



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

**“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE
TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO
EN VARONES MEXICANOS”**

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

LESLIE ALEJANDRA CERERO RAMÍREZ

**DIRECTORA: DRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN
ASESORES: DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO
DRA. KARINA FRANCO PAREDES**



Trabajo apoyado por PAPIIT IN304606 y CONACyT 50305H

Tlalnepantla, Estado de México, Noviembre de 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A **mi padre**, que en todo momento me impulsa a ser constante para alcanzar mis metas con responsabilidad, trabajo y “amor al arte”.

A **mi madre**, a quien admiro profundamente por ser modelo de triunfo y de quien retomo el ímpetu de superación.

A **mi hermana** que siempre me inspira alegría, gozo y tranquilidad, sacándome de apuros constantemente.

A **mi tía** cuyo apoyo incondicional me motiva a seguir adelante.

A **Gina** quien fue pieza fundamental en la elaboración del trabajo. Por brindarme sus enseñanzas en el ámbito académico y fuera de él, por su tiempo, dedicación y profesionalismo.

Al **PIN** por el apoyo y confianza brindados. A todos por permitirme compartir, convivir y conocerlos.

A la **UNIVERSIDAD**, mi segundo hogar, donde encuentro las herramientas necesarias para mi desarrollo profesional.

Todos ellos han contribuido en mi formación y conformación personal y profesional.

¡Gracias!

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	8
1. El cuerpo y sus implicaciones	8
2. Trastornos del comportamiento alimentario	11
3. Imagen corporal y TCA en varones	15
3.1. Aspectos epidemiológicos	20
3.2. Caracterización sintomática	25
4. Factores de riesgo	29
4.1. Factores socioculturales	29
4.2. Factores individuales	32
OBJETIVOS	36
MÉTODO	37
Participantes	37
Instrumentos	37
Procedimiento	40
RESULTADOS	44
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	62
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	64
REFERENCIAS	65

RESUMEN

Actualmente la existencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) entre varones es una realidad, por lo que resulta elemental la identificación de sus factores de riesgo, considerando tanto factores individuales como socioculturales. Por lo que el objetivo de la presente investigación fue identificar la capacidad predictiva de estos factores sobre los componentes de TCA en varones. Participaron 345 adolescentes con edad promedio de 13.3 (DE= 1.4), quienes respondieron cinco cuestionarios de autoreporte: EAT, BULIT, CIMEC, BSQ y EDI. Los datos se retomaron con base a la estructura propuesta por Vázquez, Velázquez et al. (2008) para el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria para Hombres [ITCAH]. Los análisis de regresión lineal múltiple mostraron que de los factores socioculturales, la Influencia de la figura musculosa mostró ser el principal factor de riesgo, más específicamente de la Motivación para adelgazar y la Insatisfacción corporal, una vez que los efectos de la Influencia de la publicidad y de la Influencia de las relaciones sociales fueron débiles. En contraste, de entre los factores individuales, sólo la Ineficacia mostró capacidad predictiva sobre alguno de los síntomas de TCA, específicamente sobre Conductas compensatorias; de modo que el Miedo a madurar y la Desconfianza interpersonal no mostraron ser relevantes. Finalmente, se fundamenta la necesidad de ampliar la investigación en varones sobre la influencia de los factores socioculturales, y profundizar sobre el análisis de los constructos en cuanto a la polarización entre la interiorización de los ideales sociales pro-adelgazamiento vs. pro-musculatura y su impacto sobre la imagen corporal; así como de la pertinencia del constructo Miedo a madurar para la evaluación de niños, púberes y adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la presión social por mantener un cuerpo estéticamente perfecto ha llevado a hombres y mujeres a realizar conductas en extremo nocivas para la salud, debido a que en la mayoría de los casos el cuerpo se ve nulificado y sometido a descuidos severos. Los medios de comunicación, en su mayoría, saturados de información sobre dietas y peso, enganchan a las personas en una obsesión permanente por el peso y la comida. Aunado a ello, algunos profesionales de la salud refuerzan esta obsesión al pesar constantemente a los pacientes y recomendarles que bajen de peso sin tratar las complejidades del estilo de vida de los mismos. De esta manera, se cree que el estar preocupado por el peso y la figura es perfectamente normal, llegando a despreciar a quienes suelen sentirse bien con un cuerpo que pareciera más que voluminoso.

Así, no es extraño que una importante proporción de personas estén insatisfechos con su imagen corporal (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Aguirre, López, Béhar, Cordella & Urrutia, 2006; Andersen, 1996; Casullo, 2006), considerando que el ideal corporal propuesto para mujeres es el de delgadez, mientras que para los varones pondera tanto el de delgadez como el de musculatura. Pero, aún cuando en ambos géneros el impacto sociocultural del ideal estético es importante, la investigación en varones es reciente.

A lo largo de muchos años se había creído que las mujeres eran las únicas vulnerables a la presión sociocultural conducente al desarrollo de un Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA). Sin embargo, hacia la última década del siglo XX y hasta la actualidad, el estudio de la imagen corporal y de otros aspectos relacionados a los TCA en varones, han ido adquiriendo mayor interés por parte de la comunidad científica y han sido objeto de diversas investigaciones, pues las

estadísticas epidemiológicas han mostrado datos importantes, entre ellos, el aumento en el número de casos detectados (De la Serna, 2001; Velilla, 2001).

Específicamente, en los últimos años la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TPA) y sus variantes “han dado la cara” como importantes enfermedades en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores, que incluyen aspectos emocionales o de la personalidad, familiares, una posible sensibilidad genética o biológica, y un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez (Alvarez, Mancilla, Martínez & López, 1998; García-Camba, 2001; Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández, 2003; Presnell, Bearman & Stice, 2004).

En consecuencia, los TCA han cobrado gran relevancia dentro del campo de la salud mental, extendiéndose hacia la población masculina, a pesar de las dificultades que ello supone. Dentro de ellas está el estigma que se tiene respecto a que dichos trastornos son exclusivos del género femenino (Andersen & Mickalide, 1983; De la Serna, 2001, Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999), lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento de los varones que los llegan a padecer. Igualmente, algunas investigaciones argumentan que, en frecuentes ocasiones, los factores que influyen sobre los resultados del tratamiento en los varones, pueden no estar relacionados directamente con el género, sino más probablemente con un diagnóstico tardío de la enfermedad y el nivel de gravedad, causados muchas veces por la falta de reconocimiento de los profesionales, la poca conciencia en los hombres de la presencia de un TCA o una demora causada por la “vergüenza”. De tal manera que algunos autores han detectado que los TCA en varones suelen ser identificados y diagnosticados sólo si existe una comorbilidad psiquiátrica (Muise, Stein & Arbess, 2003), lo que resulta un tema de análisis importante para comprender la prevalencia de los TCA y como punto de partida en la elaboración de diagnósticos más eficaces enfocados en varones.

De esta manera, y dado que los TCA son de naturaleza multidimensional, la identificación específica de los factores de riesgo en varones representa una mayor problemática, ya que supone la posesión de ciertas características (factores individuales) así como la exposición a ciertas circunstancias del contexto (factores socioculturales). Sin embargo, la relación entre los factores de riesgo y los TCA dista de estar aclarada, por cuanto suelen estar presentes diversos factores, procesos o mecanismos intermedios que la modulan. En el país se han dado los primeros avances en la construcción de modelos empíricos que intentan dar cuenta de los factores predictores de TCA, pero limitándose al caso de mujeres (Alvarez, 2006; Unikel, Aguilar & Gómez-Peresmitré, 2005); mientras que en varones sólo se ha desarrollado uno con púberes, restringiéndose a la conducta de dieta restrictiva (Saucedo, 2003). En el contexto internacional a nivel internacional aún es mínima la investigación existente en cuanto a la identificación de factores de riesgo de TCA en muestras masculinas.

Por ello, la presente investigación tuvo como finalidad identificar los factores individuales y socioculturales predictores de los síntomas de TCA en varones adolescentes.

