



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**“EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES
PSICOMÉTRICAS DEL TEST DE BULIMIA (BULIT)
EN VARONES MEXICANOS”**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:**

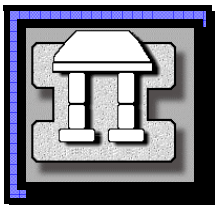
VALDEZ HERNÁNDEZ VERÓNICA

DIRECTORA: DRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN

ASESORES: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ

DRA. ROSALIA VÁZQUEZ ARÉVALO

Trabajo financiado por PAPIIT, UNAM (IN304606)



Tlalnepantla, Estado de México, Julio de 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICADO

**A mis padres
Con amor y gratitud**

**A Gina
Por su apoyo**

**A Saúl
Por su escucha**

**A Jorge
Por su tiempo**

**A Armando
Por su amor**

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	
Capítulo 1. Trastornos del comportamiento alimentario	5
Capítulo 2. TCA en varones	12
2.1 Interiorización de los modelos estéticos corporales	15
2.2 Imagen corporal	16
2.3 Ejercicio físico excesivo	18
2.4 Conductas alimentarias alteradas	19
Capítulo 3. Investigación sobre TCA en varones mexicanos	23
Capítulo 4. Bulimia nerviosa y sus componentes en varones	27
Capítulo 5. Test de bulimia (BULIT)	29
MÉTODO	35
Muestra	35
Instrumento	35
Procedimiento	35
Recolección de datos	35
Análisis de datos	36
RESULTADOS	38
Confiabilidad.....	39
Validez de constructo	42
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	53
REFERENCIAS	55

RESUMEN

En México el término trastorno del comportamiento alimentario (TCA) hasta hace 10 años era poco conocido, no obstante, en la actualidad existe mayor información sobre su origen, desarrollo y mantenimiento. Sin embargo, casi la totalidad de la investigación desarrollada en nuestro país se ha enfocado a la población femenina, y sólo los últimos cinco años ha empezado a ampliarse hacia los varones, a pesar del incremento en la detección de dichas psicopatologías o de sus síntomas en población masculina. Sin embargo aún son escasos los instrumentos de tamizaje con los que se cuentan para la detección de sintomatología de TCA, particularmente en México se utilizan algunas adaptaciones de dichos cuestionarios, que en su mayoría son dirigidos a población femenina, de ahí la importancia de evaluar las propiedades psicométricas del Test de Bulimia [*Bulimia Test*, BULIT] en varones mexicanos, particularmente su consistencia interna y estructura factorial. Para ello, se aplicó dicho instrumento a una muestra no probabilística de 818 estudiantes de sexo masculino. El BULIT mostró tener buena consistencia interna ($\alpha = 0.82$), se confirma la estructura de tres factores que explican el 22.59% de la variabilidad total, siendo: Atracón ($\alpha = 0.72$), Conductas compensatorias ($\alpha = 0.50$) y Sentimientos negativos posteriores al atracón ($\alpha = 0.61$). Se concluye que el BULIT puede ser un instrumento útil para evaluar los tres principales síntomas de la bulimia nerviosa en varones mexicanos.

INTRODUCCIÓN

El término *trastornos del comportamiento alimentario* (TCA) se refiere –en general– a trastornos psicológicos que conllevan graves anormalidades en el comportamiento de ingestión, es decir, su base y fundamento se halla en la alteración psicológica, entre ellos, los más conocidos son la anorexia y la bulimia nerviosas (Raich, 1994), mismos que se caracterizan tanto por un temor mórbido a la obesidad, así como por una exacerbada motivación para adelgazar.

Sin embargo, si bien los TCA son un área de estudio ampliamente abordada en otros países, en México dicho término hasta hace 10 años era poco conocido, y es importante mencionar que la gran mayoría de los estudios realizados se han enfocado principalmente a población femenina, originando que exista poca información sobre lo que ocurre con el género masculino, el cual actualmente se sabe no está exento de desarrollar un TCA.

Incluso, en la actualidad se sabe que los casos de varones son escasamente identificados por diversas razones: a) estas patologías aún son poco conocidas entre el personal de salud; b) dada su mayor ocurrencia entre mujeres, se les ha considerado popularmente como trastornos “femeninos”, esto aún entre profesionales de la salud; c) una estigmatización del paciente varón, por lo que se ha visto que en éstos los TCA se presentan en formas aún más encubiertas que en las mujeres; d) los propios hombres pueden no reconocer sus síntomas, a causa de que –generalmente– existe menos información y exposición en los medios de comunicación sobre casos de varones con TCA, lo que se traduce en una menor conciencia pública y e) por último, no debemos olvidar que aún es escasa la comprensión que se tiene –a nivel internacional– de estos trastornos entre varones, lo que ha repercutido en la carencia de criterios específicos que normen la formulación del diagnóstico en ellos.

Lo anterior se ve acentuado en el caso particular de la bulimia nerviosa, esto

como resultado de:

a) Recordemos que en este trastorno, contrariamente a lo que sucede en la anorexia nerviosa, no se registra una acentuada pérdida de peso, por lo que resulta menos evidente su presencia;

b) en múltiples ocasiones, el patrón de atracón entre los varones suele juzgarse como socialmente más aceptado; y

c) las conductas compensatorias –particularmente la autoinducción del vómito– son realizadas clandestinamente, por la connotación evidentemente patógena de la conducta. Pero esto no parece ser igual respecto a otras conductas compensatorias, ya que en la actualidad podemos observar que se promociona ampliamente el empleo de productos con efectos laxantes o diuréticos, lo que dificulta la plena identificación de este síntoma.

No obstante, en el caso de varones con bulimia nerviosa, De la Serna (2001a) ha especificado algunos rasgos importantes:

- 1.- Comienzo más tardío,
- 2.- mayor prevalencia de obesidad previa,
- 3.- superior proporción de homosexualidad que en la mujer,
- 4.- menor preocupación por el control de peso,
- 5.- menor distorsión de la imagen corporal,
- 6.- menor prevalencia de diabetes, y
- 7.- mayor tendencia a la hiperactividad.

De hecho, ya en ese mismo año, Toro (2001) cita que probablemente en EE.UU. hay más varones bulímicos que mujeres anoréxicas, lo que ha convertido al sector masculino en un fértil –y aun poco explorado– campo de investigación sobre TCA en el mundo y en México. Sin embargo, como es de suponer, una necesidad primaria para el desarrollo de investigación en dicho campo exige el contar con instrumentos de tamizaje de TCA que hayan demostrado ser confiables

y válidos en varones. Cabe destacar que al respecto, en México ya se han hecho avances, como han sido los estudios de validación de tres importantes cuestionarios de autoreporte, como lo son: el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC; Vázquez, Velázquez, Alvarez, Mancilla & Franco, manuscrito en preparación); el Test de Actitudes Alimentarias [*Eating Attitudes Test*, EAT], por Saucedo (2004); y el Inventario de Trastornos Alimentarios [*Eating Disorders Inventory*, EDI], realizada por Franco, Mancilla, Alvarez, Vázquez y López (2004).

Aunque la investigación en TCA inicialmente se enfocó a poblaciones femeninas, esta posición ha cambiado, una vez que en los últimos años los investigadores han reconceptualizado a la bulimia nerviosa como un trastorno que también afecta a la población varonil (Steiger, 1989, cit. en Bramon-Bosch, Troop & Treasure, 2000; Kearney-Cook & Steichen-Asch, 1990, Lindsey, 1995, cits. en Finlayson, Kelly & Saklofske, 2002). Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue valorar las propiedades psicométrica del *Test de Bulimia* (BULIT) en población mexicana masculina.

ANTECEDENTES

CAPITULO 1. Trastornos del comportamiento alimentario

Anorexia nerviosa (AN), es un TCA en el que la persona que lo padece presenta los siguientes síntomas: a) Pérdida de peso, situándose al menos 15% por debajo de lo indicado por edad y talla, además de un rechazo por mantener su peso en el mínimo normal; b) miedo intenso a aumentar de peso o engordar, aún estando emaciada; c) distorsión de la imagen corporal e influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación; y e) ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (American Psychiatric Association, 2000). Dicho trastorno se divide en:

1) Tipo *restrictivo*: durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

2) Tipo *compulsivo*: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Mientras que en el caso de la *bulimia nerviosa* (BN), los síntomas son: a) recurrentes episodios atracón, acompañados de sensación de pérdida de control sobre la ingestión; b) recurrentes conductas compensatorias inadecuadas (autoprovocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos, etc.); y c) la autovaloración está excesivamente influenciada por la figura y el peso (American Psychiatric Association, 2000). No obstante, los mecanismos compensadores que utilizan los pacientes son diferentes de acuerdo al tipo específico de BN, éstos se dividen así:

1) En el tipo *purgativo*, el paciente recurre a los vómitos autoinducidos y utiliza laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio actual.

2) En el tipo *no purgativo*, la compensación se lleva a cabo por medio del ayuno y el ejercicio excesivo, pero no suele haber vómitos autoinducidos ni tampoco abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

Las similitudes entre AN y BN incluyen preocupación por las dietas restrictivas, los alimentos, el peso y la talla corporal, así como la exagerada búsqueda de aprobación social. Asimismo, un gran número de pacientes con BN han padecido AN previamente, y una importante proporción de aquéllas que no lo han sido desearían poder serlo, es decir, ser capaces de no comer (Sherman & Thompson, 1999). Al respecto, Fernández (1997) menciona que la insatisfacción con su propio cuerpo –en particular– y consigo mismos –en general– suele asociarse con baja autoestima. Esta fijación por obtener a toda costa un bajo peso y, por tanto, un aspecto de extrema delgadez, intrínsecamente ligado al deseo y la búsqueda de satisfacción personal, paulatinamente adquirirá valores de necesidad en este tipo de pacientes.

Sin embargo, es importante advertir que existen algunas situaciones emocionales, sociales y clínicas en las que se producen episodios de atracón que no necesariamente se trata de los inherentes a la BN, al trastorno por atracón (TPA) o a los trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TCANE), sino más bien a situaciones o alteraciones fisiológicas o emocionales, de los que el atracón resulta en un síntoma (Bunnell et al., 1990).

Además, cabe aclarar que algunos pacientes –sobre todo los más jóvenes– muestran una sintomatología que no puede clasificarse claramente como de AN o de BN, diagnosticándose entonces, de acuerdo con el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), como un TCANE; en esta categoría se incluyen, por ejemplo, aquellos casos que:

1) Cumplen todos los criterios de AN, pero las menstruaciones son regulares.

2) También cumplen todos los criterios de AN, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3) Cumplen todos los criterios de BN, con excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

4) Empleo regular de conductas compensatorias inadecuadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p.e. provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

5) Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6) Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Así, las personas con este tipo de trastorno pueden tener un peso promedio y quizá se provoquen vómito o abusen de los laxantes (pero no en excesivos episodios) para control del peso, o pueden ser de bajo peso y quizá exhiban actitudes anormales hacia el comer o una conducta alimentaria anormal, pero que de cualquier manera no satisfacen los criterios diagnósticos para AN y/o BN.

La importancia de establecer un diagnóstico diferencial entre lo que es un TCA, específico (AN ó BN) o no específico (TCANE), con respecto a otras alteraciones o patologías no alimentarias, es esencial para determinar su posible etiología, pronóstico y tratamiento. Pero a la vez, dentro de los TCA, determinar el diagnóstico diferencial de acuerdo a su tipo, nos permite derivar posibles conclusiones al comparar la evolución de cada uno de ellos.

Al respecto, Crispo, Figueroa y Guelar (1996) mencionan que una persona se vuelve más vulnerable a desarrollar un TCA cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales, como un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (adolescencia, por ejemplo) en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso

y figura, lo que puede precipitar el problema. Pero a su vez, la persistencia del TCA está estrechamente relacionada con sus propios efectos fisiológicos y emocionales, es decir, que éstos también pueden funcionar como factores mantenedores

García-Camba (2001) menciona que los síntomas clínicos de los TCA comprenden cuatro aspectos fundamentales:

1. Alteraciones de la conducta, en particular, la ingestiva.
2. Alteraciones cognitivas.
3. Procesos psicopatológicos.
4. Complicaciones médicas.

Respecto a las alteraciones cognitivas, Raich (1994) señala que pueden ser de diversos tipos:

- Generalizaciones excesivas.
- Magnificación de las consecuencias negativas.
- Pensamiento dicotómico.
- Pensamientos supersticiosos y sentimientos de ineficacia.

Asimismo, es importante señalar que si bien existen diferentes factores de riesgo que inciden para que una persona desarrolle un TCA, ninguno de ellos puede en sí mismo considerarse como suficiente; contrariamente, se necesita de una combinación de ellos, la que adquiere características particulares para cada caso. Por tanto, más que concebirlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es conveniente visualizarlos como factores que conducen a que una persona pueda ser más vulnerable o propensa a desarrollarlo.

Con relación a lo anterior, Hoerr, Bokram, Lugo, Bivins y Keast (2002) realizaron una investigación con estudiantes estadounidenses, donde identificaron

el 4% de varones y el 11% de mujeres con alto riesgo de desarrollar un TCA, en estas últimas encontraron preocupación excesiva por la comida y el peso corporal, así como mayor frecuencia de atracón y de conductas compensatorias purgativas. No obstante, en ambos géneros identificaron cuatro factores capaces de predecir un mayor riesgo de TCA: conductas compensatorias purgativas, restricción alimentaria, fluctuaciones del peso e interferencia en las relaciones sociales.

Los TCA se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia o juventud, y sólo algunos casos excepcionales aparecen después de los 40 años o en la infancia (Beck, Casper & Andersen, 1996). Existen numerosos estudios epidemiológicos donde se ha señalado que la prevalencia de AN entre mujeres se ubica entre el 0.5 y el 3.7%, y de BN entre el 1.1 y el 4.2%, dependiendo esto de si los criterios diagnósticos aplicados fueron estrictos o no. No obstante, esta prevalencia ha aumentado claramente en las últimas tres décadas, en particular, en el caso de BN, que hoy en día es cuatro veces más frecuente que la AN (Garfinkel et al., 1996; Kendler et al., 1991).

