0.07	r= 0.04	r= -0.06	r= 0.06	r= 0.07	r= -0.35**	r= -0.26*	r= 0.18
S	r= -0.36**	r= -0.05	r= 0.00	r= 0.00	r= 0.03	r= 0.05	r= 0.02	r= -0.27*	r= -0.22*	r= 0.18
SNS	r= -0.36**	r= -0.02	r= 0.01	r= 0.01	r= -0.10	r= 0.13	r= 0.19	r= -0.28*	r= -0.17	r= 0.15
CC	r= -0.18	r= -0.04	r= 0.07	r= 0.04	r= -0.07	r= 0.01	r= 0.15	r= -0.24*	r= -0.18	r= 0.16
TOTAL BSQ	r= -0.17	r= 0.07	r= 0.05	r= 0.01	r= -0.12	r= 0.08	r= 0.30*	r= -0.21	r= -0.07	r= -0.06
MIC	r= -0.24*	r= -0.04	r= 0.06	r= 0.05	r= -0.11	r= 0.05	r= 0.25*	r= -0.17	r= -0.12	r= -0.08
IC	r= -0.13	r= 0.11	r= 0.04	r= -0.03	r= -0.07	r= 0.08	r= 0.27*	r= -0.22	r= -0.11	r= -0.06
TOTAL CIMEC	r= -0.27**	r= 0.01	r= 0.07	r= 0.06	r= 0.00	r= -0.03	r= 0.09	r= -0.15	r= -0.12	r= 0.17
IP	r= -0.28*	r= -0.00	r= 0.07	r= 0.01	r= -0.09	r= 0.00	r= 0.05	r= -0.20	r= -0.21	r= 0.10
MIC	r= -0.19	r= 0.07	r= 0.08	r= 0.01	r= 0.05	r= -0.03	r= 0.13	r= -0.08	r= -0.07	r= 0.22
IMEC	r= -0.20	r= -0.04	r= 0.01	r= 0.02	r= 0.00	r= -0.02	r= 0.13	r= -0.20	r= -0.02	r= 0.19
IRS	r= 0.13	r= 0.18	r= 0.03	r= 0.13	r= 0.13	r= -0.03	r= 0.06	r= -0.03	r= 0.04	r= 0.12

ANEXO 5. Matriz de correlaciones obtenidas entre las subescalas del FES y los totales del EAT, BULIT, BSQ, CIMEC y sus respectivos factores en la población seleccionada de hombres (n= 68).