ANTECEDENTES

1. EL CUERPO Y SUS IMPLICACIONES

A lo largo de la historia se ha mostrado que los modelos estéticos han variado en el tiempo, en cuanto a imagen y forma corporal, y en muchas ocasiones han dependido de los intereses políticos o económicos que quieran esgrimirse. Las teorías socioculturales promueven que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y vehiculado por los medios de comunicación, es interiorizado por la mayoría de las mujeres de una cultura, debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico (Alvarez et al., 1998; O’Dea & Abraham, 2000; Raich, 2000, 2006; Thompson et al., 1999). El ideal corporal femenino imperante cae dentro del peso bajo: “ser bella es igual a ser delgada”, pero ello es biológicamente difícil de conseguir. Cuanto más piensa la mujer que lo gordo es feo, lo delgado bello y lo bello es bueno, más va a intentar adelgazar y va a sentirse más preocupada aún cuando engorde poco. Esto facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el percibido, pudiendo derivar en insatisfacción corporal.

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, así como del movimiento y límites de éste. Comprende la experiencia subjetiva que se refleja en actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos, así como el modo de comportarnos respecto a nuestro cuerpo (Raich, 2000, 2006; Thompson et. al, 1999).

En cuanto a los varones, a pesar de que pueda juzgarse que la presión social no es tan importante, también la sociedad les exige tener un determinado físico. Los hombres han de ser altos, fuertes, con hombros anchos, pecho musculoso, bíceps desarrollados, trasero estrecho y poseer rasgos faciales bien definidos, no obstante, estos modelos estéticos pueden causar importantes problemas de salud,

al propiciar la interiorización de ideales estéticos irreales, insatisfacción corporal y la práctica de métodos para la modificación del peso o la forma corporal, los cuales pueden llegar a ser extremos o insanos. Actualmente hay cada vez más hombres que buscan remedios de belleza a fin de mejorar su aspecto, confiando en que éste les aportará éxito en sus relaciones sociales o laborales (Andersen, Cohn & Holbrook, 2000; Pope, Phillips & Olivardia, 2000; Thompson & Cafri, 2007).

Estas creencias ponderan principalmente en la sociedad occidental, en la cual, a pesar de que paradójicamente se ha producido un aumento de peso, existe una marcada preferencia por la esbeltez, predominante en las clases socioeconómicamente altas, a diferencia de lo que pasa en los países que tienen dificultades en la obtención de comida (Andersen, 1996; Raich, 2000; Thompson et al., 1999). Sin embargo, los valores asociados con la delgadez y la gordura han alcanzado los países denominados de tercer mundo, como es el caso de México, a partir de la influencia ideológica que conllevan las “globalizaciones económicas” así como las ideas difundidas a través de los medios de comunicación (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003).

De este modo, va creciendo de manera alarmante una excesiva preocupación ante la obesidad o, simplemente, el sobrepeso. Hay autores que exponen que la preocupación por el peso y la figura ya se encuentra presente entre los preadolescentes (Muisse et al., 2003; O’Dea & Abraham, 2000; Thompson et al., 1999). Ser obeso/a o simplemente presentar sobrepeso¹ es sinónimo de ser una persona “dejada” o descuidada (ya que se cree que es “extraordinariamente fácil” perder peso), poco saludable, fea o poco atractiva. Está en el ambiente la convicción de que “uno pesa lo que quiere pesar”, puesto que se tiene la creencia de que es posible manipular el propio cuerpo y darle la forma deseada, recurriendo a la cirugía estética y haciendo un intenso y “saludable” ejercicio físico.

¹ Aún en nuestra cultura se consideran gruesas personas con un peso absolutamente dentro de los límites de la normalidad.

Es ésta una de las falacias que más se ha transmitido en nuestra cultura: la posible manipulación del cuerpo, ya que estudios controlados demuestran que un importante porcentaje de nuestro peso corporal, así como su distribución, lo debemos a nuestra herencia genética (García-Camba, 2001; Raich, 2000).

Ser obeso es también sinónimo de poca salud, de modo que ser grueso o presentar sobrepeso se ha convertido en el principal objetivo de intervención por parte de muchos médicos y personal sanitario (Raich, 2000; Toro, 2006). Si bien es cierto que un grado de obesidad favorece la aparición de enfermedades, y algunas de ellas graves, lo contrario no es necesariamente verídico: “cuanto más delgado, más saludable”.

Por otro lado, estudios de comparación transcultural muestran que la presión por la esbeltez existe en determinadas sociedades, particularmente en la cultura anglo-americana, la de Europa Occidental y, en general, la de los países “modernos” (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; O’Dea & Abraham, 2000), aunque también se ha reportado presencia de TCA en países en vías de desarrollo (Aguirre et al., 2006; Casullo, 2006; Rodríguez & Gempeler, 2006) y en países orientales (Nakamura et al., 2000). Obviamente, la noción de lo corporal y lo saludable no sólo es adquirida a partir de los estereotipos sociales, sino que es el resultado de una historia familiar y personal que convierte a la persona en un ser vulnerable para desarrollar un TCA (García-Camba, 2001).

2. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Los TCA se caracterizan, en general, por alteraciones graves de la conducta alimentaria, sin embargo, cada trastorno tiene características diagnósticas particulares. Para la formulación del diagnóstico de un TCA, se utilizan principalmente la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10, Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006) o el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association [APA], 2002), los cuales si bien manejan criterios similares, marcan ciertas precisiones.

La AN es un TCA que, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002), se caracteriza por:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, esta pérdida de peso debe reflejarse en un peso inferior al 85% del esperable.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos.

Además se distinguen dos tipos: el *restrictivo*, el cual tiene la característica de que durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas; y el tipo *compulsivo*, cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. La diferencia respecto a los criterios diagnósticos del CIE-10 (OMS, 2006), es que éste excluye el diagnóstico de AN si se han dado atracones de forma regular. Cabe señalar que en los criterios diagnósticos de ambas obras se considera el signo de la amenorrea para indicar la presencia del trastorno en las mujeres; sin embargo, el criterio homólogo para los hombres que señala la CIE-10

(OMS, 2006), es un síntoma que involucra la pérdida del interés y la potencia sexual. Esta diferencia tiene implicaciones, ya que mientras para el sexo femenino se establece un criterio objetivo, para el sexo masculino el autoreporte de la pérdida del interés y la potencia sexual puede no siempre ser un indicador acertado, dificultando con ello la formulación del diagnóstico.

La BN, se identifica en el DSM-IV-TR (APA, 2002) y en la CIE-10 (OMS, 2006) a partir de:

1. Presencia de episodios recurrentes de atracón, caracterizados por:
 - a. Ingesta de alimento en un período corto de tiempo,
 - b. Cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - c. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
2. Conductas compensatorias y recurrentes para prevenir la ganancia de peso.
3. Los atracones y las conductas compensatorias tienen una frecuencia de –al menos– dos veces a la semana durante un período de tres meses.
4. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporales
5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

La BN también puede ser clasificada en dos tipos: el *purgativo*, en el cual la persona se provoca regularmente vómitos o abusa de laxantes, diuréticos o enemas; y el tipo *no purgativo*, en el cual la persona emplea otras conductas compensatorias, como el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Otra categoría que incluye el DSM-IV-TR (APA, 2002) es la de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE), también llamados síndromes parciales o trastornos subclínicos. En este apartado se incluye el TPA, el cual se caracteriza por atracones recurrentes de comida que se asocian a indicadores, subjetivos y comportamentales, de pérdida de control sobre la alimentación y malestar clínicamente significativo, pero no suelen acompañarse de las conductas

compensatorias purgativas típicas de la BN purgativa (Fairburn & Wilson, 1993; Vázquez, López, Alvarez & Mancilla, 2006). Dentro del TPA, categoría que se encuentra aún en proceso de investigación, se proponen algunos criterios diagnósticos tentativos, como:

- A. Episodios recurrentes de atracones.
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
 - 1. ingesta mucho más rápida de lo normal
 - 2. comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 - 3. ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
 - 4. comer a solas para esconder su voracidad
 - 5. sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, gran culpabilidad después del atracón y al recordarlo
- C. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.
- D. El atracón no se asocia a conductas compensatorias y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

En los TCANE también se incluyen, por ejemplo: a) los casos en los que se cumplen todos los criterios diagnósticos para AN, pero las menstruaciones son regulares, o b) aquellos en que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, éste se encuentra dentro de los límites de normalidad; además, c) cuando se cumplen todos los criterios diagnósticos para BN, con excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses; d) masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida; y e) emplear regularmente conductas compensatorias después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (APA, 2002). Este último caso podría entenderse como un atracón subjetivo, el cual no corresponde, en términos reales, a la

ingestión de una copiosa cantidad de alimento, sino más bien a una sobreestimación de la cantidad ingerida (Hay, Fairburn & Doll, 1996, Bulik & Kendler, 1998, cits. en Alvarez, 2006; Vázquez, López, Alvarez & Mancilla, 2006).