Asimismo, hace tiempo se creía que los TCA eran exclusivos de los estratos socioeconómicos medio-altos y altos; sin embargo, el desarrollo de las sociedades occidentales ha llevado a que en la actualidad exista una radical homogeneidad en los programas educativos y en el acceso a los medios de comunicación, así la población joven –aún perteneciendo a diferentes estratos sociales– adopta los mismos estereotipos culturales, los que incluyen el culto a la delgadez y la creencia de la obtención del éxito a través de la posesión de una figura socialmente atractiva (la esbelta), (Andersen, Cohn & Holbrook, 2000; García-Camba, 2001; Levine & Smolak, 2000; Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999b, 1999c).

Como se puede ver, los pacientes con TCA son un grupo heterogéneo, y si bien ciertos aspectos psicológicos varían en los distintos pacientes, hay algunos comunes. Generalmente estos implican el fracaso para desarrollar un sentido de

control sobre sí mismo y sobre el mundo, por lo que la dieta se convierte en su área exclusiva de control personal. Estrechamente relacionada está la ausencia de conciencia de los procesos corporales, los que incluyen los sentimientos o estados emocionales internos y cambios en la forma corporal (Bruch, 1973, cit. en Garfinkel & Kaplan, 1996). Asimismo, hay otros dos aspectos psicológicos comunes: las personas con AN o BN dependen excesivamente de los acontecimientos externos para mantener su autoestima, por lo que sus actuaciones y la evaluación que hacen de sí mismos están relacionadas con agradar a los otros más que a sí mismos. Esto hace a estos sujetos particularmente vulnerables a las influencias externas de la cultura, la familia y el grupo de compañeros (Garfinkel & Kaplan, 1996; Shisslak et al., 2000; Wade & Lowes, 2002).

Si bien autores como Smolak y Murnen (2001) consideran que los TCA muestran una predominancia ligada al género femenino mucho más grande que cualquier otro trastorno mental, reconociendo que aunque estos padecimientos se dan predominantemente en mujeres jóvenes, es innegable que se están detectando cada vez más entre hombres (Cumella, 2003), de modo que en el siglo pasado, el porcentaje de varones afectados pasó del 5 al 10% de la década de los 80's a la de los 90's (Crispo et al., 1996). Éste es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que estas patologías sean privativas de las mujeres (Cardaci, 1990; Wichstrom, 1995; Wooley, 1994), o que a la vez refuerza la hipótesis de la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural en la aparición de este fenómeno (Harvey & Robinson, 2003). Al respecto, Hausenblas, Symons, Fleming y Connaughton (2002) realizaron un estudio con niños de primaria con el objetivo de examinar su preferencia en cuanto a imagen corporal, los autores encontraron que aproximadamente un tercio de los varones y la mitad de las niñas seleccionaron como figura ideal una delgada.

El alto predominio de preocupación por la imagen corporal no es sorprendente si recordamos el énfasis social en cuanto al peso y apariencia, por lo que las percepciones infantiles mostradas son un claro rasgo de la poderosa influencia que ejercen los patrones actuales de imagen corporal que ponderan la importancia de la delgadez. Esto aunado a que en poblaciones infantiles se ha observado que la prevalencia de TCA –particularmente vía los TCANE– entre los sexos tiende a igualarse, alcanzando los varones a representar casi la tercera parte del total de pacientes (Fosson, Knibbs, Bryant-Waugh & Lask, 1987, Higgs, Goodyer & Birch, 1989, cits. en García-Camba, 2001).

CAPITULO 2. TCA en varones

Históricamente, cuando Morton –a finales del siglo XVII– describió algunos casos clínicos de la *consumption nervosa* (uno de los precedentes históricos de AN), hacía referencia a un varón de 16 años (cit. en De la Serna, 2001b).

Después de ser negada su existencia por algunos autores, alegando que tales eran casos atípicos (Bruch, 1971, Korkina et al., 1980, cit. en De la Serna, 2001b), actualmente los TCA en varones son motivo de creciente interés y estudio en el mundo. Hoy, como resultado de una mayor preocupación del varón por la imagen corporal y, como consecuencia el cambio en sus actitudes alimentarias, no se pone en duda su existencia, aún reconociendo el aplastante predominio de esta enfermedad en las mujeres.

Como resultado de ello, hasta hace menos de una década, la mayoría de los estudios publicados sobre TCA se habían enfocado exclusivamente a mujeres y, como resultado, aún es considerablemente menor el conocimiento acerca de las conductas alimentarias problemáticas entre los varones; no obstante, el interés en ello ha incrementado por diversas razones. Primero, las clínicas han evidenciado un incremento en la solicitud de tratamiento a varones durante las pasadas dos décadas (Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999), sin embargo, dada la ausencia de datos epidemiológicos sobre el tiempo, aún es poco claro si realmente ha incrementado la incidencia y prevalencia de TCA en los varones (Lewinsohn, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002). Segundo, el posible incremento de casos en varones ha llevado a un aumento en el interés por la clasificación diagnóstica, específicamente el TPA fue introducido en el DSM-IV como una categoría diagnóstica provisional que requiere de mayor investigación, sin perder de vista que este trastorno parece ser tan común entre varones como en mujeres (Spitzer et al., 1992), como resultado de la asociación establecida entre el atracón y otros síntomas psiquiátricos, por ejemplo, la depresión en mujeres (Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin & Rosenheck, 2000), resulta necesario determinar la

prevalencia y significancia clínica del atracón en varones. Tercero, los síndromes alimentarios totales se han definido con base a la caracterización clínica de pacientes femeninas (Striegel-Moore & Marcus, 1995). Finalmente, debido a que los casos de síndromes totales de TCA son raros entre poblaciones femeninas y masculinas, investigadores como Carlat y Camargo (1991) han indicado la necesidad de determinar la estructura dimensional de aquellos instrumentos de auto-reporte que se han empleado en muestras masculinas (Lewinsohn et al., 2002).

En las últimas décadas se ha reportado que aproximadamente un 10% de los casos diagnosticados con TCA corresponden al sexo masculino, significando que por cada 10 mujeres sólo 1 varón los padece (Andersen, 1996). Mientras que de los pacientes identificados con AN en muestras comunitarias, únicamente del 5 al 10% son hombres (Lucas, Beard, Kurland & O'Fallon, 1991) y del 10 al 15% para el caso de BN (Garfinkel et al., 1996), aunque cabe advertir que generalmente la proporción de varones identificados en muestras clínicas es sustancialmente menor a la reportada en muestras comunitarias (Beumont, Schrader & Lennerts, 1995, cit. en Braun et al., 1999); por ejemplo, Andersen et al. (2000) realizaron una serie de estudios epidemiológicos en muestras comunitarias canadienses, encontrando que de cada seis casos de TCA, aproximadamente uno correspondió a varones. La discrepancia entre los datos epidemiológicos fundamentados en muestras clínicas *versus* comunitarias, ha llevado a autores como Carlat y Camargo (1991) a plantear el supuesto de que los hombres pueden estar acudiendo menos a solicitar tratamiento que su contraparte femenina.

Por otra parte, algunos estudios descriptivos han caracterizado cuadros clínicos similares en pacientes con TCA, independientemente de si son varones o mujeres (Crisp & Burns, 1990, Woodside, Garner, Rockert & Garfinkel, 1990, cits. en Braun et al., 1999; Carlat, Camargo & Herzog, 1997; Hsu, 1990; Eliot & Baker, 2001), aunque una diferencia sugerida es la tendencia de los primeros a desarrollar el trastorno a mayor edad (Braun et al., 1999). Al respecto, si bien se

ha advertido que la prevalencia de TCA en varones parece depender estrechamente de la edad, aún no existe acuerdo entre los autores; por ejemplo, Barry y Lipman hablan de que a menor edad aumenta el número de casos detectados (1990, cit. en De la Serna, 2001a,b), mientras que Bramon-Bosch et al. (2000) encontraron que los varones tienen una edad de inicio del trastorno más tardía (un promedio de 5 años después que las mujeres), así como una duración más corta de la enfermedad. Asimismo, estos autores encontraron algunas otras diferencias por género, de modo que en los varones la homosexualidad fue significativamente más común, así como los trastornos depresivos o de ansiedad, presentes en el 67% de los varones contra sólo 13% en mujeres, además los primeros tuvieron un porcentaje más alto de intentos de suicidio y mayor aislamiento social. Por el contrario, no encontraron diferencias significativas en cuanto a severidad de la dieta, frecuencia de atracones, de los ciclos purga-atracón, ni en la autoinducción del vómito, el abuso de laxantes o la práctica de ejercicio excesivo.

De esta forma, diversos autores advierten la ausencia de diferencias sustanciales por género en cuanto a la sintomatología específica de los TCA en pacientes ya diagnosticados, a partir de lo cual sugieren que los hallazgos basados sobre las mujeres pueden ser generalizados apropiadamente a los hombres (Crisp, Burns & Bhat, 1986; Fichter & Daser, 1987; Woodside & Kaplan, 1994; Steiger, 1989, cit. en Bramon-Bosch et al., 2000).

No obstante, la existencia de TCA en varones sigue representando un desafío tanto para la clínica como para la investigación en el área, ya que la diferencia en magnitud respecto a la proporción de hombres y mujeres afectados por estas psicopatologías, conduce al cuestionamiento respecto a las razones que podrían explicar esta diferencia.

Uno de ellos, de acuerdo con De la Serna (1996), es que en el varón debe ponerse especial atención en el diagnóstico, ya que existe un alto riesgo de casos

mal diagnosticados o enmascarados bajo supuestos trastornos digestivos, o bien, a que puedan ser *infradiagnosticados*, debido a que una conducta de alimentación anormal suele atribuírsele a patrones culturales normativos con más frecuencia en los hombres que en las mujeres (Andersen, 1996) esto debido a que las normas socioculturales con respecto a la evitación del sobrepeso o a la percepción de comer excesivamente son más estrictas para las mujeres, provocando que éstas estén más sensibilizadas a evitar las percepciones sociales de cualquier anormalidad en la conducta alimentaria. Por su parte, Olivardia (2002) advierte que una tercera posible razón es que muchos hombres ocultan sus síntomas de TCA porque temen que puedan ser etiquetados de “afeminados”, “vanidosos” u “homosexuales”, y esto particularmente entre los varones con BN, ya que su aspecto no evidencia la presencia del trastorno, por lo que puede fácilmente pasar desapercibido (De la Serna, 2001b). Finalmente, Andersen (1990, cit. en Braun et al., 1999) señala que otra posible razón de un error diagnóstico en los varones es resultante de que si bien éstos pueden expresar conflictos en cuanto a su imagen corporal, difieren con respecto a las mujeres en que los varones tienden más hacia la valoración positiva del incremento del peso corporal, aunque éste de forma constreñida a la masa muscular.

Como resultado de lo anterior, y con la finalidad de comprender la existencia de las patologías alimentarias en varones, se han investigado áreas o dimensiones particulares, como son:

2.1. Interiorización de los modelos estéticos corporales

Algunos autores han sugerido que son cada vez más los hombres que quieren que sus cuerpos coincidan con un ideal corporal reflejado en los medios de comunicación (Pope, Phillips & Olivardia, 2000), y si bien aún no es claro si las imágenes transmitidas por los medios son causa o resultado de estos ideales, se ha encontrado que dicha situación se ha venido transformando; por ejemplo, los cuerpos masculinos cada vez son más proyectados en campañas publicitarias de

productos cuya venta no tendría relación directa con la apariencia. Además, estos autores encontraron que la proporción de mujeres con poca ropa en revistas populares para mujeres (p.e. *Cosmopolitan* y *Glamour*) ha permanecido constante por más de 30 o 40 años, mientras que la proporción de hombres con poca ropa se ha incrementado, por ejemplo, en 1950 sólo representaba el 3% del contenido, mientras que en los 90's llegó a representar el 35%.

Con base al análisis de las revistas más populares, hace ya casi 15 años, Di Domenico y Andersen (1990, cit. en Andersen, 1992) informaron de un énfasis casi igual en las revistas masculinas y femeninas respecto a la deseabilidad de cambiar la forma del cuerpo conforme a los valores estéticos existentes, donde la respuesta –de modo general– fue igual en ambos sexos. No obstante, autores como Harmatz, Gronendyke y Thomas (1985, cit. en Olivardia, 2002) precisan que las imágenes que principalmente proyectan los medios de comunicación como ideal corporal masculino corresponden al de un cuerpo musculoso o –mínimamente– con definición muscular.

Como ya se mencionó, se ha observado que los hombres homosexuales pueden estar en mayor riesgo de desarrollar un TCA que los heterosexuales, ya que también suelen estar más fuertemente influidos por las presiones culturales de su comunidad, en la que suelen ser altamente valorados –dependiendo de la subcomunidad– ambos polos de la forma corporal: la de extrema delgadez –cercana a la imperante en el mundo femenino– así como la de la extrema exaltación del tono o masa muscular (Andersen, 1996; Carlat et al., 1997; Crispo et al., 1996).

2.2. Imagen corporal

Durante mucho tiempo se había asumido que los varones estaban exentos de experimentar insatisfacción corporal (Pope et al., 2000), sin embargo, en una encuesta realizada entre población masculina estadounidense se encontró que el

43% manifestó insatisfacción con su apariencia global (Garner, 1997), más de la mitad con su abdomen (63%) o peso corporal (52%), el 45% con su tono muscular y el 38% con su pecho. Mientras que al realizar una contrastación entre estos resultados con los de dos estudios previos que esencialmente usaron métodos idénticos, Garner encuentra que la insatisfacción corporal entre varones va en incremento, de modo que parece haberse triplicado en menos de 30 años (15% en 1972, 35% en 1985 y 43% en 1997). Así, los hombres parecen acercarse peligrosamente a los niveles observados en mujeres, ya que en 1997 el 56% de éstas se expresaron insatisfechas con su imagen corporal. No obstante esta tendencia, sigue siendo claro que los varones experimentan significativamente menor insatisfacción corporal (Braun et al., 1999), y que tal vez como resultado de ello –aunado a la posesión de una mayor tasa metabólica que parece facilitarles la pérdida de peso corporal– difieren de las mujeres respecto a los métodos de control de peso, los cuales suelen ser menos extremos.