*p≤0.05

**p≤ 0.01

Factores del EAT

RA= Restricción Alimentaria

B= Bulimia

MA= Motivación por Adelgazar

PC= Preocupación por la Comida

PSP= Presión Social Percibida

Factores del BULIT

S= Sobreingesta y sensación de pérdida de control

SNS= Sentimientos Negativos posteriores a la Sobreingesta

CC= Conductas Compensatorias

Factores del CIMEC

IP= Influencia de la Publicidad

MIC= Malestar por la Imagen Corporal

IMEC= Influencia del Modelo Estético Corporal

IRS= Influencia de las Relaciones Sociales

Subescalas del FES

CO= Cohesión

EX= Expresividad

CT= Conflicto

AU= Autonomía

AC= Actuación

IC= Intelectual-Cultural

SR= Social-Recreativo

MR= Moralidad-Religiosidad

OR= Organización

CN= Control

Factores del BSQ

MIC= Malestar por la Imagen Corporal

IC= Insatisfacción Corporal

CUESTIONARIOS	CO	EX	CT	AU	AC	IC	SR	MR	OR	CN
TOTAL EAT	r= -0.07	r= -0.16	r= 0.02	r= -0.04	r= 0.03	r= 0.06	r= 0.02	r= 0.03	r= -0.05	r= 0.08
RA	r= 0.02	r= -0.10	r= 0.10	r= 0.08	r= 0.08	r= 0.14	r= 0.05	r= 0.08	r= -0.03	r= 0.05
B	r= -0.09	r= -0.20*	r= -0.01	r= -0.12	r= -0.06	r= -0.11	r= 0.02	r= -0.06	r= -0.14	r= 0.08
MA	r= -0.20*	r= -0.23*	r= 0.09	r= -0.04	r= 0.10	r= 0.02	r= 0.06	r= 0.13	r= -0.04	r= 0.08
PC	r= -0.06	r= -0.12	r= 0.03	r= -0.09	r= -0.08	r= -0.10	r= -0.13	r= -0.00	r= -0.13	r= -0.07
PSP	r= -0.04	r= -0.03	r= -0.16	r= -0.11	r= -0.02	r= -0.08	r= 0.07	r= -0.09	r= 0.02	r= 0.14
TOTAL BULIT	r= -0.27**	r= -0.36**	r= 0.21*	r= -0.06	r= 0.08	r= -0.05	r= -0.06	r= 0.02	r= -0.15	r= 0.20*
S	r= -0.22*	r= -0.30**	r= 0.19*	r= -0.05	r= -0.00	r= -0.08	r= -0.12	r= -0.07	r= -0.18*	r= 0.21*
SNS	r= -0.22*	r= -0.33**	r= 0.21*	r= -0.02	r= 0.09	r= 0.02	r= -0.03	r= 0.08	r= -0.12	r= 0.17
CC	r= -0.11	r= -0.22*	r= 0.12	r= 0.01	r= 0.08	r= 0.02	r= -0.07	r= -0.02	r= -0.11	r= 0.08
TOTAL BSQ	r= -0.24**	r= -0.27**	r= 0.15	r= 0.01	r= 0.11	r= 0.02	r= 0.10	r= 0.04	r= -0.05	r= 0.08
MIC	r= -0.25**	r= -0.30**	r= 0.18	r= 0.01	r= 0.10	r= -0.01	r= 0.09	r= 0.00	r= -0.06	r= 0.11
IC	r= -0.16	r= -0.21*	r= 0.09	r= 0.02	r= 0.11	r= 0.07	r= 0.12	r= 0.10	r= -0.03	r= -0.00
TOTAL CIMEC	r= -0.30**	r= -0.28**	r= 0.14	r= -0.03	r= 0.19*	r= 0.13	r= 0.12	r= 0.09	r= 0.02	r= 0.20*
IP	r= -0.27**	r= -0.26**	r= 0.15	r= -0.01	r= 0.18*	r= 0.11	r= 0.05	r= 0.11	r= 0.03	r= 0.23**
MIC	r= -0.29**	r= -0.26**	r= 0.13	r= -0.06	r= 0.17	r= 0.09	r= 0.14	r= 0.08	r= -0.00	r= 0.15
IMEC	r= -0.22*	r= -0.21*	r= 0.09	r= -0.07	r= 0.19*	r= -0.00	r= 0.17	r= 0.03	r= -0.02	r= 0.17
IRS	r= -0.24**	r= -0.14	r= 0.07	r= 0.04	r= 0.09	r= -0.18**	r= 0.20*	r= 0.03	r= 0.11	r= 0.07

ANEXO 6. Matriz de correlaciones obtenidas entre las subescalas del FES y los factores del EAT, BULIT, BSQ y CIMEC en el grupo de mujeres seleccionadas (n= 118).

*p≤ 0.05

**p≤ 0.01

Factores del EAT

RA= Restricción Alimentaria
 B= Bulimia
 MA= Motivación por Adelgazar
 PC= Preocupación por la Comida
 PSP= Presión Social Percibida

Factores del BULIT

S= Sobreingesta y sensación de pérdida de control
 SNS= Sentimientos Negativos posteriores a la Sobreingesta
 CC= Conductas Compensatorias

Factores del CIMEC

IP= Influencia de la Publicidad
 MIC= Malestar por la Imagen Corporal
 IMEC= Influencia del Modelo Estético Corporal
 IRS= Influencia de las Relaciones Sociales

Subescalas del FES

CO= Cohesión
 EX= Expresividad
 CT= Conflicto
 AU= Autonomía
 AC= Actuación
 IC= Intelectual-Cultural
 SR= Social-Recreativo
 MR= Moralidad-Religiosidad
 OR= Organización
 CN= Control