Por otra parte, la prevalencia de los TCA, específicamente en el caso de la AN y la BN, está sesgada al género femenino (Andersen, 1996). Por lo que esta diferencia, hace surgir diversas cuestiones referentes a los factores biomédicos y/o socioculturales que pueden dar cuenta de estos contrastes por género.

3. IMAGEN CORPORAL Y TCA EN VARONES

Algunas investigaciones han demostrado que, principalmente en cuanto a la conducta de dieta restrictiva, la discrepancia radica en que la imagen corporal es un factor importante para las mujeres, mientras que el autoestima deteriorada y la preocupación por el peso resultan preponderantes en los varones (Friestad & Rise, 2004). Por otro lado, mientras que para las mujeres es importante disminuir el peso en áreas localizadas, un importante proporción de hombres suele desear pesar más, pero no porque deseen estar gordos, sino porque quieren tener más masa muscular. En este sentido, algunos autores mencionan que el modelo estético masculino podría ser “más saludable” que el femenino y en su definición entra el poseer una buena musculatura (Raich, 2000, 2006; Thompson & Cafri, 2007). Sin embargo, es necesario aclarar que dentro del deseo de aumentar de peso por parte de los hombres se distinguen dos tipos de aspiración: los que buscan tonificar el músculo, que podría considerarse un tipo más saludable, y los que prefieren aumentar la masa muscular, en cuyo caso extremo pueden incurrir al suministro de sustancias nocivas como son los esteroides o anabólicos. Este grupo, caracterizado por la búsqueda obsesiva de un cuerpo en forma de “V” – cintura estrecha, abdomen, hombros y brazos bien desarrollados– ha sido considerado como en alto riesgo de desarrollar una psicopatología conocida como Trastorno Dismórfico Muscular (TDM) o Dismorfia Muscular (Pope et al., 2000).

El estudio sobre el TDM, en la última década ha cobrado gran relevancia paralelamente a la proliferación de gimnasios y a la denominada “cultura del cuerpo”. Sin embargo, desde 1985 ya se observaba la existencia de hombres que tendían a percibirse como más pequeños de lo que eran, lo que Taylor denominó como “bigamerexia” (cit. en Arbinaga & Caracuel, 2003). Posteriormente, en 1993, Harrison G. Pope y su grupo de colaboradores del Laboratorio de Psiquiatría Biológica del Hospital Malean en Boston, realizaron una investigación sobre el uso de esteroides anabolizantes por parte de varones usuarios de gimnasios de halterofilia, y observaron que un número importante de ellos se percibían como

pequeños y flacos, cuando de hecho eran grandes y musculosos (Pope & Katz, 1994, cit. en Arbinaga & Caracuel, 2003); a este fenómeno lo denominaron Pope, Katz y Hudson (1993, cit. en Andersen, 1996) como “anorexia inversa”², ya que presentaba características similares, pero inversas, a la anorexia nerviosa; por ejemplo, la preocupación excesiva con el peso y la figura, que en la AN se caracteriza por el miedo a ganar peso y el deseo de una figura esbelta, mientras que en la anorexia inversa se presenta el miedo a un bajo peso y el deseo de una mayor musculatura.

Sin embargo, recientes investigaciones han mostrado que no se trata de otro tipo de anorexia, sino de otra posible patología, que si bien presenta características similares a los TCA, también comparte ciertos rasgos con el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), como son la percepción corporal distorsionada, la insatisfacción corporal, el malestar clínicamente significativo y el deterioro en áreas importantes de actividad, por lo que algunos autores sugieren que el TDM podría ubicarse como un tipo de trastorno somatomorfo (Arbinaga & Caracuel, 2003; Raich, 2006). Con todo, la polémica continúa, pues aún se desconoce cómo pueda ser catalogado. Mientras tanto, investigadores como Pope et al. (2000) han propuesto unos posibles criterios diagnósticos para el TDM:

- 1.- Preocupación con la idea de que el cuerpo no está suficientemente desarrollado y musculoso. Conductas características asociadas incluyen gran cantidad de horas levantando pesas y excesiva atención a la dieta.
- 2.- La preocupación se manifiesta por al menos dos de los cuatro criterios siguientes:

² No obstante, esta manifestación fue considerada en un principio –como ya se dijo– por Taylor (1985, cit. en Arbinaga & Caracuel, 2003) como *Bigamerexia*; posteriormente, Sundot-Borgen (1992, cit. en Cumella, 2005) lo suscribió a un tipo de *Anorexia Atlética* o *Bulimia de Ejercicio*, que después se denominó *Complejo de Adonis* (Pope et al., 2000) y que, coloquialmente, se ha conocido como *Bigorexía* en inglés (derivado de *big* que significa grande en inglés; Pope et al., 2000) y *Vigorexía* en español (derivado de *vigor*; Arbinaga & Caracuel, 2003).

- a.- El individuo frecuentemente renuncia a su actividad social, ocupacional o de recreación por una necesidad compulsiva de mantener su programa de entrenamiento y dieta.
 - b.- El individuo evita situaciones donde su cuerpo sea expuesto a otros, o sólo soporta tales situaciones con marcado malestar o ansiedad intensa.
 - c.- La preocupación acerca de la inadecuación del tamaño corporal o musculatura causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional o en otras importantes áreas de funcionamiento.
 - d.- El individuo continúa con el entrenamiento, la dieta o el uso de sustancias a pesar de tener conocimiento de las consecuencias físicas o psicológicas adversas.
- 3.- El foco primario de la preocupación y las conductas está en sentirse demasiado pequeño o inadecuadamente musculoso. Se distingue del miedo a ser gordo presente en la AN o de una preocupación focalizada sólo en otros aspectos de la apariencia, como sucede en el TDC.

De esta manera, Pope et al. (2000) establecen un diagnóstico diferencial entre DM y TDC, ya que este último ha sido definido como el miedo o preocupación exagerada, que produce malestar hacia algún defecto imaginario o exagerado de la apariencia física (APA, 2002).

Como contraparte Raich (2000, 2006) hace una breve reseña de la gestación histórica del TDC. Antes se entendía como una fobia a la propia forma, por lo que inicialmente se le denominó dismorfofobia en 1886, sin embargo dicha fobia no tenía una explicación muy detallada, por lo que posteriormente Janet en 1903 habló de la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo, que implicaba el miedo a ser visto como ridículo o feo. Pero fue hasta 1987 cuando la APA lo incluyó en el DSM-III-R como entidad diagnóstica, dentro de la categoría de trastornos somatomorfos, clarificando la esencia del trastorno como la convicción irracional de ser anormal y temor a las reacciones de los demás. Siendo sus criterios diagnósticos (APA, 2002):

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales presente en la AN).

No obstante, el TDM podría ser entendido como una entidad clínica perteneciente a los TCA, debido a que involucra una alteración importante de la conducta alimentaria, así como factores individuales y socioculturales asociados a estas psicopatologías. De esta forma, el TDM supone patrones actitudinales y comportamentales característicos, con claro sustento no sólo en la imagen corporal, sino también en la alimentación (veáse Tabla 1).

Tabla 1 Patrones característicos de TDM, AN y BN.

Síntomas	TDM	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
Preocupación por el peso	Miedo a verse delgado		Miedo a verse gordo
Percepción corporal	Subestimación		Sobreestimación
Insatisfacción corporal	Predominante en la parte superior		Predominante en la parte inferior
Dieta	Alta en proteínas	Baja en calorías	Alta en carbohidratos
Ejercicio físico	Excesivo	Excesivo como conducta compensatoria	
Uso de sustancias	Anabólicos, esteroides y diuréticos	Supresores del apetito, laxantes y/o diuréticos	
Amenorrea	Presente	Presente	

Actualmente se ha considerado que aproximadamente entre el 9.3% y el 10% de los varones que practican fisicoculturismo o algunas otras disciplinas deportivas (p.e. rugby, fútbol americano, velocistas, etc.) podrían presentar TDM, porcentaje que aumentaría entre aquellos practicantes a nivel competitivo o de alto rendimiento (Pope et al., 2000; Raich, 2006; Thompson & Cafri, 2007; Toro, 2004). Por tanto, este tipo de prácticas podrían ser consideradas de alto riesgo, principalmente para los varones (aunque las mujeres practicantes no están exentas), ante la existencia de una importante presión social y cultural por los cuerpos fuertes y musculosos dentro de estos sectores, lo que propicia que se vean expuestos –a edades muy tempranas– a la interiorización de modelos que les incitan a imitarles (Pope et al., 2000; Thompson & Cafri, 2007).