Sin embargo, el constructo insatisfacción corporal con relación a los TCA en los varones parece ser más complejo que en las mujeres. De esta forma, Grogan y Richards (cit. en Lysne, Engel, Reza & Wonderlich, 2002) han referido que específicamente los varones con bajo peso experimentan mayor insatisfacción corporal, percibiéndose menos atractivos y con menor “sex-appeal”, pero además con menor éxito para establecer relaciones interpersonales; asimismo, dichos autores encontraron que los varones asociaron la posesión de un cuerpo musculoso con rasgos como fuerza, virilidad, poder, dominio y autoestima.

Lysne et al. (2002) señalan que una de las formas en que la insatisfacción corporal se manifiesta es a través de la creciente tendencia de los hombres a conformar su forma corporal siguiendo las expectativas actuales de atractivo masculino, y como resultado de ello, en la actualidad un gran número de varones se esfuerzan física y psicológicamente por tener un “cuerpo perfecto”, manifestándose esto en la práctica de ejercicio físico excesivo, el consumo de esteroides o anabólicos, o la creciente popularidad de las cirugías estéticas entre

los varones (Harmatz et al., 1985, cit. en Olivardia, 2002), ya no sólo implicando su extrapolación a este género –como puede ser la cirugía de nariz o la liposucción– sino con la ideación de técnicas específicas encaminadas a la modificación del cuerpo masculino, de tal manera que hoy en día existen los implantes de bíceps, pectorales, etc. (Andersen et al., 2000; Pertschuk, Sarwer, Wadden & Whitaker, 1998, cit. en Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999a).

2.3. Ejercicio físico excesivo

La actividad física excesiva es una de las principales vías que se ejecuta con el fin de modificar la forma corporal, pero si bien la práctica deportiva intensa y desaforada es frecuente en ambos sexos, es quizá más persistente en los varones (71.42%), como resultado –sobre todo– del desmesurado deseo de aumentar la masa muscular (Barry & Lippmann, 1990, cit. en De la Serna, 1996).

Paralelamente, en la literatura se señala que un grupo particularmente vulnerable a desarrollar TCA lo representan aquellas personas sometidas a la presión de mantener un peso fijo dada su actividad u ocupación, por ello que los deportes con frecuencia sean considerados “semilleros” de estas psicopatologías (Beals & Manore, 1998, Walter, 1999, cits. en Hernández & Gómez-Peresmitré, 2004; Braun et al., 1999; De la Serna, 2001a; Fuentes, 2003; Toro, 1996). Al respecto, varios autores sugieren que la presencia de los TCA en la práctica deportiva puede actuar de tres maneras: 1) el deporte puede atraer a individuos que ya están en riesgo; 2) la participación en alguna actividad deportiva puede precipitar al trastorno; y 3) practicar deporte puede exacerbarlo en individuos ya predispuestos (Thompson & Sherman, 1993, cit. en DiGiacchino, Wethington & Sargent, 2002; Andersen & Mickalide, 1983, cit. en De la Serna, 2001a).

Como evidencia de lo antes dicho, se cita la investigación realizada por Brownell, Rodin y Wilmore (1988, cit. en Toro, 1996), quienes encontraron que la práctica del correr –más o menos competitivamente– parece entrañar riesgos, por

ejemplo, hallaron que el 48% de las mujeres y el 24% de los varones confesaron estar atormentados por el deseo de adelgazar y se mostraban aterrorizados ante la posibilidad de aumentar de peso, más de la mitad de las mujeres (57%) y el 37% de los varones se mostraron insatisfechos con su cuerpo, y si bien el 26% de ellas señalaron que con frecuencia vomitaban y abusaban de laxantes y/o diuréticos a fin de controlar su peso, en el caso de los varones sólo fue reportado por el 4%.

Asimismo, DiGiacchino et al. (2002) realizaron un estudio con triatletas, encontrando que 58% de las mujeres y 47% de los hombres reportaron insatisfacción con el tamaño de su cuerpo, así como la realización de grandes esfuerzos para la reducción de su peso corporal por medio de la restricción alimentaria –vía la severa limitación en el consumo de ciertos grupos de alimentos– y el ejercicio excesivo.

2.4. Conductas alimentarias alteradas

Un estudio realizado con adolescentes australianos encontró que pese a que los varones reportaron menor insatisfacción corporal que las mujeres, si fue alto el número de aquellos que practicaban restricción alimentaria, se autoinducían el vómito, abusaban del consumo de laxantes o fumaban como método para el control de su peso corporal (O´Dea & Abraham, 1996). Posteriormente, estos mismos autores evaluaron a varones universitarios, el 18% reportó excesiva preocupación por el control del peso, pero el 22% refirió la práctica de episodios de atracón (O´Dea & Abraham, 2002).

En el mismo año, Lewinsohn et al. (2002) evaluaron la presencia de conductas alimentarias problemáticas entre adultos jóvenes, donde los hombres reportaron mayor presencia de episodios de atracón en los pasados tres meses (28%) que las mujeres (14%), sin embargo, únicamente en la tercera parte de ellos se confirmó la objetividad del atracón, proporción ligeramente mayor que en el caso femenino. En cuanto a las experiencias asociadas al atracón,

prácticamente 9 de cada 10 mujeres experimentaron sentimientos negativos posteriores, contra sólo el 38% de los varones. Siguiendo la lógica de los estudios comparativos por género, el atracón parece estar más vinculado con afecto negativo, como depresión o enojo; mientras que en las mujeres con rasgos de dieta restrictiva (Costanzo, Musante, Friedman, Kern & Tomlinson, 1999, cit. en Barry, Grilo & Masheb, 2002). A la vez, las mujeres con atracón pueden ser más proclives a la práctica de dietas extremas o de conductas compensatorias que su contraparte masculina (Hay, 1998; Ross & Ivis, 1999).

En 1998, Hay realizó un estudio en el que además del atracón alimentario, evaluó conductas purgativas y dieta restrictiva en una muestra de población general. Donde 3.2% reportaron episodios recurrentes de atracón en los pasados tres meses, 1.6% regularmente practicaba dieta restrictiva y 0.8% conductas purgativas. Significativamente más mujeres que varones presentaron episodios de atracón, sin embargo el atracón recurrente no fue más común en ellas; contrariamente, las conductas compensatorias purgativas recurrentes y la dieta restrictiva fueron exclusivas de las mujeres. Estos resultados son coincidentes con los de Wichstrom (1995) con adolescentes noruegos, en el sentido de que, dado el atracón alimentario, los hombres recurren menos a los métodos extremos de control de peso y/o conductas compensatorias.

Posteriormente, Ross e Ivis (1999) examinaron la relación entre atracón, depresión y autoestima entre estudiantes canadienses. Significativamente más mujeres (46%) que varones (30%) presentaban o habían presentado atracones en el transcurso de su vida. De los varones que en ese momento los presentaban, cerca de la mitad reportaron un promedio de tres o más episodios en su vida y el 20% de 15 o más. En cuanto a las mujeres, se observaron diferencias entre las que además empleaban o no conductas compensatorias; en el primer caso, la mitad reportó tres o más episodios y el 14% 15 o más, mientras que las de la segunda condición, 36% reportaron tres o más episodios, y sólo 7% con 15 o más. No obstante, cabe mencionar que las mujeres fueron más proclives al empleo de

conductas compensatorias. Por otra parte, Ross e Ivis observaron que quienes no presentaban atracón tuvieron mayor autoestima y menor depresión, contrariamente, en el caso de quienes además del atracón presentaban conductas compensatorias, fue particularmente menor la autoestima y mayor la depresión.

De forma semejante, en adolescentes eslovacos, Tomori y Rus-Makovec (2000) encontraron que dos terceras partes de las mujeres reportaron haberse atracado en algún momento de su vida, mientras que sólo lo hicieron la mitad de los varones; la misma tendencia se observó en cuanto al atracón recurrente (al menos una vez al día), presente en 4.3% y 2.6%, respectivamente. Asimismo, ellas reportaron involucrarse más frecuentemente en la práctica de métodos para reducir su peso corporal (68.7% y 28.6%, respectivamente), específicamente laxantes (0.8% *versus* 0.2%) y vómito autoinducido (1.2% *versus* 0%). En general, el atracón fue más frecuente entre quienes no estaban preocupados por su peso corporal, mientras que los métodos para reducción de peso fueron usados mayormente por quienes preferían perder peso. Por último, cabe destacar que si bien el atracón fue significativamente más frecuente entre las mujeres, no fue nulo entre los varones.

Respecto a los hallazgos antes mencionados, Carlat y Camargo (1991) sugieren que el hecho de que el atracón sea socialmente menos sancionado entre hombres, puede explicar su relativamente alta prevalencia entre ellos, pero es menor la tendencia a que dichos episodios resulten en el inicio de BN, ya que son menos frecuentes los sentimientos de culpa y la subsecuente conducta purgativa.

Específicamente en cuanto a la práctica de conductas compensatorias, particularmente vómito autoinducido y consumo de laxantes, Killen et al. (1986) estimaron en 13% su tasa de prevalencia, con una proporción de mujeres a varones de 2 a 1. Neumark-Sztainer, Story, Falkner, Beuhring y Resnick (1999) evaluaron a adolescentes estadounidenses, encontrando que el vómito autoinducido y el consumo de pastillas para adelgazar fueron más comunes en las

mujeres (4.1% y 3.8%, respectivamente) que en los varones (1.7% y 1.2%, respectivamente), pero no así en cuanto al de laxantes o diuréticos, cuyo consumo fue muy semejante (1.6% y 1.4%, respectivamente); y si bien en las mujeres estas tres variables incrementaron con la edad, en los varones se observó la tendencia contraria. Por su parte, Garfinkel et al. (1985, cit. en Hay, 1998) señalan que en los varones la práctica de conductas compensatorias, tales como el vómito o los laxantes, estuvo significativamente menos vinculado al atracón.

No obstante, cabe mencionar que hace dos décadas se creía que los TCA eran exclusivos de países occidentales, por lo que aquellos casos que ocurrían fuera de ellos solían considerarse atípicos. Al respecto, King en 1989 advertía que cuando se analizaban reportes clínicos o las opiniones de psiquiatras de países del tercer mundo, éstos arrojaban pocas evidencias de la presencia del trastorno, sin embargo, los reportes obtenidos con el uso de instrumentos de tamizaje si revelaban casos de personas que rebasaban sus puntos de corte. Por ejemplo, Lorenzo, Lavori y Lock (2002) examinaron la presencia de actitudes alimentarias anómalas entre adolescentes filipinos de entre 12 y 17 años de edad, identificando su existencia en aproximadamente 14.5% de los participantes, específicamente 3.2% en varones. Los resultados sugieren que una subpoblación de adolescentes (hombres y mujeres) tiene actitudes alimentarias anómalas, lo que apoya la hipótesis de que los TCA no sólo podrían estarse presentando en mujeres de países no occidentales del tercer mundo, sino también en varones. Paralelamente, Al-Adawi et al. (2002) examinaron la conducta alimentaria de adolescentes omaníes, detectaron sintomatología anoréxica en 29.4% de las mujeres y 36.4% de los varones, por el contrario, la sintomatología bulímica estuvo más presente en las primeras (13.7% y 10.9%, respectivamente).

CAPITULO 3. Investigación sobre TCA en varones mexicanos

Pocas enfermedades en psiquiatría y aún en medicina tienen una distribución de género tan sesgada como los TCA, por lo que en México, siguiendo la tendencia internacional, el estudio inicial sobre estas psicopatologías se enfocó básicamente a mujeres, sin embargo en los últimos años se ha suscitado un giro importante, abarcando también a muestras masculinas.

Al respecto, cabe mencionar la investigación realizada por Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000) con varones de entre 14 y 24 años, con la finalidad de explorar la presencia de factores de riesgo de TCA asociados con imagen corporal. Los autores identificaron que en varones la figura ideal fue tendiente a un incremento del peso corporal, pero siempre que éste se remita a desarrollo de masa muscular y no signifique aumento de grasa corporal.

Por otra parte, Vázquez, Fuentes, Báez, Alvarez y Mancilla (2002) evaluaron la interiorización del modelo estético corporal de delgadez y la presencia de Sintomatología de TCA (STCA), por medio del EAT, entre jóvenes estudiantes universitarios. La interiorización del ideal de delgadez fue mayor entre las mujeres, particularmente a través de la influencia de la publicidad y de las relaciones sociales, sin embargo dicha interiorización –aunque en forma más moderada– también estuvo presente entre los varones; bajo la misma tendencia, fue sustancialmente mayor la presencia de STCA en mujeres (12%) que en varones (2%).

Fuera de la Ciudad de México, Alvarez et al. (2003) exploraron la existencia de diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la presencia de STCA, así como de algunos factores de riesgo en estudiantes de bachillerato y universidad residentes en la ciudad de Monterrey. Los autores, como indicadores de STCA emplearon no sólo el EAT, sino que agregaron el BULIT, una vez que el primero es más conducente a la evaluación de la sintomatología de anorexia nerviosa

(SAN) y, el segundo, a la sintomatología de bulimia nerviosa (SBN); mientras que para evaluar los factores cognitivos fue aplicado el EDI. La STCA fue identificada en 31.6% de la muestra (12.7% correspondió a varones y 18.9% a mujeres), SBN fue más frecuente entre hombres (9.7%) que en mujeres (6.2%), mientras que en éstas destacó la sintomatología mixta (SM) con 8.8%, contra sólo 2.6% de varones; cabe señalar que SAN fue la menos frecuente en ambos géneros. Los porcentajes específicos observados por sexo en el presente estudio indican que si bien la presencia de STCA predominó en las mujeres, fue notable la SBN entre los varones. Y más particularmente, en los varones con STCA destacaron el atracón, las conductas compensatorias y el miedo a madurar; mientras que en su contraparte femenina, lo hicieron la motivación para adelgazar, la restricción alimentaria, la preocupación por la comida, los sentimientos negativos posteriores al atracón y la insatisfacción corporal.