Factores del BSQ

MIC= Malestar por la Imagen Corporal
 IC= Insatisfacción Corporal

CUESTIONARIOS	CO	EX	CT	AU	AC	IC	SR	MR	OR	CN
TOTAL EAT	r= 0.03	r= 0.30	r= -0.31	r= 0.00	r= -0.09	r= 0.09	r= -0.02	r= -0.04	r= 0.00	r= 0.27
RA	r= 0.02	r= 0.06	r= -0.08	r= 0.07	r= -0.16	r= 0.11	r= -0.12	r= 0.03	r= 0.03	r= 0.20
B	r= -0.12	r= -0.08	r= -0.18	r= -0.17	r= -0.22	r= -0.27	r= 0.07	r= -0.16	r= -0.32	r= 0.08
MA	r= -0.25	r= -0.05	r= -0.15	r= -0.04	r= -0.03	r= 0.09	r= -0.06	r= 0.13	r= -0.12	r= 0.28
PC	r= -0.06	r= -0.02	r= -0.11	r= 0.20	r= 0.16	r= 0.08	r= -0.00	r= -0.04	r= -0.21	r= 0.07
PSP	r= -0.00	r= 0.09	r= -0.46*	r= -0.31	r= 0.07	r= -0.01	r= 0.23	r= -0.04	r= 0.09	r= 0.21
TOTAL BULIT	r= -0.25	r= -0.22	r= 0.18	r= -0.04	r= -0.25	r= -0.11	r= -0.23	r= 0.00	r= -0.23	r= 0.15
S	r= -0.21	r= -0.21	r= 0.23	r= -0.08	r= -0.29	r= -0.10	r= -0.41*	r= -0.09	r= -0.10	r= 0.12
SNS	r= -0.25	r= -0.27	r= 0.08	r= 0.09	r= -0.29	r= -0.01	r= -0.25	r= 0.03	r= -0.20	r= 0.20
CC	r= 0.05	r= -0.21	r= -0.02	r= 0.21	r= -0.33	r= 0.00	r= -0.18	r= -0.17	r= -0.26	r= 0.08
TOTAL BSQ	r= -0.37	r= -0.16	r= 0.06	r= -0.19	r= -0.04	r= -0.17	r= 0.15	r= 0.29	r= 0.00	r= 0.13
MIC	r= -0.33	r= -0.018	r= 0.00	r= -0.19	r= -0.12	r= -0.23	r= 0.10	r= 0.12	r= 0.03	r= 0.20
IC	r= -0.26	r= -0.06	r= 0.08	r= -0.05	r= -0.04	r= -0.06	r= 0.22	r= 0.36	r= -0.05	r= -0.03
TOTAL CIMEC	r= -0.27	r= -0.08	r= 0.05	r= -0.11	r= -0.23	r= -0.03	r= 0.08	r= 0.16	r= 0.11	r= 0.22
IP	r= -0.16	r= -0.07	r= 0.03	r= 0.00	r= -0.31	r= 0.08	r= -0.00	r= 0.21	r= 0.15	r= 0.25
MIC	r= -0.32	r= -0.15	r= -0.00	r= -0.21	r= -0.13	r= -0.07	r= 0.09	r= 0.17	r= 0.00	r= 0.28
IMEC	r= -0.22	r= 0.11	r= -0.04	r= -0.29	r= -0.10	r= -0.29	r= 0.40*	r= 0.21	r= 0.06	r= 0.21
IRS	r= -0.30	r= -0.30	r= -0.22	r= -0.00	r= -0.16	r= -0.02	r= 0.09	r= -0.19	r= 0.22	r= -0.23

ANEXO 7. Matriz de correlaciones obtenidas entre las subescalas del FES y los factores del EAT, BULIT, BSQ y CIMEC en el grupo de mujeres con TCA (n= 26).

*p≤ 0.05

Factores del EAT

RA= Restricción Alimentaria

B= Bulimia

MA= Motivación por Adelgazar

PC= Preocupación por la Comida

PSP= Presión Social Percibida

Factores del BULIT

S= Sobreingesta y sensación de pérdida de control

SNS= Sentimientos Negativos posteriores a la Sobreingesta

CC= Conductas Compensatorias

Factores del CIMEC

IP= Influencia de la Publicidad

MIC= Malestar por la Imagen Corporal

IMEC= Influencia del Modelo Estético Corporal

IRS= Influencia de las Relaciones Sociales

Subescalas del FES

CO= Cohesión

EX= Expresividad

CT= Conflicto

AU= Autonomía

AC= Actuación

IC= Intelectual-Cultural

SR= Social-Recreativo

MR= Moralidad-Religiosidad

OR= Organización

CN= Control

Factores del BSQ

MIC= Malestar por la Imagen Corporal

IC= Insatisfacción Corporal