Por lo tanto, el papel predominante de la conducta de dieta en varones y mujeres, así como la intensidad del deseo de perder o ganar peso y cambiar la forma corporal, procede principalmente de normas culturales aprendidas dentro de una cultura general más amplia. Dentro de ella, la familia juega un papel muy importante en el aprendizaje y apropiación de esta cultura, a través de la adquisición de hábitos alimentarios y la vinculación que éstos pueden tener con el afecto, con las nociones de salud y de “cuerpo perfecto”. Al respecto, se ha observado que cada familia provee sus propios sistemas de alimentación, estructura sus actividades y valores sociales sobre el peso corporal apropiado de sus miembros (Alvarez et al., 1998). De la misma manera, se ha comprobado que los padres contribuyen en la formación de las actitudes y los valores relacionados con la estética corporal y, en situaciones extremas pueden tener un efecto negativo en la valoración que los adolescentes hacen de su cuerpo (McCabe & Ricciardelli, 2003; Vázquez, Raich, Viladrich, Alvarez & Mancilla, 2001), a través de mensajes que pueden ser comunicados de diferentes formas: conversaciones, relaciones interpersonales, burlas y modelamiento (Vincent & McCabe, 2000).

El proceso de aprendizaje social de las actitudes hacia el peso y la forma corporal en adolescentes lleva a un gran número de diferencias. A los 12 años, muchos

menos niños que niñas están insatisfechos con su peso, y entre aquellos niños que desean cambiarlo, es tan probable que deseen aumentarlo como disminuirlo. Los niños, al contrario que las niñas, tienden a ser más conscientes de su forma corporal que de su peso, y su insatisfacción se centra principalmente en la parte superior del cuerpo (Andersen, 1996), situación que parece prevalecer en la edad adulta. Señalándose que los hombres se encuentran más satisfechos con su cuerpo y son más conscientes de sus dimensiones corporales, por lo que el grado de distorsión corporal que presentan es menor que en el caso de las mujeres (Kaplan, Busner & Pollack, 1988). No obstante, recientes investigaciones han mostrado que un número importante de jóvenes manifiestan que desean aumentar sus dimensiones corporales, particularmente el tamaño de sus músculos (Casullo, 2006; Furnham & Calnan, 1998; García-Grau, Fusté, Miró, Saldaña & Bados, 2004; Rojo et al., 2003).

Las diferencias bien definidas entre hombres y mujeres adultos en el peso y la forma, son claramente el resultado del aprendizaje durante el desarrollo. En este punto cabe preguntarse ¿en qué se diferencia el aprendizaje de los hombres y mujeres? Diversas investigaciones han querido responder a esta pregunta y, más aún, han querido clarificar si en realidad esa prevalencia de los TCA en las mujeres es tan alta (Aguirre et al., 2006; Barry, Grilo & Masheb, 2002; Carlat & Camargo, 1991; Casullo, 2006; Derek, 1986; Friestad & Rise, 2004; Furnham & Calnan, 1998; García-Grau et al., 2004; Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya & Unikel, 2000; Kaplan et al., 1988; Lameiras et al., 2003; Mancilla et al., 2006; McCabe & Ricciardelli, 2003; Pope et al., 2000) y, para ello, han establecido algunos ejes de análisis, como son: aspectos epidemiológicos, caracterización somática, factores de riesgo, entre otros.

3.1. Aspectos epidemiológicos

Diversos estudios refieren una **prevalencia** por género de los TCA en las siguientes proporciones: en el caso de AN, se ha documentado que de los casos

detectados, el porcentaje de mujeres diagnosticadas se encuentra por arriba del 95% (García-Camba, 2001; Lindberg & Hjern, 2003; Muise et al., 2003; Rojo et al., 2003; Wijbrand & Van Hoeken, 2003), ocurriendo una relación inversa en el caso de la dismorfia corporal (Andersen, 1996; Pope et al., 2000, Thompson & Cafri, 2007); mientras que para BN, el porcentaje de varones identificados se percibe dentro del rango de 10 a 15% (Byrne & McLean, 2002; Carlat & Camargo, 1991; García-Camba, 2001; Muise et al., 2003; Wijbrand & Van Hoeken, 2003); en el TPA las diferencias por género se estrechan, señalando que aproximadamente el 40% de los casos ocurren en varones (Berrocal & Ruiz, 2002; Muise et al., 2003). Casi en la misma dirección, se prevee que alrededor del 50% de los casos identificados como TANE ocurren en los varones (Andersen, 1996; García-Camba, 2001; Rojo et al., 2003), aunque cabe precisar, que este porcentaje puede variar según la inclusión o exclusión del TPA dentro de los TANE (Picot & Lilienfeld, 2003; Wijbrand & Van Hoeken, 2003; Woodside et al., 2001).

Por otra parte, la **edad de comienzo** es una constante epidemiológica en la mayoría de los estudios. En general, existe consenso en cuanto a que los TCA o sus síntomas se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia o juventud (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Andersen, 1996; Carlat & Camargo, 1991; García-Camba, 2001; Herrero & Viña, 2005; Muise et al., 2003; O'Dea & Abraham, 2000; Presnell et al., 2004; Rojo et al., 2003), época en la que las personas se encuentran más vulnerables a la interiorización de los estereotipos sociales, lo que se considera un factor de riesgo que requiere de atención. Así, algunas investigaciones en esta línea han demostrado que es más alto el porcentaje de adolescentes, hombres y mujeres, insatisfechos con su imagen corporal, aunque son ellas quienes presentan un mayor grado de insatisfacción a edades más tempranas (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Friestad & Rise, 2004; Lameiras et al., 2003; Muris, Meesters, Van de Blom & Mayer, 2005; Rojo et al., 2003). Asimismo, se ha considerado que la edad inicial temprana de la dieta puede incrementar el riesgo de tener un problema de salud y a la larga desarrollar un TCA. En este mismo sentido, los varones también pueden presentar mayor riesgo

al iniciar la conducta de dieta restrictiva en edades más tempranas (entre 10 y 11 años), lo cual puede deberse a un impulso para adelgazar derivado de que muchos de ellos han presentado sobrepeso, e incluso obesidad, durante la infancia (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003). Al respecto, algunos estudios han demostrado que existe la presencia de sintomatología de TCA en varones a edades tempranas; por ejemplo, un estudio realizado con jóvenes españoles constató la presencia de sintomatología de AN (a través del *Test de Actitudes Alimentarias*, [EAT]) en varones de 14 años (Rojo et al., 2003). También investigaciones en México, que utilizaron tanto el EAT como el *Test de Bulimia* (BULIT), comprobaron la presencia de sintomatología de BN en varones de 16 años (Vázquez, López, Alvarez, Franco & Mancilla, 2004) y de casos diagnosticados como TANE en varones de 15 años (Vázquez et al., 2005), esto último por medio de entrevista diagnóstica. En cuanto a muestra clínica, son pocos los estudios que han encontrado AN en hombres, por lo que se ha documentado que ésta predomina ampliamente en mujeres, con un inicio entre los 16 y 18 años de edad (Lindberg & Hjern, 2003; Rojo et al., 2003); si bien la BN también se presenta mayormente en mujeres, entre varones tiene una mayor ocurrencia que la AN, identificándose más regularmente su inicio a partir de los 20 años de edad (Aguirre et al., 2006; Byrne & McLean, 2002; Carlat, Camargo & Herzog, 1997; García-Camba, 2001). Por otro lado, los pacientes con TPA, hombres y mujeres, no difieren en cuanto a edad de inicio del sobrepeso, de la primera dieta, del primer atracón o de las fluctuaciones del peso (Barry et al., 2002). No obstante, se ha observado que –en general– los hombres tienden a desarrollar los TCA a edades más tardías que las mujeres (Andersen, 1996; Carlat et al., 1997; Wijbrand & Van Hoeken, 2003).