Posteriormente, Vázquez, López, Alvarez, Franco y Mancilla (2004) realizaron una prolongación del estudio previo en una muestra conformada por púberes, adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos residentes en la Ciudad de México, quienes además de contestar los tres instrumentos antes señalados (EAT, BULIT y EDI), fueron evaluados por medio del Cuestionario de Imagen Corporal [*Body Shape Questionnaire*, BSQ] y una entrevista diagnóstica. Los resultados indicaron que 4% de la muestra presentó algún tipo de TCA (3.5% en mujeres y 0.5% en varones), en estos últimos un caso fue diagnosticado con BN y los siete restantes con TCANE. En cuanto a STCA, se identificó en el 12% de la muestra total, con una mayor proporción en mujeres (13.9%) que en varones (6.4%). Las primeras se caracterizaron por mayor motivación para adelgazar e insatisfacción corporal, mientras que los varones por desconfianza interpersonal.

Ese mismo año, Mancilla et al. (2004) evaluaron el riesgo de alimentación anómala entre alumnos de primer ingreso a una institución pública de educación superior (N= 1,625). Las mujeres experimentaron mayor preocupación por su figura y utilizaban más frecuentemente la dieta restrictiva como medida de control

del peso corporal; contrariamente, en los varones destacó la presencia de atracón, mientras que el consumo de laxantes o diuréticos fue la principal vía de control. Los autores señalan que lo observado en las mujeres apoyaría la hipótesis de que el rol social femenino –con especial énfasis en la deseabilidad de la delgadez– constituye un importante factor de riesgo en el desarrollo de los TCA; pero también se pone en cuestión el papel de la aceptabilidad social, que en cuanto a la alimentación masculina pudiese estar actuando, una vez que podría propiciar una sobreestimación de la cantidad de alimento ingerido, dando paso a la no objetividad del atracón.

Asimismo, Vázquez et al. (2005) realizaron un estudio para detectar la presencia de TCA y sus factores de riesgo en una muestra de estudiantes de instituciones educativas públicas y privadas de la Ciudad de México. En cuanto a los síndromes totales, AN y BN, sólo fueron identificados en mujeres (0.69% y 1.74%, respectivamente); mientras que alguna forma de TCANE se detectó en el 6.60%, contra 1.27% en varones. Por otra parte, en cuanto a STCA, fueron ubicados en ambos sexos, predominando en las mujeres SAN (12.1%), particularmente la restricción alimentaria, y en los varones SBN (10.5%), destacando en ellos el atracón. Además, la interiorización del modelo de delgadez y la insatisfacción corporal predominaron ampliamente en las mujeres (43.7% y 24.6%, respectivamente) sobre los varones (25.3% y 3.8% respectivamente).

Más recientemente, Guadarrama y Alvarez (en prensa) realizaron otro estudio con la finalidad de identificar la presencia de STCA, pero ahora entre jóvenes de ambos sexos, estudiantes de nivel bachillerato o profesional residentes en la ciudad de Toluca, a quienes les fue aplicado el EAT y el BULIT. La SBN ponderó ampliamente en la muestra evaluada (4.3%), respecto a SAN (2.3%) o SM (2.0%); y si bien los tres tipos de sintomatología estuvieron más presentes en las mujeres (5.7%, 2.8% y 2.3%, respectivamente) que en los varones (2.8%, 1.7% y 1.7%, respectivamente), las primeras se caracterizaron por reportar mayor motivación para adelgazar y sentimientos negativos posteriores al atracón,

mientras que en los varones destacaron el atracón y las conductas compensatorias.

Es evidente que la investigación sobre psicopatología alimentaria en varones es aún limitada; sin embargo, en dicho género destaca la incidencia de BN o de sus síntomas, particularmente el atracón, lo cual ha resultado en un creciente interés en su estudio y caracterización en muestras masculinas.

CAPITULO 4. Bulimia nerviosa y sus componentes en varones

En años recientes ha habido un incremento en el interés por estudiar los comportamientos bulímicos entre varones (Carlat & Camargo, 1991; Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch & Brownell, 1997). Una primera causa de ello radica en la importante proporción de varones entre los individuos identificados con BN, representando un 10% (APA, 2000; Garfinkel et al., 1995). La segunda corresponde a la alta presencia de sus síntomas en varones de muestras no clínicas, niveles comparables a los hallados en mujeres (Maude, Wertheim, Pastón, Gibbons & Szmukler, 1993, cit. en Ricciardelli, Williams & Kiernan, 1999; Snow & Harris, 1989), aunque cabe destacar que la naturaleza de estos síntomas puede variar en función del género, por ejemplo, los varones parecen menos proclives a sentirse deprimidos después del atracón, a experimentar preocupación por el peso corporal o a emplear métodos estrictos para el control del peso, contrariamente, suelen ser más realistas en cuanto a la forma y peso corporal que consideran ideales (Carlat & Camargo, 1991; Carlat & Camargo, 1995, cit. en Ricciardelli et al., 1999; Snow & Harris 1989). Asimismo, destaca el escaso conocimiento que los varones suelen tener acerca de la existencia de BN y sus síntomas. Murray, Toyz y Beaumont (1990) encontraron que 70% de las mujeres tenían cierto conocimiento sobre dicho padecimiento, contra sólo 16% de su contraparte masculina.

Uno de los primeros estudios específicos de BN, es el realizado por Howat y Saxton (1988), quienes evaluaron la incidencia de SBN por grado escolar y género, esto en una muestra de estudiantes adolescentes y adultos jóvenes estadounidenses a los que se les evaluó por medio del BULIT. Si bien encontraron una mayor incidencia de SBN entre los estudiantes universitarios (5.3%) que entre los de bachillerato (4.0%), fue mucho mayor entre las mujeres (6.7%) que en los varones (0.2%). Más adelante, Carlat y Camargo (1991) identificaron las características que distinguen a los varones con BN de su contraparte femenina, encontrando que los primeros tuvieron una edad de inicio del trastorno más tardía,

mayor prevalencia de obesidad y homosexualidad, pero menor preocupación por el estricto control del peso corporal; sin embargo, tanto varones como mujeres tuvieron una alta frecuencia de trastornos afectivos, de ansiedad y de personalidad.

Posteriormente, Lesar, Arnow, Stice y Agras (2000) evaluaron la presencia de actitudes y conductas propias de la patología bulímica en estudiantes estadounidenses de bachillerato, con base a las variables: género y tipo de institución (pública vs. privada). Los autores identificaron mayor presencia de síntomas bulímicos en el sexo femenino, independientemente del tipo de escuela; sin embargo, varones y mujeres de escuelas privadas presentaron un mayor riesgo que sus contrapartes.

CAPITULO 5. Test de Bulimia (BULIT)

Debido a la carencia de una escala propicia para detectar sintomatología bulímica, Smith y Thelen (1984) diseñaron el BULIT. Dicho cuestionario de autoreporte fue construido en tres etapas:

La primera inició con el planteamiento de 75 ítems preliminares con base en los criterios diagnósticos del DSM-III, administrándose a 18 mujeres con BN y 119 control, dada la confirmación de su dirección predictiva ($p= 0.0001$) sólo se conservaron 45 de las preguntas, sin embargo se redujeron a 30 debido al traslapamiento observado entre algunas de ellas. La puntuación total con estos últimos ítems también diferenció entre los grupos en el sentido esperado ($p= 0.0001$), obteniendo con esta versión un coeficiente de validez global de $r= 0.80$ ($p= 0.0001$), sugiriendo que la prueba es un buen predictor del diagnóstico clínico.

En la segunda etapa se agregaron 6 reactivos conducentes a evaluar dieta restrictiva y vómito autoinducido, esto debido a que ninguno de los creados en la etapa anterior fue útil para diferenciar entre los grupos. Por tanto, esta versión de 36 reactivos fue aplicada a 22 pacientes con BN y 94 control, encontrándose que todas las preguntas así como la puntuación total diferenciaron entre los grupos ($p= 0.0001$). Smith y Thelen (1984) derivaron un punto de corte de 102, sólo una paciente con BN y dos control fueron mal clasificadas, reportando un 95% de sensibilidad y 98% de especificidad. Posteriormente aplicaron el cuestionario a 14 mujeres con AN, esto en medida de que suele reportarse que éstas también presentan conductas bulímicas. Se encontró que seis de estas pacientes (43%) rebasaron el punto de corte, pero los autores advierten que se diferencian de las “bulímicas puras” con base a otros síntomas (pérdida de peso y amenorrea). Además, tanto al grupo con BN como al control se les aplicó la Escala de Atracón [*Binge Eating Scale, BES*] y el EAT, en el primer caso obtienen un coeficiente de $r= 0.93$ ($p< 0.0001$) y en el segundo de sólo 0.68 ($p< 0.0001$).

Finalmente, en la tercera etapa el BULIT se aplicó a 652 mujeres estudiantes, de las cuales sólo 4% rebasó el punto de corte. Mientras que su reaplicación en la muestra clínica de la etapa anterior (n= 22) permitió derivar que el cuestionario es confiable, dado que mostró estabilidad en el tiempo (test-postest: $r = 0.87$, $p = 0.0001$). A través del análisis factorial, Smith y Thelen (1984) obtuvieron 5 factores: 1) Atracón, 2) Sentimientos negativos posteriores al atracón, 3) Autoinducción del vómito, 4) Preferencias alimentarias, y 5) Fluctuaciones del peso, los cuales explicaron 39% de la varianza total. No obstante, cabe señalar que los dos últimos realmente no podrían ser considerados factores, esto debido a que sólo comprendieron dos reactivos cada uno. Por último, la reevaluación de la validez discriminante se obtuvo después de una entrevista, donde encontraron 5 mujeres control y 8 casos de BN mal clasificadas, obteniendo especificidad de 72% y sensibilidad de 64%. Los autores justifican dicho porcentaje planteando que las mujeres con BN ya estaban en tratamiento, sugiriendo así que la escala parece ser sensitiva a la remisión clínica. Aún así, los investigadores proponen un punto de corte de 88, con el que disminuyen los falsos negativos.

Smith y Thelen (1984) concluyen que el BULIT es un instrumento de medida objetivo, confiable y válido para identificar individuos con SBN; además, al obtener una alta correlación entre las puntuaciones en el BULIT y en la BES se evidencia que aquél está detectando los síntomas relevantes de BN. El usar el punto de corte de 102 puede asegurar que los sujetos que se encuentran dentro de este criterio manifiestan SBN, además de considerársele útil para identificar casos incipientes, antes de que los patrones de conducta lleguen a ser crónicos.

Posteriormente, Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith (1991) realizaron un estudio –nuevamente de tres etapas– con el objetivo de revisar las propiedades psicométricas del BULIT con base a la tercera edición (revisada) del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III-R* de 1987. En su primera etapa, los autores partieron de una versión del cuestionario con 58 ítems (los 36 originales del BULIT y 22 nuevos), la que aplicaron a 24 mujeres con BN

que se encontraban en tratamiento y a un grupo control (n= 116). 28 preguntas fueron las que mejor discriminaron entre los grupos ($p < 0.0001$), las cuales decidieron conservar, conformando así una versión abreviada del BULIT, el BULIT-R. Su coeficiente de validez global fue $r = 0.74$ ($p = 0.0001$) y establecieron el punto de corte de 104, con el que sólo 5 sujetos fueron mal clasificados (2 pacientes bulímicas y 3 control), denotando ello 92% de sensibilidad y 97% especificidad. Mientras que en la segunda etapa, el BULIT-R fue aplicado a 23 mujeres con BN y 157 control, confirmando la adecuada dirección predictiva de los 28 reactivos ($p < 0.0001$) y su alta consistencia interna ($\alpha = 0.97$). Finalmente, en la última etapa el fue aplicado a 1739 mujeres estudiantes, de las cuales el 3% rebasó el punto de corte de 104, y se obtuvo test-retest de $r = 0.95$ ($p = 0.0001$). El análisis factorial derivó cinco factores que explicaron 46.8% de la varianza total, siendo: 1) Atracón, 2) Ayuno como conducta compensatoria e insatisfacción corporal, 3) Consumo de laxantes y/o diuréticos, 4) Vómito autoinducido, y 5) Práctica de ejercicio como conducta compensatoria. Por último, el BULIT-R correlacionó estrechamente con la BES ($r = 0.85$, $p = 0.0001$) y con el BULIT ($r = 0.99$, $p = 0.0001$). Thelen et al. concluyeron que el BULIT-R es una medida confiable y válida que permite identificar a individuos con BN.

En el mismo sentido, Thelen, Mintz y Vander-Wal (1996) realizaron una revisión del BULIT-R a partir de las modificaciones contempladas en la cuarta edición del *DSM-IV* (APA, 1994). El cuestionario fue aplicado a 23 mujeres con BN y a 124 mujeres control. Se confirmó la elevada consistencia interna del BULIT-R ($r = 0.98$) y su dirección predictiva en cuanto a la puntuación total y los 28 ítems ($p < 0.0001$). El coeficiente de validez global fue $r = 0.73$ ($p < 0.0001$), mientras que fluctuó entre 0.44 y 0.74 (r promedio = 0.60, $p < 0.0001$) para los reactivos. Con el punto de corte de 104 se obtuvieron 2 falsos negativos (91% de sensibilidad) y 5 falsos positivos (96% de especificidad). Posteriormente fue incluido un nuevo grupo control constituido por 21 mujeres con TCANE, obteniéndose que los tres grupos difirieron en todos los ítems y su puntuación total ($p < 0.001$). Más específicamente, esta última ($p < 0.001$) y la de 22 de los ítems ($p < 0.05$) fue mayor

en las pacientes con BN que en TCANE; a la vez, las de éste fueron mayores a las del grupo control en cuanto a puntuación total ($p < 0.001$) y los 28 reactivos ($p < 0.01$). Por tanto, el BULIT-R es capaz de diferenciar entre los casos con TCANE respecto a los control (no tienen TCA). Además, el instrumento muestra ser apto para la detección de los casos de BN a la luz de las últimas modificaciones a los criterios diagnósticos.