Respecto a la **clase social y el nivel socioeconómico**, algunos trabajos han afirmado que, en particular la AN, es más frecuente en estratos socioculturales medio-altos y altos. Sin embargo, otros estudios han encontrado TCA en todas las clases sociales (Garfinkel, et al., 1995, cit. en García-Camba, 2001), influenciado esto por el desarrollo de las sociedades occidentales, el cual ha hecho que en la

actualidad exista una radical tendencia a la homogeneidad en el acceso a los medios, por lo que la población joven, aún perteneciendo a diferentes países y/o estratos sociales, adopta los mismos estereotipos culturales que incluyen el culto a la delgadez y el éxito a través de lo que se considera una figura socialmente atractiva. Tal es el caso de España y México, países cuyos habitantes son expuestos a una globalización que fomenta una obsesión colectiva por lograr una cierta imagen corporal tanto en hombres como mujeres (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003), la cual puede derivar en un TCA. Otros estudios que han involucrado el factor cultural, han encontrado que la sociedad metropolitana o altamente urbanizada fomenta más el autocontrol, la autodisciplina y la superación de las necesidades corporales, así como la desconfianza interpersonal, características que se han asociado con los TCA y, que tanto en la población masculina, como femenina, representan un factor de riesgo, al interiorizar una mayor presión sociocultural por el control del peso corporal (Herrero & Viña, 2005).

Otro factor importante a considerar es la **profesión y/o ocupación**, ya que los TCA afectan con mayor frecuencia a determinados grupos profesionales como modelos, bailarines y atletas (Byrne & McLean, 2002; Carlat & Camargo, 1991; Derek, 1986), por lo que el ejercicio físico puede precipitar la aparición del trastorno, al ser en dichas comunidades donde ponderalmente se exigen determinados estándares morfológicos y estéticos. En particular en los varones, estos sectores pueden representar grupos de alto riesgo, al propiciar conductas inadecuadas, esto mayormente en grupos deportivos de alto rendimiento, profesiones ejecutivas y varones usuarios de gimnasios (Pope et al., 2000; Díaz, Chiquil & Escoto, 2008).

Asimismo, otro componente que juega un papel importante en la etiología de los TCA en varones es la **sexualidad**. Diversos estudios han identificado la orientación homosexual y bisexual como factores de riesgo en la presencia de los TCA en varones (Andersen, 1996; Andersen et al., 2000; García-Camba, 2001; Pope et al., 2000). La mayor predisposición de los hombres homosexuales para

desarrollar un trastorno parece provenir del deseo de semejanza con un determinado estereotipo. Particularmente, cuando el modelo de identificación es femenino, el individuo se rige por los estándares de peso corporal orientados hacia la delgadez, mientras que cuando se adquiere un modelo “más” masculino, éste fomenta el deseo de adquirir mayor musculatura. Es por ello que los varones homosexuales experimentan de un modo considerablemente mayor las normas dentro de su grupo social para disminuir o aumentar el peso, en comparación con los varones heterosexuales. Así, la mayoría de los varones que desarrollan un TCA y, más específicamente AN, parecen tener una orientación homosexual/bisexual, en comparación con las mujeres que desarrollan este tipo de trastorno, de tal manera que la relación entre orientación homosexual y alteraciones alimentarias es menos evidente en el género femenino. Al respecto, algunos autores refieren que mientras que para los varones la orientación homosexual puede representar un factor de riesgo para desarrollar un TCA, la homosexualidad femenina puede ser considerada tanto como un factor protector (Schneider, 1995, cit. en Toro, 2004) como un factor de riesgo (Hefferman, 1996, cit. en Toro, 2004). Esta disyuntiva pudiera radicar en que las investigaciones del tema no han distinguido entre mujeres homosexuales relativamente masculinas y mujeres homosexuales relativamente femeninas; misma diferenciación que puede producirse entre varones homosexuales y que, de igual manera, no ha sido analizada del todo (Toro, 2004). Por lo tanto, resulta fundamental incluir el rol de género más que únicamente la orientación sexual. Debido a que la feminidad está asociada a niveles altos de patología alimentaria, mientras la masculinidad se vincula a actitudes y conductas relativamente saludables (Forbes, Adam-Curtis, Rade & Jaberg, 2001, cit. en Bosques, 2003); lo cual sugeriría que tanto en gays como lesbianas, la feminidad constituiría un factor específico de riesgo para desarrollar un TCA, mientras la masculinidad funcionaría como un protector (Meyer, Blissett & Oldfield, 2001, cit. en Bosques, 2003; Toro, 2004). Sin embargo, la exaltación excesiva del modelo masculino también puede relacionarse con patología alimentaria al enaltecer la fuerza y, sobre todo, la musculatura (Zavala et al., 2008).

3.2. Caracterización sintomática

La caracterización sintomática de hombres y mujeres diagnosticados con TCA es muy similar en ambos géneros (Muisse et al., 2003; Woodside et al., 2001), sin embargo, algunas investigaciones demuestran que en los varones existe mayor comorbilidad psiquiátrica, principalmente depresión, ansiedad, alcoholismo y abuso de sustancias (Barry et al., 2002; Rojo et al., 2003; Woodside et al., 2001).

En cuanto a la **insatisfacción corporal**, se ha evidenciado que, en el caso de los varones, básicamente se deriva del deseo de adquirir mayor musculatura, puesto que suelen manifestar mayor insatisfacción con el tamaño que con la forma de su cuerpo (Furnham & Calnan, 1998; Gómez-Peresmitré et al., 2000; Pope et al., 2000). En este sentido, ya sean la motivación para incrementar la musculatura o la motivación para adelgazar, están estrechamente relacionadas con la insatisfacción corporal y la baja autoestima; entendiéndose que la mayor preocupación por la apariencia probabiliza la presentación de conductas conducentes a la modificación corporal (Presnell et al., 2004). Al respecto, se ha observado que los hombres, con más frecuencia que las mujeres, hacen dieta como un modo indirecto de conseguir un cambio en la forma corporal, especialmente en cuanto a la gordura abdominal (Andersen, 1996); sin embargo, muy rara vez se percibe en los varones la sensación de pánico que se observa en las mujeres cuando alcanzan cierto peso o talla de ropa. Por estas razones, se puede entender que los varones se preocupan –y ocupan– mayormente de su imagen corporal cuando tienen un sobrepeso o un infrapeso que se refleje en medidas objetivas como el peso y el índice de masa corporal (IMC); (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Friestad & Rise, 2004; Vázquez, López, Alvarez, Mancilla et al., 2006; Vázquez et al., 2007).

En cuanto a la **distorsión de la imagen corporal**, se ha detectado que los hombres tienden más a subestimar su imagen que sus contrapartes femeninas, y ésta a su vez se ve significativamente influida por la interacción del IMC y el grado autoatributivo de atractividad (Gómez-Peresmitré et al., 2000). En contraste, las

mujeres tienden a sobreestimar sus dimensiones corporales y sobre todo su peso, incluso en algunos casos a pesar de ser extremadamente delgadas (Green & Pritchard, 2003; Miller, 2005). Por otra parte, se ha documentado que tanto en las mujeres como en los hombres, la distorsión de la imagen corporal está relacionada con sintomatología de TCA, misma que es mantenida por las presiones ejercidas por los grupos de semejantes y modelos exitosos que promueven los medios de comunicación (Vázquez, López, Alvarez & Mancilla, 2006; Vincent & McCabe, 2000).

Por otra parte, cuando se estudian las **variables actitudinales y cognitivas** implicadas en los TCA de hombres y mujeres, se ha observado que son ellas quienes presentan mayor deseo de pesar menos, distorsión de la imagen corporal y miedo a ganar peso, mientras que los varones destacan en cuanto a deseo de pesar más y/o tener una figura más gruesa (Lameiras et al., 2003; Gómez-Peresmitré et al., 2000; Presnell et al., 2004). Al respecto de estas variables, algunos estudios han utilizado el Inventario de Trastornos del Comportamiento Alimentario (*Eating Disorders Inventory* [EDI]), comparando las actitudes y conductas distorsionadas hacia el peso y la forma corporal entre hombres y mujeres (Herrero & Viña, 2005; Lameiras et al., 2003), identificando que las diferencias entre sexos principalmente tienen que ver con la preocupación por el peso y la imagen corporal, pues las mujeres muestran mayor impulso para adelgazar, déficit en la identificación interoceptiva, insatisfacción corporal e ineficacia; mientras que hombres y mujeres presentan puntuaciones equivalentes en las subescalas de miedo a madurar, desconfianza interpersonal y perfeccionismo; aunque en estos dos últimos aspectos, los varones suelen obtener puntuaciones un poco más elevadas. Asimismo, destaca el hecho de que en varones la afectividad negativa ha correlacionado con el incremento de la insatisfacción corporal (Cooley & Toray, 2001; Fernández-Aranda et al., 2004; Presnell, et al., 2004; Vázquez et al., 2005).