Finalmente, Vincent, McCabe y Riccardelli (1999), dada la inexistencia de datos acerca de las propiedades psicométricas del BULIT en muestras masculinas, examinaron la estructura factorial del BULIT-R y estimaron su consistencia interna en una muestra de adolescentes australianos con un rango de edad de 11 a 18 años (306 mujeres y 297 varones), todos provenientes de instituciones educativas privadas. Los autores excluyeron 5 ítems que medían la preocupación por la imagen corporal, debido a que fueron inestables en la estructura factorial original derivada por Thelen et al. (1991), así como a causa de la inconsistencia en la literatura en cuanto al papel que desempeña en la expresión de los problemas alimentarios. Por ejemplo, algunos investigadores han planteado que la preocupación por la imagen corporal refleja un descontento “normativo” y, por tanto, no es un indicativo “puro” de individuos con problemas alimentarios o trastornos clínicos. Usando un punto de corte equivalente (≥ 111) al adoptado por Thelen et al. de 104, Vincent et al. encontraron que sólo una chica fue clasificada con BN; mientras que al emplear un punto de corte equivalente (≥ 91) al sugerido por Thelen et al. (≥ 85) para propósitos de tamizaje, Vincent et al. encontraron que once adolescentes (1.8%) lo rebasaron. Estos autores señalan que parecería que las muestras de adultos son más propensas a presentar sintomatología bulímica que las de adolescentes. Además, a partir de los análisis factoriales que Vincent et al. realizaron de forma independiente para mujeres y varones, fueron extraídos –en ambos casos– siete factores con valor propio mayor a 1, sin embargo, la examinación de la cantidad de varianza explicada apoyó una solución estructural de 4 factores para ambos géneros, mismos que explicaron 61.3% de la varianza total en las mujeres y 54.4% en los varones con base a un

criterio de carga ponderal mínimo de 0.30, más específicamente los factores fueron:

1) Atracón, en mujeres comprendió 12 preguntas, explicó 23.5% de la variabilidad y obtuvo α de Cronbach= 0.89; mientras que en los varones, con base a igual número de preguntas, explicó 17.8% de la varianza (α = 0.86).

2) Conductas extremas para perder peso, con 7 reactivos en las mujeres explicó 11.0% de variabilidad (α = 0.60); mientras que este factor en los varones, con igual número de items, explicó un mayor porcentaje de varianza (14.4) y mostró mayor consistencia interna (α = 0.71).

3) Preocupación por la pérdida de control, en las mujeres conjuntó 4 preguntas, explicando 11.2% de la varianza (α = 0.65); en los hombres incluyó 5 preguntas y explicó un porcentaje similar de variabilidad (11.8), pero mostrando mayor consistencia interna (α = 0.74).

4) Conductas normativas para perder peso, en el caso de las mujeres incluyó 7 preguntas que explicaron 15.6% de la varianza (α = 0.83); contrariamente, en los varones –con igual número de preguntas– sólo explicó 10.4% de variabilidad y mostró menor consistencia interna (α = 0.72).

Además, Vincent et al. (1999) calcularon el coeficiente *alpha* de Cronbach para la escala total, siendo de 0.90 para las mujeres y de 0.89 para los varones, mientras que en la muestra total fue de 0.88. Los autores concluyen que el BULIT-R muestra ser un instrumento de evaluación confiable para su empleo en muestras de adolescentes de ambos géneros.

En México, Alvarez, Mancilla y Vázquez (2000) también examinaron las propiedades psicométricas del BULIT en una población femenina de entre 15 y 30 años, de la cual –para una segunda fase– derivaron otras dos muestras (clínica y control). En la primera fase el coeficiente *alpha* fue 0.88, mientras que en la segunda fue 0.84, lo cual confirma que el BULIT muestra satisfactoria consistencia interna. El análisis de componentes principales extrajo nueve factores iniciales,

pero con el análisis confirmatorio la estructura se redujo a tres, que explicaron 33.2% de la variabilidad total: 1.- Atracón, que explicó 22.8% de la variabilidad ($\alpha=0.85$); 2.- Sentimientos negativos posteriores al atracón, con 5.6% de variabilidad explicada ($\alpha=0.82$); y 3.- Conductas compensatorias, que explicó 4.8% ($\alpha=0.58$). Cabe mencionar que estos factores han mostrado ser útiles para diferenciar entre muestra clínica y control, mientras que como punto de corte del BULIT, Alvarez (2000) sugiere el de 85.

Con base a la revisión hasta aquí realizada, se observa que a pesar de contar con investigaciones donde la sintomatología bulímica ha sido evaluada en ambos géneros, los instrumentos son dirigidos a población femenina y aunque éstos se han adaptado para varones, se considera indispensable analizar las propiedades psicométricas del BULIT en varones mexicanos. Al respecto, Andersen et al. (2000) advierten que si bien los TCA en varones tienen diversos elementos en común con las mujeres, pueden diferir en aspectos específicos de género, que incluyen el contexto social, biológico y de desarrollo, por lo cual los autores destacan la necesidad de revisar y adaptar los indicadores, términos o conceptos relativos a TCA, cuando de varones se trata. De ahí el interés en realizar la presente investigación con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas del BULIT en una muestra de varones mexicanos, específicamente la confiabilidad (consistencia interna) y la validez de constructo (estructura factorial) de dicho instrumento.

MÉTODO

MUESTRA

Fue de tipo no probabilística, constituida por 818 estudiantes del sexo masculino, con un rango de edad de 12 a 25 años. De los cuales el 73% correspondió a instituciones públicas y 27% a instituciones privadas, donde 40% fueron estudiantes de nivel medio, 18% de medio-superior y 42% correspondieron al nivel superior. Todos residentes en la zona metropolitana de la Ciudad de México.

INSTRUMENTO

Test de Bulimia (BULIT), fue realizado por Smith y Thelen en 1984, y se utiliza para la detección de la sintomatología de BN. Es un cuestionario de autoreporte de 36 items, bajo una escala bipolar tipo Likert de 5 opciones, diseñado y validado originalmente con población estadounidense de habla inglesa. En la presente investigación se empleó la versión al español que fue adaptada para población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-FES Iztacala, la cual consta de 34 reactivos, ello debido a que fueron anulados en razón de que evaluaban irregularidades menstruales.

PROCEDIMIENTO

- **Recolección de datos**

Se llevó a cabo la aplicación del BULIT en las diferentes instituciones educativas a las que pertenecían los jóvenes de la muestra, la cual se realizó en forma grupal (15 a 20 sujetos por aplicación) durante una sola sesión que duró aproximadamente veinte minutos. Los datos fueron capturados y analizados en el programa SPSS-Plus, versión 8.0.

- **Análisis de datos**

CONFIABILIDAD. Refiere al grado de precisión o exactitud de un instrumento de medición (Kerlinger, 2002). Para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición existen diversos procedimientos, todos utilizan fórmulas que dan como resultado coeficientes de confiabilidad, los que pueden oscilar entre 0 y 1, donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad.

En este estudio se calculó a través del procedimiento de una única aplicación del test, tiene la finalidad de estimar si el resultado en una prueba puede generalizarse al dominio de los ítems que la conforman, es decir, hasta qué punto son consistentes los datos de diversas partes de la prueba. A los procedimientos diseñados para estimar la confiabilidad bajo estas circunstancias se les denomina de consistencia interna. Por tanto, para estimar la consistencia interna de la escala en cuestión, se calculó el coeficiente *Alpha de Cronbach*. Además, por medio del coeficiente de correlación r de Pearson, se analizó la contribución de cada uno de los ítems a la puntuación total del instrumento.

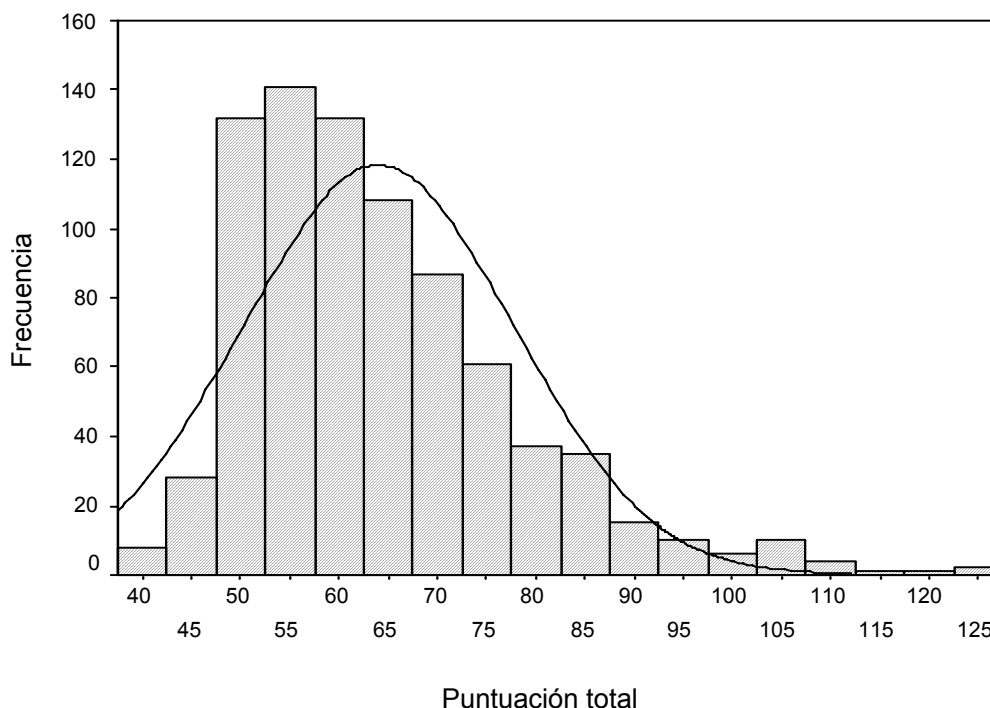
VALIDEZ. En términos generales, hace alusión al grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir (Hernández, Fernández & Baptista, 1991; Kerlinger, 2002). Existen tres tipos de validez a evaluar: a) Validez de contenido, b) Validez de criterio y c) Validez de constructo.

En este estudio se evaluó la validez de constructo, lo cual nos permitió analizar el grado en el que el BULIT concuerda con los objetivos para los que fue creado y en qué grado estos coinciden con la actual conceptualización respecto a los TCA, para lo cual se empleó el procedimiento denominado “análisis factorial”, que consiste en determinar agrupaciones de variables estrechamente relacionadas entre sí, mismos que constituyen factores y posibles constructos, en

cada uno de dichos grupos o factores, las variables que los conforman se correlacionan de manera más elevada entre ellas mismas que con variables fuera del grupo (Nunnally & Bernstein, 1995). Adicionalmente se aplicó el método de rotación VARIMAX, utilizado para facilitar la interpretación de los datos obtenidos a partir del análisis factorial, esto al minimizar el número de variables con saturaciones altas en un factor. Su objetivo principal consiste en obtener una solución más interpretable con respecto a que las variables correlacionadas entre sí presenten saturaciones altas sobre un mismo factor y bajas sobre el resto (Ferrán, 1996).

RESULTADOS

Inicialmente fue analizada la distribución de frecuencia de la muestra (n= 818) respecto a su puntuación total en el BULIT (Gráfica 1). La puntuación mínima fue 38 y máxima 124, con promedio de 64.01 (D.E.= 13.76). El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación entre 52.50 y 57.50, la cúspide de la curva de normalidad de entre 60.00 y 67.50, mientras que los valores de asimetría¹ y de curtosis² fueron 1.16 y 1.67, respectivamente. La población que rebasó el punto de corte (≥ 102) establecido por Smith y Thelen (1984) sólo fue 2.6% (n= 21), en tanto que respecto al punto de corte nacional (≥ 85), propuesto por Alvarez et al. (2000), fue 8.6% (n= 70).



¹ El coeficiente de asimetría es una medida de la distribución de los valores respecto a la media, si la distribución de la variable es simétrica su valor será 0. Valores mayores indican que las desviaciones a la media son mayores para los valores superiores, mientras que los valores menores de 0 indican que las desviaciones a la media son mayores para los valores inferiores (Ferrán, 1996).

² El coeficiente de curtosis mide la concentración de la distribución en torno a la media, si una distribución es normal su valor es 0. Valores mayores indican que la distribución tiende a concentrarse en torno a la media más que en una distribución normal, mientras que valores menores de 0 indican que tienden más a dispersarse (Ferrán, 1996).

Gráfica 1. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje del BULIT.

Posteriormente, se procedió a derivar la frecuencia de casos que rebasaron el punto internacional (≥ 102) y nacional (≥ 85) bajo el parámetro edad. El porcentaje de participantes que rebasó el primer punto de corte se cuadruplicó en los participantes de mayor edad, específicamente en 21 y 22 años (Tabla 1). Ello a diferencia de lo identificado con la población que rebasó el punto de corte nacional, donde se observó un patrón de irregularidad a través de los rangos de edad respecto a la presencia de la sintomatología de BN. De modo que si bien estuvo sustancialmente más presente en los 21 y 22 años, también destacó en los rangos de edad de 12-13 años y de 16 a 18 años.

Rango de edad	Participantes que rebasaron P.C. ≥ 102 (%)	Participantes que rebasaron P.C. ≥ 85 (%)
12-13 años	2.27 %	10.00 %
14-15 años	2.25 %	5.62 %
16-18 años	1.38 %	10.34 %
19-20 años	1.90 %	6.96 %
21-22 años	8.23 %	14.12 %

Tabla 1. Porcentaje de participantes que rebasó el punto de corte ≥ 102 y ≥ 85 .

Confiabilidad

Posteriormente, para valorar la confiabilidad del BULIT –específicamente la consistencia interna– se calculó el coeficiente *alpha de Cronbach*, obteniendo que el BULIT cuenta con un buen grado de consistencia interna ($\alpha = 0.8157$), y únicamente de anularse seis reactivos aumentaría el valor de *alpha* de la escala (Tabla 2), es decir que el índice de confiabilidad del instrumento se vería aumentado, sin embargo dicho incremento sería mínimo, y en tal caso el mayor se obtendría al descartar el ítem 5 ($\alpha = 0.8253$), el cual se refiere específicamente a la conducta de evitar comer en público, situación que podría resultar propicia para practicar un atracón alimentario.

No. de Ítem	Contenido del ítem	Alpha= 0.8157
5	Prefiero comer.	0.8253
6	¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?	0.8176
22	Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser.	0.8172
10	¿En que grado estás preocupado por comer entre comidas?	0.8163
2	Estoy satisfecho con mis hábitos alimentarios.	0.8162
31	Cuando comes una gran cantidad de alimento, ¿a qué velocidad lo haces?	0.8160

Tabla 2. Ítems que de anularse aumentaría el coeficiente *alpha de Cronbach*.

Más adelante se procedió a complementar el análisis de consistencia interna, por medio de calcular el coeficiente *r* de Pearson entre cada uno de los ítems del BULIT con su puntuación total (Tabla 3), observándose que todos los reactivos se asociaron de manera significativa ($p \leq 0.0001$). De acuerdo a los índices de magnitud de la correlación propuestos por MacRae (1995) y McGuigan (1996), 9 de los reactivos mostraron una correlación que se puede considerar fuerte ($r \geq 0.50$); mientras que de los reactivos restantes, 17 presentaron correlación moderada ($r \geq 0.30$), 7 débil ($r \geq 0.20$) y sólo 1 pregunta estuvo pobremente correlacionada ($r < 0.20$) con la puntuación total del BULIT, siendo nuevamente el reactivo 5.

Ítem	Fuertes	R
3	Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?	0.54
8	Como hasta sentirme demasiado cansado para continuar comiendo.	0.52
12	Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal.	0.57
13	Temo comer algo por miedo a no ser capaz de parar.	0.54
17	Como mucho incluso cuando no estoy hambriento.	0.51
20	Me siento triste o deprimido después de comer mas de lo que había planeado comer.	0.57
24	Me podría llamar, actualmente un “comedor compulsivo” (episodios de ingestión incontrolada).	0.58
26	Si como demasiado por la noche, me siento deprimido a la mañana siguiente.	0.52
29	Me siento deprimido inmediatamente después de comer demasiado.	0.51
Ítem	Moderadas	R
1	¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente lleno (atracándote)	0.36
4	¿Te autodenominarías actualmente un tragón?	0.46
7	Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso	0.35
11	La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuánta comida puedo consumir de un jalón.	0.40
14	Me siento mal conmigo mismo después de comer demasiado.	0.47
15	¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	0.39
16	¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas.	0.40
18	Mis hábitos alimenticios son diferentes de los hábitos alimenticios de la mayoría de la gente.	0.47
19	He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.	0.36
21	Entre comidas tiendo a comer alimentos altos en calorías (dulces y harinas).	0.38
23	Uno de tus mejores amigos sugiere inesperadamente que ambos podrían comer en un nuevo restaurante esa noche. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías de vuelta a casa?	0.30
25	¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?	0.35
27	¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?	0.31
28	Creo que la comida controla mi vida.	0.45
32	¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?	0.34
33	Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso.	0.39
34	¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?	0.34
Ítem	Débiles	R
2	Estoy satisfecho con mis hábitos alimentarios.	0.22
6	¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?	0.27
9	¿Con qué frecuencia prefieres comer helado, malteadas o dulces entre comidas?	0.27
10	¿En qué grado estás preocupado por comer entre comidas?	0.22
22	Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:	0.21
30	¿Con qué frecuencia vomitas después para perder peso?	0.27
31	Cuando comes una gran cantidad de alimento, ¿a qué velocidad lo haces?	0.24
Ítem	Excesivamente débiles	R
5	Prefiero comer.	0.15

Tabla 3. Coeficientes de correlación (*r de Pearson*) de cada uno de los reactivos del BULIT con su puntuación total.

Validez de constructo

Se derivó aplicando el análisis factorial, de modo que inicialmente el método de componentes principales extrajo nueve factores con valores propios superiores a la unidad, los cuales explican 49.58% de la variabilidad total, estructura confirmada por el método de rotación VARIMAX (Tabla 4). Cabe indicar que por el método de componentes principales se detectan dos factores dominantes, mientras que tras la aplicación del segundo método se detectan cuatro.

Factor	Valor Propio	% Explicado de la Varianza	% Acumulado
MÉTODO DE COMPONENTES PRINCIPALES			
1	5.84	17.17	17.17
2	2.38	7.00	24.17
3	1.58	4.66	28.83
4	1.36	4.00	32.83
5	1.32	3.90	36.73
6	1.20	3.52	40.25
7	1.11	3.26	43.51
8	1.06	3.12	46.63
9	1.00	2.94	49.58
ROTACIÓN VARIMAX			
1	3.19	9.39	9.39
2	2.28	6.71	16.10
3	2.26	6.64	22.74
4	2.23	6.56	29.30
5	1.58	4.65	33.95
6	1.52	4.48	38.43
7	1.39	4.08	42.51
8	1.21	3.55	46.06
9	1.20	3.52	49.58

Tabla 4. Estructura factorial inicial derivada por medio del método de componentes principales y por rotación VARIMAX.

Si bien se derivaron nueve componentes iniciales a través de la rotación VARIMAX, cinco de ellos fueron anulados debido a que estaban constituidos únicamente por uno o dos reactivos, obteniendo un 29.30% de la varianza total explicada con los cuatro componentes restantes.

El **primer factor** explicó el 9.39% de la variabilidad total, reportando un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0.74, pero sólo ocho de los nueve ítems que lo componen hacen alusión al *Atracón*, por lo que se decidió eliminar el 18, de esta manera el factor quedó con $\alpha = 0.72$ (Tabla 5).

Ítem	Contenido del ítem	Carga Ponderal
11	La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuánta comida puedo consumir de un jalón.	0.62
4	¿Te autodenominarías actualmente un tragón?	0.60
1	¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente lleno (atracándote)?	0.57
8	Como hasta sentirme demasiado cansado para continuar comiendo.	0.55
3	¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?	0.52
17	Como mucho incluso cuando no estoy hambriento.	0.49
34	¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?	0.49
24	Me podría llamar, actualmente un "comedor compulsivo" (episodios de ingestión incontrolada).	0.43
18	Mis hábitos alimenticios son diferentes de los hábitos alimenticios de la mayoría de la gente.	0.43

Tabla 5. Ítems agrupados en el primer componente.

El **segundo factor** explica el 6.71% de la varianza con base a cinco ítems, dos de ellos conducentes a la valoración de conductas compensatorias, dos a sentimientos negativos posteriores al atracón y uno a la realización de restricción alimentaria, con coeficiente *alpha* de Cronbach de 0.59, pero dada la escasa congruencia conceptual entre las preguntas incluidas, se optó por eliminar este factor (Tabla 6). Además, cabe mencionar que la pregunta 15 también quedó incluida en el siguiente factor.

Ítem	Contenido del ítem	Carga Ponderal
19	He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.	0.69
30	¿Con qué frecuencia vomitas después para perder peso?	0.55
20	Me siento triste o deprimido después de comer más de lo que había planeado comer.	0.50
23	Una de tus mejores amigas sugiere inesperadamente que ambos podrían comer en un nuevo restaurante esa noche. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías de vuelta a casa?	0.48
15	¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	0.42

Tabla 6. Ítems agrupados en el segundo componente, mismo que fue descartado.

El **tercer factor** explica 6.64% de la variabilidad, obteniendo un *alpha* de Cronbach de 0.50 a partir de cuatro ítems que se refieren a *Conductas Compensatorias* (Tabla 7).

Ítem	Contenido del ítem	Carga Ponderal
7	Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso	0.65
27	¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?	0.64
33	Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso.	0.57
15	¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	0.41

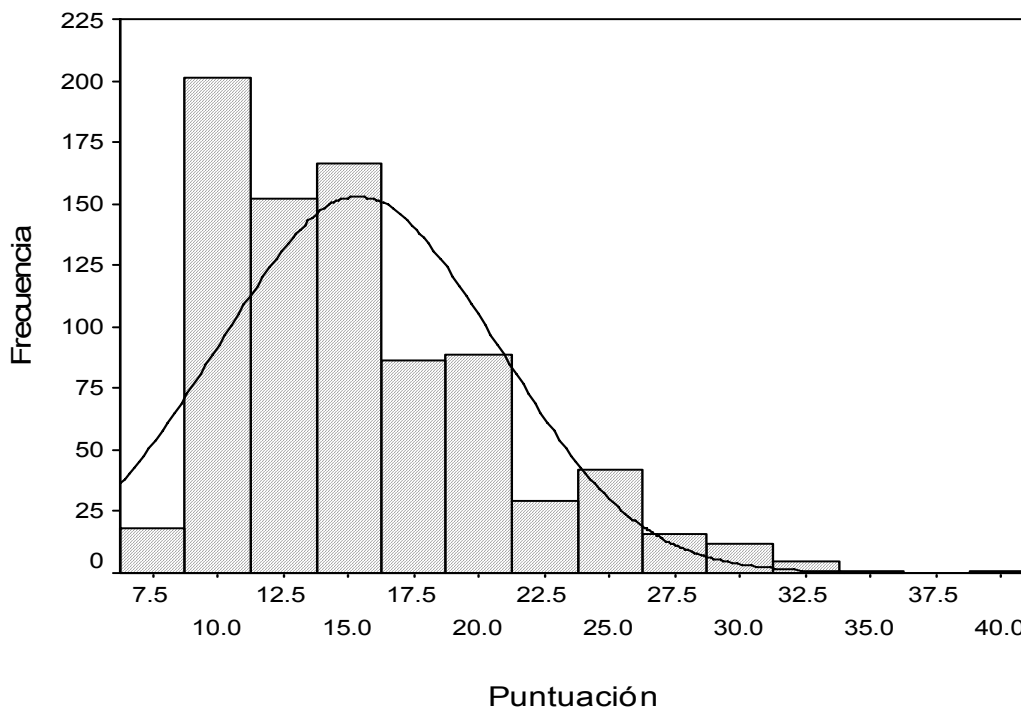
Tabla 7. Ítems agrupados en el tercer componente.

El **cuarto factor** explica el 6.56% de la varianza, en éste se agruparon cuatro ítems de los cuales se decidió eliminar el 13, debido a que no mostraba congruencia conceptual (Tabla 8). Con ello, el *alpha* de Cronbach de este cuarto factor se modificó de 0.67 a 0.61, denominándosele al mismo *Sentimientos Negativos posteriores al Atracón*.

Ítem	Contenido del ítem	Carga Ponderal
14	Me siento mal conmigo mismo después de comer demasiado.	0.70
29	Me siento deprimido inmediatamente después de comer demasiado.	0.62
26	Si como demasiado por la noche, me siento deprimido a la mañana siguiente.	0.43
13	Temo comer algo por miedo de no ser capaz de parar.	0.42

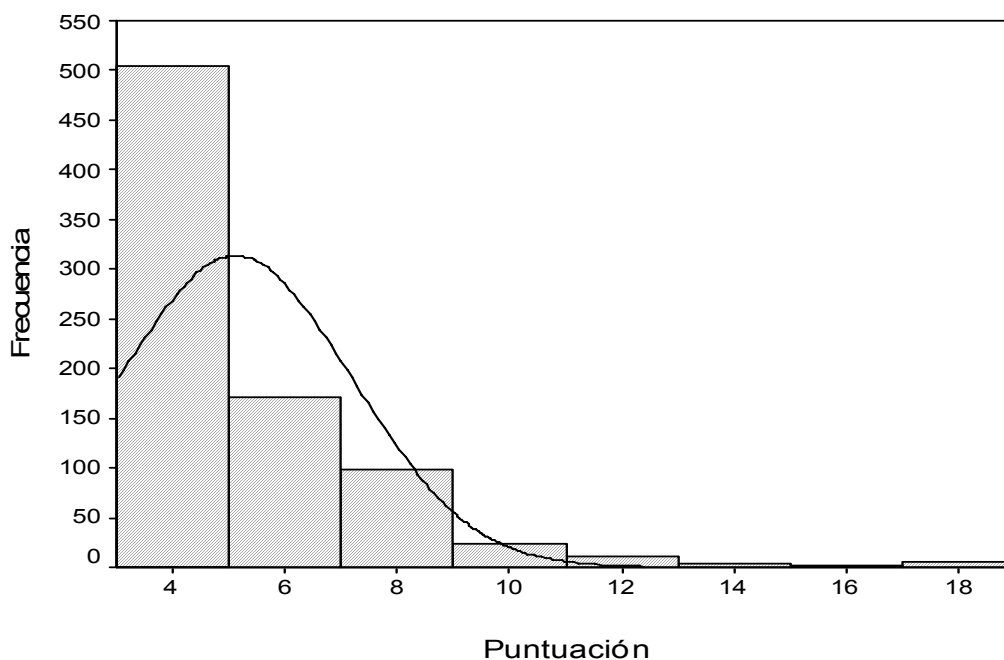
Tabla 8. Ítems agrupados en el cuarto componente.

La distribución de la muestra total ($n= 818$) en la puntuación del factor atracón se expresa en la gráfica 2, con promedio de 15.36 (D.E.= 5.33), pico de frecuencia en el rango de 8.75 a 11.25, y cúspide de la curva de normalidad entre 13.75 y 17.5. La puntuación mínima fue de 8 y la máxima de 39, con asimetría de 1.06 y curtosis de 0.90.