En cuanto a las **conductas alimentarias**, evaluadas a partir de instrumentos de autoreporte como el EDI, en hombres y mujeres universitarios, así como adolescentes, incluyendo población mexicana, se ha documentado una presencia similar de conductas compensatorias purgativas (Lameiras et al., 2003; McCabe & Vincent, 2003; Vázquez et al., 2005). Pero en cuanto a dieta restrictiva, son las mujeres quienes la realizan con más frecuencia (Mancilla et al., 2004; Mancilla et al., en prensa; Rojo et al., 2003; Vázquez et al., 2005), mientras que 71% de los varones más bien realizaban dietas hipercalóricas o hiperproteínicas para aumentar masa muscular (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Perry & Irving, 2002); asimismo, utilizan continuamente el ejercicio físico excesivo como una conducta compensatoria (Lameiras et al., 2003; Vázquez et al., 2005). En tanto que se señala que la prevalencia de la conducta de atracón es similar entre hombres y mujeres (Barry et al., 2002; Berrocal & Ruiz, 2002; McCabe & Vincent, 2003; Muise et al., 2003), sin embargo, cabe aclarar que esta conducta no siempre es considerada como inapropiada o anormal por los varones adolescentes, ya que estudios han encontrado que algunos hombres no reportan sentimientos negativos después del atracón a diferencia de sus contrapartes femeninas (López, 2008), en tanto que otros han utilizado al atracón como una forma de ganar peso, lo que alerta respecto a la necesidad de realizar mayor investigación sobre este aspecto (Mancilla et al., 2004; Wertheim et al., 1992, cits. en McCabe & Vincent, 2003).

Por otra parte, un estudio que comparó muestra comunitaria y muestra identificada con sintomatología de TCA (por tamizaje con el EAT y el BULIT), documentó los hábitos alimentarios presentes en varones adolescentes, encontrando que los hombres de muestra comunitaria relacionan su consumo de alimento meramente con su intención de satisfacer su hambre, fijándose en que la cantidad sea suficiente pero sin señalar un alimento en particular, asimismo, comen significativamente más comidas al día que las mujeres, señalan comer más rápido, terminar toda la comida que se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción; con lo cual podrían tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres. En cuanto a los factores externos que influyen la

comida, los hombres señalan significativamente mayor consumo que las mujeres cuando ven anuncios de alimentos. En tanto que los hombres con sintomatología de TCA comen menos cuando tienen a la mano una comida sabrosa, suelen no terminarse lo que les sirven, ni comer de otros platos, por lo que la restricción parece el camino que inicia el deseo de cambiar su figura o peso corporal, siendo el auto-control y la restricción puntos importantes de atención (Vázquez, Ruíz, Mancilla & Alvarez, 2008).

En cuanto a muestras clínicas, el seguimiento de dieta restrictiva, las conductas compensatorias y el atracón son muy similares, salvo algunos matices en el caso de los varones, como: el tipo de dieta, principalmente a base de proteínas, y su preferencia por el ejercicio físico excesivo como conducta compensatoria (Fernández-Aranda et al., 2004; Wijbrand & Van Hoeken, 2003; Woodside et al., 2001).

4. FACTORES DE RIESGO

Cuando se habla de factores de riesgo, se alude a aquellos elementos (fundamentados empíricamente) que guardan relaciones complejas con los trastornos clínicos, de modo que éstos generalmente se relacionan con varios factores diferentes y no con uno sólo (Alvarez, 2006). En el caso de los TCA, estos factores pueden ser clasificados en dos grandes vertientes: los factores socioculturales y los factores individuales. Y, específicamente en el caso de varones, los factores más investigados son los siguientes:

4.1. Factores Socioculturales

Dentro de los factores socioculturales se encuentra la **influencia de la publicidad**, la cual se exhibe principalmente a través de los medios de comunicación. Éstos transmiten modelos conductuales, valores y actitudes que involucran directamente la noción de “cuerpo perfecto”. La publicidad actual prioriza el cuerpo como medio de mercadeo; así, el cuerpo ideal no sólo es descrito, también es presentado por televisión, cine, videos musicales, revistas ilustradas, prensa, radio, carteles, internet, etc., los que constituyen canales mediante los que llegan de manera intermitente a cada individuo multitud de consignas y presiones (García-Grau et al., 2004; Toro, 2004), no sólo las relativas al cuerpo ideal, sino también las dedicadas a los procedimientos para conseguirlo (Muris et al., 2005; Toro, 1996). Por lo que los medios de comunicación pueden representar un factor de riesgo muy importante al promover directamente los TCA, siendo más los espacios destinados al “cuidado” del peso y la imagen corporal que a las consecuencias negativas derivadas de las conductas inapropiadas (Toro, 2006). Al respecto, algunos investigadores consideran que son pocos los estudios sobre la influencia de la publicidad específicamente en varones y más aún sobre la relación existente entre el consumo de medios y la percepción corporal (Miller, 2005). Las investigaciones realizadas hasta el momento, han encontrado que la exposición constante a imágenes del ideal estético masculino está asociada con el

incremento de insatisfacción corporal pro-musculatura y depresión en hombres jóvenes (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; Frederick, Fessler & Haselton, 2005; Toro, 1996, 2006). En el caso de los varones mexicanos, este factor se ha relacionado con la preocupación por la comida, la sintomatología de AN y el atracón (Ruíz et al., 2004), el malestar por la imagen corporal y la insatisfacción corporal (Aldaco, 2008); asimismo ha resultado como un predictor de la sintomatología de TCA, al igual que la interiorización de los modelos estéticos corporales (Vázquez et al., 2005). En México, Saucedo (2003) encontró un efecto predictivo de la publicidad sobre la dieta restrictiva en varones púberes.

En cuanto a la **influencia de los modelos sociales**, la cual hace referencia al interés que despiertan las imágenes de figuras públicas (modelos, actores o deportistas), así como la consideración de autocontrol como atributo personal altamente valorado (Carrasco & Luna, 2000, Levine & Smolak, 1996, cits. en Alvarez, 2006). Al respecto, se argumenta que la interiorización del modelo ideal de belleza media la relación entre la presión sociocultural para ser delgado y la insatisfacción corporal (Mancilla et al., en prensa). De esta manera, a la influencia de los modelos sociales se le ha identificado como un factor predictor del aumento de la masa muscular y la dieta en varones adolescentes (Muris et al., 2005). En varones mexicanos, a este factor se le ha visto asociado con mayor presencia de atracón, conductas compensatorias y dieta, así como preocupación por la comida (Ruíz et al., 2004; Vázquez, Fuentes, Báez, Alvarez & Mancilla, 2002; Vázquez et al., 2005) e insatisfacción corporal (Aldaco, 2008, Díaz et al., 2008), resultando un importante factor predictivo de sintomatología de TCA (Vázquez et al., 2002, 2005).

Otro factor sociocultural de indudable importancia es la **influencia de las relaciones sociales**, que se focaliza en el grupo de iguales y la familia, los cuales juegan un papel importante tanto en la transmisión de preocupaciones, así como de prácticas para el control del peso o cambio de la forma corporal. Sin embargo, la influencia de las relaciones sociales no suele ser igual en ambos sexos. Algunos

estudios han reportado que en adolescentes, el tener un amigo(a) que realice dieta incrementa el riesgo de padecer un TCA (Rojo et al., 2003). Específicamente en los varones, se ha observado que la influencia sociocultural para aumentar masa muscular es un predictor significativo de la comparación corporal, al estar estrechamente relacionada con el atractivo, la cual a su vez puede derivar en insatisfacción corporal (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Friestad & Rise, 2004; Lameiras et al., 2003; Mancilla et al., 2006; Muris et al., 2005; Toro, 1996, 2006). En cuanto a la familia, algunos estudios han argumentado que la presión familiar así como una baja autoestima son predictores de insatisfacción corporal (Green & Pritchard, 2003). Asimismo, Vander Wal y Thelen (1997) encontraron que la mitad de los individuos con BN, iniciaron las conductas bulímicas, como preocupación excesiva por el peso y ejercicio excesivo, debido a la presión de los miembros de la familia para que perdieran peso. La influencia de las relaciones sociales también se ha relacionado con la sintomatología de AN (Ruíz et al., 2004).