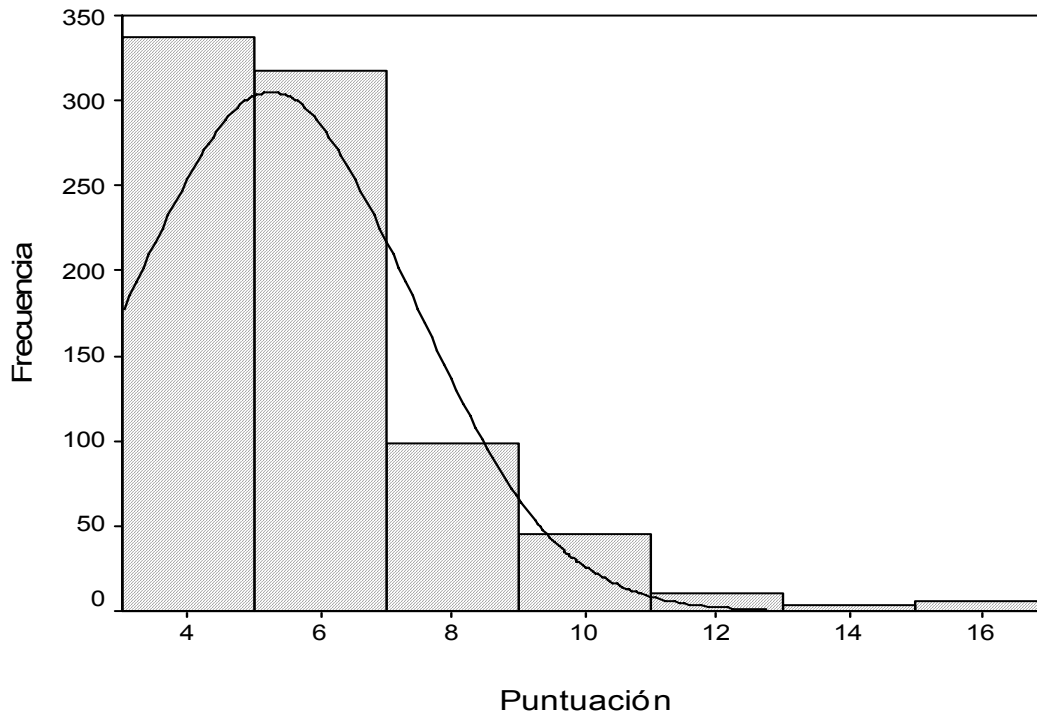
Gráfica 2. Distribución de frecuencias y curva de normalidad en el factor atracón para la muestra total ($n= 818$).

Con respecto a conductas compensatorias (Gráfica 3), su promedio fue 5.11 (D.E.= 2.09), con pico de frecuencia ubicado entre 3.00 y 5.00, y cúspide de la curva de normalidad entre 4.50 y 6.00. Presentando una puntuación mínima de 4 y una máxima de 18, con asimetría de 2.84 y curtosis de 10.30, es decir que las puntuaciones tendieron a dispersarse hacia la derecha.



Gráfica 3. Distribución de frecuencias y curva de normalidad en el factor conductas compensatorias para la muestra total (n= 818).

Mientras que el promedio en el factor sentimientos negativos posteriores al atracón fue 5.25 (D.E.= 2.14), con pico de frecuencia entre 3.00 y 5.00, y cúspide de curva de normalidad entre 4.50 y 6.00 (Gráfica 4). En este factor la puntuación mínima fue de 3 y la máxima de 15, con asimetría de 1.66 y en curtosis de 3.93, denotando la mayor dispersión de las puntuaciones.



Gráfica 4. Distribución de frecuencias y curva de normalidad en el factor sentimientos negativos posteriores al atracón para la muestra total (n= 818).

Posteriormente se realizó una exploración de la dirección predictiva de la puntuación total y los tres factores derivados (Tabla 9). El primer grupo se conformó por los participantes que rebasaron el punto de corte ≥ 102 (n= 21), el segundo grupo por quienes rebasaron el de ≥ 85 (n= 49) y el tercero se constituyó aleatoriamente de entre aquellos que no rebasaron dichos puntos de corte (n= 53). Los dos primeros grupos obtuvieron puntuaciones promedio significativamente mayores que el grupo control, aunque cabe destacar que las puntuaciones del primer grupo también fueron significativamente mayores a las del segundo.

Factores	BULIT ≥ 102 n= 21 (1)	BULIT ≥ 85 n= 49 (2)	Control n= 53 (3)	F	Sheffé
Atracón	X= 27.05 DE= 4.52	X= 22.59 DE= 4.22	X= 13.70 DE= 3.83	102.24 **	1 y 2 vs 3 ** 1 vs 2 **
Conductas Compensatorias	X= 11.09 DE= 4.68	X= 7.24 DE= 2.77	X= 4.87 DE= 2.08	34.52 **	1 y 2 vs 3 ** 1 vs 2 **
Sentimientos negativos posteriores al atracón	X= 10.29 DE= 3.20	X= 8.06 DE= 2.73	X= 4.79 DE= 1.39	48.81 **	1 y 2 vs 3 ** 1 vs 2 *
Puntuación total	X= 108.33 DE= 6.55	X= 89.88 DE= 4.19	X= 60.66 DE= 9.63	381.00 **	1 y 2 vs 3 ** 1 vs 2 **

Tabla 9. Análisis de varianza (ANOVA de un factor) y prueba post-hoc de Sheffé.
*p≤ 0.001, **p≤ 0.0001.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos a partir del análisis de las propiedades psicométricas del BULIT en una muestra de varones mexicanos, se observó que la proporción de participantes que rebasó el punto de corte establecido por Smith y Thelen (1984) fue del 2.6%, lo que representa menos de la mitad de lo registrado en el sexo femenino con dicho punto de corte, que fue del 5.7% (Alvarez et al., 2000), lo que significa una proporción mujer-hombre de 2 a 1. Esto concuerda con lo encontrado por Guadarrama y Alvarez (en prensa), quienes –empleando el punto de corte nacional– reportaron que 8% de su muestra femenina y 4.5% de la masculina lo rebasaron. Sin embargo, esto pudo verse influenciado por lo mencionado por Carlat y Camargo (1991), y confirmado por Braun et al. (1999), en cuanto a que la edad de inicio de la BN en varones es sustancialmente más tardía que en su contraparte femenina.

Lo anterior se confirmó en la presente investigación, donde efectivamente el porcentaje de participantes que rebasó el punto de corte internacional (≥ 102), se cuadruplicó en los participantes de mayor edad. Ello a diferencia de lo identificado con la población que rebasó el punto de corte nacional (≥ 85), donde hubo un patrón irregular a través de los rangos de edad. Continuando con datos de investigaciones que han utilizado el punto de corte de 85 en muestras nacionales, se observa que la proporción de 2 mujeres por cada varón no se confirma, sino que dichas cifras son más equiparables. Por ejemplo, Vázquez et al. (2005) encuentran que 4.1% de su muestra de mujeres y el 3.5% de la de varones lo rebasaron, mientras que en el estudio de Alvarez et al. (2003) fue 15% y 12.3%, respectivamente. Contrariamente, Edwards y Moldan (2004) encontraron que, en universitarios residentes en Sudáfrica, con el punto de corte de 85 en el BULIT, el 17.5% de mujeres y el 2.44% de varones lo rebasaron.

Por otra parte, en el estudio de validación del BULIT en mujeres mexicanas, Alvarez et al. (2000) obtuvieron un *alpha* de Cronbach de 0.88, igual al obtenido

por Vincent, McCabe y Riccardelli (1999) al evaluar las propiedades psicométricas de la versión breve del BULIT (BULIT-R) en varones, pero algo mayor que el encontrado en el presente estudio con varones ($\alpha = 0.82$), mismo que no obstante denota un buen grado de consistencia interna del instrumento. Este coeficiente es sustancialmente mayor al encontrado en México con una versión masculina del *Test de Actitudes Alimentarias* (EAT-40), que fue de 0.72 (Saucedo, 2004), pero bastante menor al reportado para el caso del *Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal* (CIMEC), el cual fue de 0.90 (Vázquez, Velázquez, Alvarez, Mancilla & Franco, 2007), o del $\alpha = 0.82$ mencionado por Alvarez, Franco, Mancilla, Vázquez y López (2007) para el caso del *Cuestionario de Imagen Corporal* (BSQ).

Tanto en el presente estudio, como en el de Alvarez (2000) con mujeres, se encontró que de anularse seis reactivos, aumentaría la consistencia interna del BULIT, sin embargo, dicho incremento sería mínimo, y en tal caso en ambas muestras el mayor cambio se obtendría al descartar el ítem 5 (varones $\alpha = 0.82$, mujeres $\alpha = 0.89$), el cual se refiere específicamente a la conducta de evitar comer en público, situación que aunque podría suponerse propicia para practicar un atracón, para ambos géneros el comer solo o acompañado no fue relevante en la medición de la bulimia nerviosa.

La validez de constructo se derivó aplicando el análisis factorial, donde inicialmente el método de componentes principales extrajo nueve factores con una variabilidad explicada semejante a la observado en mujeres por Alvarez en el 2000 (49.58% y 52.1%, respectivamente). A través de la rotación VARIMAX, cinco factores fueron anulados en los varones, ello debido a que estaban constituidos únicamente por uno o dos reactivos, pero de los 4 factores retenidos se eliminó el segundo, ya que sus ítems no presentaban congruencia conceptual, quedando así conformado el BULIT para varones por tres factores que explicaron casi la cuarta parte de la varianza total (22.6%).

Aunque en la presente investigación los coeficientes *alpha* fueron menores a los encontrados en mujeres, se obtuvieron los mismos factores, ubicando la mayor varianza explicada para ambos géneros en el factor de atracón; en cuanto a las conductas compensatorias, éstas fueron de mayor peso en los varones, ello a diferencia de sus contrapartes, en quienes fueron menos relevantes que los sentimientos negativos posteriores al atracón. En este sentido, lo encontrado por Smith y Thelen (1984) no difiere en gran medida de las investigaciones con población mexicana, ya que si bien ellos derivaron un factor específico para valorar la conducta de autoinducción del vómito, y en la presente investigación, al igual que en la de Alvarez et al. (2000), dicho factor se amplía incluyendo el consumo de diuréticos y laxantes, dicha divergencia es menor si consideramos las modificaciones diagnósticas del trastorno efectuadas a la fecha.

El factor 1 se denominó *atración* y contempló casi los mismos ítems que el derivado por Alvarez (2000) con muestra femenina, con excepción de las preguntas 12, 13 y 28 que no fueron relevantes para varones. El factor 2 de la versión para hombres evalúa el mismo constructo que el tercer factor de la validación para mujeres: *conductas compensatorias*, conteniendo básicamente los mismos ítems, a excepción de la pregunta 33 que se agrupó en la versión masculina y el 30 en la femenina. Por último, el factor 3 del presente estudio, *sentimientos negativos posteriores al atracón*, sólo incluyó tres ítems, ello a diferencia de lo observado en el estudio realizado por Alvarez con mujeres, en el que además de ser el segundo más relevante, incluyó cuatro preguntas más (16, 20, 23 y 10).

A partir de la contrastación por género, se observa que a pesar de ser el atracón el primer factor para ambos y que casi todos los ítems coinciden, las mujeres se inclinan a la preocupación por la pérdida de control hacia los alimentos; en el caso del factor sentimientos negativos, los ítems se dirigieron hacia los sentimientos negativos por comer entre comidas coincidiendo en los restantes con los varones, en ese mismo factor lo que sobresale es el uso de

diuréticos o laxantes para controlar su peso corporal, a diferencia de las mujeres que parecen inclinarse mayormente por la autoinducción del vómito. Esto coincide con lo reportado por algunos autores, en cuanto a que los varones experimentan significativamente menor insatisfacción corporal (43% varones vs 56% mujeres), y que tal vez como resultado de ello –aunado a la posesión de una mayor tasa metabólica que parece facilitarles la pérdida de peso corporal– difieren de las mujeres con respecto a los métodos de control de peso, los cuales suelen ser menos extremos (Braun et al., 1999; Hay, 1988; Wichstrom, 1995).

Finalmente, se realizó una exploración de la dirección predictiva en cuanto a la puntuación total y los tres factores derivados del BULIT, observándose que los dos primeros grupos obtuvieron puntuaciones promedio significativamente mayores que el grupo control, aunque destacaron las puntuaciones del primer grupo (participantes que rebasaron el punto de corte ≥ 102), sobre el segundo (conformado por quienes rebasaron el de ≥ 85), diferenciando entre los grupos en la dirección esperada ($p= 0.0001$), sugiriendo esto que el BULIT puede ser un buen predictor de los tres principales síntomas de la bulimia nerviosa, situación que, sin embargo, deberá confirmarse en una investigación futura que incluya muestra clínica, lo que permita realizar el estudio de validez de criterio, específicamente predictiva, del BULIT en varones mexicanos.

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis de las propiedades psicométricas del BULIT en población de varones mexicanos, se concluye de la manera siguiente:

- El BULIT mostró ser un instrumento útil para la valoración de los tres síntomas principales de Bulimia Nerviosa en varones mexicanos.
- A través del análisis factorial se confirma la estructura de tres factores ya derivada en mujeres, siendo: 1) Atracón, 2) Conductas compensatorias y 3) Sentimientos negativos posteriores al atracón, aunque con diferente jerarquía en cuanto a los dos últimos factores.
- Se observó que la población que rebasó el punto de corte (≥ 102) establecido por Smith y Thelen (1984) fue de sólo 2.6%, representando menos de la mitad de la observada en población de sexo femenino (5.7%), no obstante, se confirma la presencia de sintomatología bulímica en varones, y con ello la necesidad de realizar su valoración.
- Ahora en varones, se confirma que el BULIT es una herramienta adecuada para la detección de la sintomatología bulímica, pudiendo resultar útil como primer indicador en la identificación de posibles casos en riesgo de padecer bulimia nerviosa, mismos que después de la correspondiente confirmación de la presencia del padecimiento, por medio de entrevista diagnóstica, puedan ser canalizados a una intervención terapéutica temprana.
- Si bien el último factor mostró consistencia interna inadecuada, habrá que considerar que los tres diferenciaron en la dirección predictiva entre los varones que rebasaron el punto de corte y un grupo control.