Por último, la **influencia del modelo de musculatura** aludiría a la representación de cuerpos musculosos, la realización de actividades para alcanzar dicho modelo, y el rechazo a tener un cuerpo delgado (Gray & Ginsberg, 2007). No obstante, Investigaciones en España y México han detectado que, en forma paralela, una cantidad significativa de varones también están siendo influenciados por la interiorización del modelo de delgadez, lo cual puede incidir en prácticas de riesgo en su comportamiento alimentario (Rojo et al., 2003; Vázquez, López, Alvarez, Mancilla et al., 2006). Por otra parte, otras investigaciones han encontrado que la mayoría de los hombres que presentan TPA y TANE se han desarrollado en un ambiente en donde el ideal corporal corresponde al aumento de masa muscular (Andersen, 1996; Andersen et al., 2000; Furnham & Calnan, 1998; García-Camba, 2001; Picot & Lilienfeld, 2003; Pope et al., 2000; Presnell et al., 2004; Rojo et al., 2003). De tal manera que el deseo de pesar más, por incremento de masa muscular, se ha asociado con mayor comparación social e insatisfacción corporal (Aldaco, 2008; Andersen et al., 2000; Díaz et al., 2008; Gómez-Peresmitré et al., 2000; Muris et al., 2005; Pope et al., 2000; Zavala et al., 2008).

4.2. Factores Individuales

Por otra parte, en los factores individuales se pueden incluir todos aquellos elementos del individuo que tienen una fuerte vinculación con los TCA. En el caso de los varones se puede mencionar la **interiorización del modelo de delgadez**, el cual se define como el excesivo interés sobre las imágenes que representan cuerpos delgados y realización de actividades para alcanzar dicho modelo. Este modelo es muy común en algunos deportistas, principalmente en modalidades como la gimnasia, patinaje artístico o atletismo, pues dentro de estos sectores se tiene la creencia de que al conseguir un peso más bajo o un menor porcentaje de tejido graso se mejorará el rendimiento (Toro, 2004). En cuanto a población comunitaria, se ha encontrado que algunos adolescentes, de alrededor de los 12 a 15 años de edad, han manifestado el deseo de ser más delgados, atribuyendo estos resultados a la influencia de los medios de comunicación (Ruíz et al., 2004), por lo que la interiorización del modelo de delgadez se ha considerado que puede ser un predictor de sintomatología de TCA en varones (Toro, 2004; Vázquez et al., 2005). Por otra parte, se ha encontrado que el deseo de tener una figura delgada entre los varones, se ubica predominantemente en el área del abdomen, a diferencia de otras partes del cuerpo (Pope et al., 2000). En adolescentes y jóvenes mexicanos, la interiorización del ideal de delgadez se ha relacionado con el malestar por la imagen corporal y la insatisfacción corporal (Aldaco, 2008); así como la motivación para adelgazar con el malestar con la imagen corporal (Ruíz et al., 2004).

Otro elemento es la **insatisfacción corporal**, la cual está definida como la valoración negativa respecto a la propia imagen; en el caso de TCA, en cuanto a la forma o peso corporal, así como la afectación que ésta puede tener sobre el comportamiento. Para comprender mejor el concepto, es posible establecer los factores psicológicos relacionados con la imagen corporal, los cuales según Muris et al. (2005) se articulan con la importancia otorgada a la imagen corporal y la

comparación social, es decir, la autoevaluación de la figura es tan importante como la tendencia a comparar el propio cuerpo con otros, y así es más probable que se genere insatisfacción corporal que pueda derivar en estrategias para modificar el cuerpo. De la misma manera, diversos estudios han evaluado la insatisfacción corporal vinculada con los síntomas de TCA, encontrando que es un fuerte predictor de las estrategias para modificar el cuerpo. En varones se suscita cuando está asociada a niveles elevados de la importancia otorgada a la figura corporal, esto a pesar de que se tenga una autoestima “adecuada”; mientras que para las mujeres, la autoestima juega un papel importante en el deseo de adelgazar, ya que menores niveles de satisfacción corporal y de autoestima se asocian con conductas para reducir el peso y mayor preocupación por la comida, por lo que la insatisfacción corporal resulta el predictor más relevante en el género femenino (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Byrne & McLean, 2002; Friestad & Rise, 2004; Lameiras et al., 2003; Muris et al., 2005; Pope et al., 2000; Presnell et al., 2004; Vázquez et al., 2005). No obstante, en población masculina se ha observado que la proporción de varones que presentan insatisfacción corporal ha incrementado con el tiempo, pues Vázquez, López et al., en 2004, documentaron un porcentaje de 5.5%; en el 2005 encontraron que el 3.8% de los varones de la muestra lo presentaban; en tanto que en 2006 se encontró un 6.6% de niños con insatisfacción corporal y un 11.9 % de jóvenes de 19 años. Por su parte, Ruíz et al., (2004) también documentaron un 10.34% y Aldaco, en el 2008, encontró que el 15% de los participantes presentó insatisfacción corporal, considerándolo como un factor de riesgo importante para desarrollar un TCA.

El **miedo a madurar** es otro elemento que se considera un factor de riesgo para TCA, el cual se entiende como el temor mórbido a enfrentar las demandas que supone el convertirse en adulto. En algunas muestras de mujeres detectadas con sintomatología de TCA, se ha evidenciado que puede ser un elemento importante en el desarrollo de sus síntomas (Alvarez, Franco, Mancilla & Vázquez, 2002; Mancilla et al., 1999); sin embargo, en varones aún es escasa la investigación al respecto. Uno de los estudios que han incorporado a población varonil, fue

realizado en Argentina, y documentó que los adolescentes entre 13 y 16 años se perciben con más miedo a crecer, atribuyendo este dato a factores socioculturales (Casullo, 2006). Asimismo, este factor se ha visto relacionado con factores denominados precipitantes, como la exposición a eventos traumáticos (secuestros, violencia intrafamiliar y abuso sexual), mismos que han mostrado implicaciones en el tratamiento de pacientes anoréxicos y bulímicos (Rodríguez & Gempeler, 2006). Por otro lado, en varones diagnosticados con TPA, se ha observado una mayor puntuación en esta subescala, incluso mayor que las reportadas en muestras con AN o BN, por lo que se especula que en el caso del TPA, los hombres pueden asociar la maduración con consecuencias de salud implicadas como ser “grande” u obeso (Barry et al., 2002). Asimismo, varones mexicanos diagnosticados con TANE obtuvieron mayor puntuación en esta subescala que un grupo control (Vázquez, López et al., 2004). Sin embargo, a nivel internacional aún son pocos los estudios que han constatado la relación entre el miedo a madurar y la patología alimentaria, encontrando únicamente asociación con una mayor sintomatología de AN (Gila, Castro, Cesena & Toro, 2005). En México, el miedo a madurar en varones se ha asociado con mayor motivación para adelgazar y atracón (Alvarez et al., 2003).

Otro factor individual relevante en los TCA es el **sentimiento de ineficacia**, el cual se vincula a los sentimientos de inadecuación general, inseguridad, incapacidad, inutilidad y ausencia de control sobre la vida, por lo que también es entendido como un indicador de afecto negativo o baja autoestima. En este sentido, aunque algunos estudios revelan que los varones adolescentes presentan mayores niveles de autoestima que las mujeres (McCabe & Vincent, 2003), cuando se presenta este factor, aunado a la ansiedad, es un potente predictor del atracón y conductas compensatorias (McCabe & Vincent, 2003; Womble et al., 2001), motivación para adelgazar (McCabe & Vincent, 2003), insatisfacción corporal y, moderadamente, de dieta restrictiva (Byrne & McLean, 2002; Presnell et al., 2004). En tanto que en México ha sido identificado como el mayor predictor de riesgo de TANE en varones (Vázquez et al., 2005).