- Este trabajo se considera una primera aproximación para detectar sintomatología bulímica en varones mexicanos, sin embargo se requiere profundizar en la realización de una validación más completa, que por medio de la inclusión de pacientes con BN permita analizar la validez de criterio del BULIT en varones, así como evaluar la pertinencia en varones del punto de corte vigente en mujeres.

REFERENCIAS

- Al-Adawi, S., Dorvlo, A., Burke, D., Al-Bahlani, S., Martin, R. & Al-Ismary, S. (2002). Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non-Omani adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(9), 1124-1130.
- Alvarez, R.G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios EAT y BULIT. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A.R., Haro, M. & Mancilla, J.M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. Psicología y Salud, 13(2), 245-255.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M. & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). Psicología Contemporánea, 7(1), 74-85.
- American Psychiatric Association. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Andersen, A.E. (1992). Males with eating disorders. En: J. Yanger, H.E. Gwirtsman & C.K. Edelstein. (Eds.). Special problems in managing eating disorders. (pp. 87-118). USA: American Psychiatric Press.
- Andersen, A.E. (1996). 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. (pp. 439-460). México: Pirámide.
- Andersen, A.E., Cohn, L. & Holbrook, T. (2000). The problems faced by men. Making weight: Men's conflicts with food, weight, shape & appearance. (pp. 25-45).

California: Gürze-books.

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.

Beck, D., Casper, R. & Andersen, A.E. (1996). Truly late onset of eating disorders: A study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. International Journal of Eating Disorders, 20, 389-395.

Bramon-Bosch, E., Troop, N.A. & Treasure, J.L. (2000). Eating disorders in males: A comparison with female patients. European Eating Disorders Review, 8, 321-328.

Braun, D.L., Sunday, S.R., Huang, A. & Halmi, K.A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 25, 415-424.

Bunnell, D.W., Shenker, I.R., Nussbaum, M.P., Jacobson, M.S., Cooper, P. & Phil, D. (1990). Subclinical versus formal eating disorders: Differentiating psychological features. International Journal of Eating Disorders, 9, 357-362.

Cardaci, D. (1990). Educación nutricional: Mujeres culpabilizando a mujeres. Mujeres y Medicina, 4, 15-24.

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

Carlat, D.J., Camargo, C.A. & Herzog, D.B. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. American Journal of Psychiatry, 154, 1127-1132.

Crisp, A.H., Burns, T. & Bhat, A.V. (1986). Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis. British Journal of Medical

Psychology, 59, 123-132.

Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). ¿De dónde nace un trastorno del comer? Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. (pp. 49-68). Barcelona: Gedisa.

Cumella, E.J. (2003). Examining eating disorders in males. Behavioral Health Management, 23, 39-41.

De la Serna, I. (1996). Aspectos clínicos de la anorexia nerviosa en el varón. Acta Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 24(2), 67-73.

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

De la Serna, I. (2001b). Factores biológicos y psicosociales relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en varones. Psiquiatria.com, 2, 1-6.

DiGiacchino, R., Wethington, H. & Sargent, R. (2002). Sub-clinical eating disorder characteristics among male and female triathletes. Eating and Weight Disorders, 7, 210-220.

Edwards, D. & Moldan, S. (2004). Bulimic pathology in black students in South Africa: Some unexpected findings. South Africa Journal of Psychology, 34, (2), 191-205.

Eliot, A.O. & Baker, C.W. (2001). Eating disordered adolescent males. Adolescence, 36(143), 535-543.

Fernández, F. (1997). Trastorno de la imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa: Evaluación y tratamiento. En: V.J. Turón. (Ed.). Trastornos de la

- alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. (pp. 24-31). Barcelona: Masson.
- Ferrán, A.M. (1996). SPSS para windows: Programación y análisis estadístico. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Fichter, M.M. & Daser, C. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. Psychological Medicine, 17, 409-418.
- Finlayson, R.A., Kelly, I.W. & Saklofske, D.H. (2002). Bulimic symptomatology, body-image, and personality characteristics of university men. Psychological Reports, 91, 496-502.
- Franco, K., Mancilla, J.M., Alvarez, G., Vázquez, R. & López, X. (Abril/Mayo, 2004). Internal consistency and solution factor of the Eating Disorders Inventory (EDI) in Mexican males. Trabajo presentado en la 2004 International Conference of Eating Disorders. Orlando, E.U.
- Fuentes, E.S. (2003). Trastorno alimentario en niños con distinto nivel de actividad física. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- García-Camba, E. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En: E. García-Camba. (Ed.). Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. (pp. 3-29). Barcelona: Masson.
- Garfinkel, P.E. & Kaplan, A.S. (1996). Psicopatología y trastornos de la alimentación. En: J. Buendía. (Ed.). Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales. (pp. 371-400). Madrid: Pirámide.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S.,

- Kaplan, A.S. & Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. American Journal of Psychiatry, 152, 1052-1058.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. & Woodside, D.B. (1996). Purging and non-purging forms of bulimia nervosa in a community sample. International Journal of Eating Disorders, 20(3), 231-238.
- Garner, D.M. (1997). Body image survey. Psychology Today, 30(1), 30-84.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. & Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en una muestra del género masculino. Psicología Contemporánea, 7, 4-15.
- Guadarrama, R. & Alvarez, G. (en prensa). Anorexia y bulimia en hombres y mujeres. Revista Mexicana de Psicología.
- Harvey, J.A. & Robinson, J.D. (2003). Eating disorders in men: Current considerations. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10(4), 297-306.
- Hausenblas, H.A., Symons, D., Fleming, D.S. & Connaughton, D.P. (2002). Body image in middle school children. Eating and Weight Disorders, 7(3), 244-248.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey. International Journal of Eating Disorders, 23, 371-382.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (1991). Metodología de la Investigación. México: Mc. Graw-Hill.
- Hernández, A. & Gómez-Peresmitré, G. (2004). Factores de riesgo asociados con

- conducta alimentaria en mujeres nadadoras. Revista Mexicana de Psicología, 21(1), 29-36.
- 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.
- Howat, P.M. & Saxton, A.M. (1988). The incidence of bulimic behavior in a secondary and university school population. Journal of Youth and Adolescence, 17 (3), 221-231.
- Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 148, 1627-1637.
- Kerlinger, F.N. (2002). Investigación del comportamiento. México: Mc. Graw-Hill.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Telch, M.J., Saylor, K.P., Maron, D.J. & Robinson, T.N. (1986). Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: Precursors of the binge-purge síndrome? Journal of the American Medical Association, 255, 1447-1449.
- Lesar, M.D., Arnow, B., Stice, E. & Agras, W.S. (2000). Private high school students are at risk for bulimic pathology. Eating Disorders, 9, 125-139.
- Levine, M.P. & Smolak, L. (2000). Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: Consecuencias en la prevención primaria. En: W. Vandereycken & G. Noordenbos. (Comps.). La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario. (pp. 39-79). Barcelona: Granica.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Moerk, K.C. & Striegel-Moore, R.H. (2002). Gender

- differences in eating disorder symptoms in young adults. International Journal of Eating Disorders, 32, 426-440.
- Lorenzo, C.R., Lavori, P.W. & Lock, J.D. (2002). Eating attitudes in high school students in the Philippines: A preliminary study. Eating and Weight Disorders, 7(1), 202-208.
- Lucas, A., Beard, M., Kurland, L. & O'Fallon, M. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: A population-based study. American Journal of Psychiatry, 148, 917-922.
- Lysne, C., Engel, S.G., Reza, M. & Wonderlich, S. (2002). Body image, binge eating, and obesity in males. Healthy Weight Journal, 16(4), 56-58.
- McGuigan, F.J. (1996). Psicología experimental: Métodos de investigación. México: Prentice-Hall.
- MacRae, S. (1995). Modelos y métodos para las ciencias del comportamiento. España: Ariel.
- Mancilla, J.M., Franco, K., Alvarez, G., López, X., Vázquez, R. & Ocampo, M.T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: Exploración en una muestra comunitaria. Psicología y Ciencia Social, 6(2), 56-65.
- Murray, S., Toyz, S., & Beumont, P. (1990). Know-ledge about eating disorders in the community. Internationa Journal of Eating Disorders, 9, 87-93.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Falkner, N.H., Beuhring, T. & Resnick, M.D. (1999). Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors: Who is doing what? Preventive Medicine, 28, 40-50.

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

O'Dea, J.A. & Abraham, S. (1996). Foods habits, body image and weight control practices of young male and female adolescents. Australian Journal of Nutrition and Diet, 53, 32-38.

O'Dea, J.A. & Abraham, S. (2002). Eating and exercise disorders in young college men. Journal of American College Health, 50(6), 273-278.

Olivardia, R. (2002). Body image obsession in men. Healthy Weight Journal, 59-63.

Pope, H.G., Phillips, K.A. & Olivardia, R. (2000). The rise of the Adonis complex: Roots of male body obsession. The Adonis complex: How to identify, treats, and prevent body obsession in men and boys. (pp. 27-61). New York: Touchstone.

Raich, R.M. (1994). Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.

Ricciardelli, L.A., Williams, R.J. & Kiernan, M.J. (1999). Bulimic symptoms in adolescent girls and boys. International Journal of Eating Disorders, 26, 217-221.

Ross, H.E. & Ivis, F. (1999). Binge eating and substance use among male and female adolescents. International Journal of Eating Disorders, 26, 245-260.

Saucedo, I.A. (2004). Consistencia interna y validez factorial del EAT-40 para varones en población mexicana. Tesis de Licenciatura. UNAM-FES Iztacala.

Sherman, R.T. & Thompson, R.A. (1999). Visión de conjunto. Bulimia: Una guía para familiares y amigos. (pp. 13-26). México: Trillas.

Shisslak, C.M., Crago, M., Gray, N., Estes, L.S., McKnight, K., Parnaby, O.G.,

- Sharpe, T., Bryson, S., Pillen, J. & Taylor, C.B. (2000). El estudio prospectivo de los factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios de la Fundación McKnight. En: W. Vandereycken & G. Noordenbos. (Comps.). La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario. (pp. 81-100). Barcelona: Granica.
- 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.
- Smolak, L. & Murnen, S.K. (2001). Gender and eating problems. En: R.H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.). Eating disorders: Innovative directions in research and practice. (pp. 91-110). Washington: American Psychological Association.
- Snow, J., & Harris, M.B. (1989). Disordered eating in South-eastern Pueblo Indians and Hispanics. Journal of Adolescence. 12, 329-336.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D. & Horne, R.L. (1992). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. International of Eating Disorders. 13(2), 137-153.
- Striegel-Moore, R.H., Leslie, D., Petrill, S.A., Garvin, V., & Rosenheck, R. (2000). One year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a national database of health insurance claims. International Journal of Eating Disorders, 27, 381-386.
- Striegel-Moore, R.H. & Marcus, M. (1995). Eating disorders in women: Current issues and debates. En: A.L. Stanton & S.J. Gallant (Eds.). Psychology of women's health. (pp. 445-487). Washington: American Psychological Association.
- Striegel-Moore, R.H. & Steiner-Adair, C. (2000). Prevención primaria de los trastornos alimentarios: Nuevas consideraciones con una perspectiva feminista.

- En: W. Vanderey*cken & G. Noordenbos. (Comps.). La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario. (pp. 13-37). Barcelona: Granica.
- Tanofsky, M.B., Wilfley, D.E., Spurrell, E.B., Welch, R. & Brownell, K.D. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. Internacional Journal of Eating Disorders, 21, 49-54.
- Thelen, M.H., Farmer, J., Wonderlich, S. & Smith, M. (1991). A revision of the Bulimia Test: The BULIT-R. Psychological Assessment, 3(1), 119-124.
- Thelen, M.H., Mintz, L.B. & Vander Wal, J.S. (1996). The Bulimia Test-Revised: Validation with DSM-IV criteria for bulimia nervosa. Psychological Assessment, 8(2), 219-221.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999a). The scope of body image disturbance: The big picture. Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. (pp. 19-50). Washington: American Psychological Association.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999b). Sociocultural theory: The media and society. Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. (pp. 85-124). Washington: American Psychological Association.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999c). Social comparison processes. Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. (pp. 125-147). Washington: American Psychological Association.
- Tomori, M. & Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and selfesteem

- in high school students. Journal of Adolescent Health, 26, 361-367.
- Toro, J. (1996). Ejercicio físico, deporte y trastornos del comportamiento alimentario. El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. (pp. 196- 236). Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (1999). Cuerpos saludables: Cultura, cultivo y sanción. En: F.M. Lameiras & J.M. Failé. Trastornos de la conducta alimentaria: Del tratamiento a la prevención. (pp. 13-26). España: Universidad de Vigo.
- Vázquez, R., Fuentes, E.S., Báez, M.V., Alvarez, G. & Mancilla, J.M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. Psicología y Salud, 12(1), 73-82.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Franco, K. & Mancilla, J.M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados. Psicología Conductual, 12(3), 415-427.
- Vázquez, R., Mancilla, J.M., Mateo, C., López, X., Alvarez, G., Ruíz, A.O. & Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 22(1), 53-63.
- Vázquez, R., Velázquez, G., Alvarez, G., Mancilla, J.M. & Franco, K. (Manuscrito en preparación). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC) en varones.
- Vincent, M.A., McCabe, M.P. & Riccardelli, L.A. (1999). Factorial validity of the Bulimia Test-Revised in adolescent boys and girls. Behaviour Research and Therapy, 37, 1129-1140.

Wade, T.D. & Lowes, J. (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvaluated ideas about the personal implications of body shape and weight in a female adolescent population. International Journal of Eating Disorders, 32(1), 39-45.

Wichstrom, L. (1995). Social, psychological and physical correlates of eating problems: A study of the general adolescent population in Norway. Psychological Medicine, 25, 567-579.

Woodside, D.B. & Kaplan, A.S. (1994). Day hospital treatment in males with eating disorders: Response and comparison to females. Journal of Psychosomatic Research, 38(5), 471-475.

Wooley, O.W. (1994). ...And man created "woman": Representations of women's bodies in Western culture. En: P. Fallon, M. Katzman & S. Wooley. (Eds.). Feminist perspectives on eating disorders. (pp. 17-52). USA: Guilford.