La **desconfianza interpersonal** también se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar un TCA, la cual se define como la incompetencia para establecer relaciones interpersonales, así como para expresar sentimientos o emociones en intercambios sociales. En este ámbito, los hombres por lo general son los que presentan mayores puntuaciones, e incluso se ha relacionado la desconfianza interpersonal con mayor sintomatología de BN (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Herrero & Viña, 2005; Muise et al., 2003; Presnell et al., 2004; Vázquez, López et al., 2004).

De esta manera, si bien algunos estudios nacionales se han enfocado a caracterizar el efecto de los posibles factores de riesgo –de forma aislada o en conjunto– sobre las conductas alimentarias patológicas, se han circunscrito principalmente a la población femenina (Alvarez, 2006; Saucedo, 2003; Unikel et al. 2005). Sin embargo, es evidente que la interacción entre los factores de riesgo y las conductas alimentarias parecen ser diferentes entre mujeres y hombres.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los factores individuales y socioculturales predictores de los síntomas de TCA en varones adolescentes.

Objetivos particulares

- Caracterizar la presencia de los componentes de TCA, así como de factores socioculturales e individuales dentro de la muestra.
- Evaluar la asociación e interacción de los factores socioculturales e individuales con los componentes de TCA.
- Identificar los posibles factores socioculturales e individuales predictores de los síntomas de TCA.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 345 varones con un promedio de edad de 13.34 años (D.E.= 1.43), provenientes de instituciones educativas públicas y privadas de la zona metropolitana de la Ciudad de México (véase Tabla 2).

Tabla 2. Características de la muestra.

Edad	Institución Pública	Institución Privada	Total
10	14	-	14
11	24	-	24
12	48	-	48
13	98	-	98
14	78	4	82
15	39	26	65
16	6	8	14
Porcentaje	89%	11%	345

Instrumentos

Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-40). Es un cuestionario autoaplicable elaborado por Garner y Garfinkel (1979), compuesto por 40 ítems dirigidos a evaluar los síntomas característicos de los TCA, y más específicamente de la AN, estableciéndose como punto de corte internacional el de ≥ 30 . Este instrumento es el más empleado a nivel mundial con fines de tamizaje, siendo objeto de traducción a diversos idiomas y adaptado a diferentes culturas. En México, ha sido adaptado y validado para población femenina, tanto en muestra comunitaria (Alvarez, Vázquez, Mancilla & Gómez-Peresmitré, 2002) como clínica (Alvarez-Rayón et al., 2004), proponiéndose un punto de corte de ≥ 28 . Más recientemente se realizó un análisis de las propiedades psicométricas

(consistencia interna y validez factorial) del EAT-40 en varones mexicanos (Vázquez, Saucedo et al., 2006), proponiendo la solución factorial siguiente:

- Motivación para adelgazar
- Presión social percibida
- Conductas compensatorias
- Control alimentario y ejercicio
- Estilos alimentarios

Test de Bulimia (Bulimia Test, BULIT). Este cuestionario de autoreporte se utiliza como herramienta de tamizaje para la detección de la sintomatología de la BN. Fue realizado por Smith y Thelen (1984) bajo un formato de 36 preguntas y validado con población femenina estadounidense, específicamente con pacientes bulímicas y controles; situando el punto de corte en ≥ 102 . Asimismo, ha sido validado para población femenina mexicana, tanto en muestra comunitaria (Alvarez, Mancilla & Vázquez, 2000) como clínica (Alvarez, 2000) y, en este caso, se estableció el punto de corte de ≥ 85 . Por último, cabe indicar que del BULIT, también se han analizado sus propiedades psicométricas en hombres mexicanos de muestra comunitaria (Alvarez et al., 2007), proponiendo una estructura de tres factores:

- Atracón
- Conductas compensatorias
- Sentimientos negativos posteriores al atracón

Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorder Inventory, EDI). Es un cuestionario autoaplicable de 64 ítems, creado y validado en población femenina por Garner, Olmsted y Polivy (1983), con la finalidad de evaluar las características cognoscitivas y conductuales que se consideran inherentes a la AN y la BN. Este cuestionario fue validado en población mexicana –también femenina– por Álvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López (2000), en el caso de

muestra comunitaria y, más recientemente, en muestra clínica por Mancilla, Franco, Alvarez y Vázquez (2003), así como por Unikel, Bojorquez, Carreño y Caballero (2006). Cabe indicar que en los primeros tres estudios citados se confirma la estructura del EDI con base a ocho subescalas o factores, sin embargo, en la última se redujo a seis el número factores. A su vez, este instrumento también ha sido validado en hombres mexicanos –de muestra comunitaria– por Franco, Mancilla, Alvarez, López y Vázquez (manuscrito sometido para su publicación), derivando también una estructura de seis factores:

- Motivación para adelgazar
- Insatisfacción corporal
- Ineficacia
- Identificación interoceptiva
- Desconfianza interpersonal
- Miedo a madurar

Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC). Fue creado por Toro, Salamero y Martínez (1994) en población femenina española, propiamente pacientes anoréxicas y controles. Consta de 40 reactivos que evalúan la imagen corporal, la interiorización del modelo estético de delgadez y las situaciones sociales transmisoras de dicho modelo. Estos autores proponen el punto de corte de $\geq 23-24$. Este cuestionario cuenta con algunas ventajas, ya que también existe una versión adaptada para varones, el CIMEC-V (Toro, Castro, Gila & Pombo, 2005). En el caso de México, este instrumento ha sido objeto de la evaluación de sus propiedades psicométricas en población comunitaria, tanto femenina (Vázquez, Alvarez & Mancilla, 2000) como masculina (Vázquez, Ruíz et al., 2008). En el primer caso fueron derivados cuatro factores, mientras que en los varones fueron cinco, y ambos géneros comparten tres de ellos:

- Influencia de la publicidad.
- Malestar por la imagen corporal.
- Influencia de las relaciones sociales.

Contrariamente, se establece un factor como específico de las mujeres, siendo: Influencia de los modelos estéticos corporales, y dos para el caso de los varones: Influencia de la figura de delgadez e Influencia de la figura musculosa.

Cuestionario de Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ). Es un cuestionario que tiene como propósito identificar la presencia de la insatisfacción corporal propia de los TCA. Consta de 34 ítems bajo una escala bipolar con 6 opciones de respuesta. Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) estructuraron y validaron originalmente este instrumento en mujeres inglesas, estableciendo el punto de corte de ≥ 105 . El BSQ también ha mostrado capacidad para evaluar el malestar por la apariencia en personas que no padecen TCA, al evaluar aspectos actitudinales de la imagen corporal (insatisfacción/preocupación por el peso y la figura). En México se realizó la validación del BSQ en población femenina (Vázquez, Galán et al., 2004), estableciendo el punto de corte de ≥ 110 . Por último, cabe mencionar la existencia de una versión adaptada para varones, de la que se ha reportado que cuenta con excelente consistencia interna (Franco, 2007), sin embargo, el estudio de validación de esta versión aún está en proceso.

Procedimiento

Recolección de datos

Se retomaron los registros existentes de la base de datos, en el programa SPSS, de un estudio previo de Vázquez, Velázquez et al. (2008), ello con base a la estructura que el autor propone para el *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria para Hombres (ITCAH)*, el cual fue desarrollado en población masculina mexicana, derivado de los cinco cuestionarios descritos, con la finalidad

de evaluar la sintomatología de TCA, así como algunos factores individuales y socioculturales asociados en varones. Este instrumento mostró una adecuada consistencia interna ($\alpha = .73$), y está compuesto por 63 ítems divididos en dos dimensiones. La primera, *Componentes de TCA*, comprende los factores relacionados con los síntomas y conductas características de los TCA ($\alpha = .87$), contempla 6 factores y 33 ítems. Mientras que la segunda dimensión, *Factores Asociados*, evalúa aspectos involucrados en el padecimiento o desarrollo de un TCA, como pueden ser la internalización de un modelo estético corporal a partir de las influencias socioculturales, así como ciertos rasgos de personalidad ($\alpha = .64$); esto con base a 7 factores que engloban 30 ítems.

Cabe mencionar que, para la presente investigación, esta segunda dimensión se subdividió en dos dimensiones: Factores Socioculturales y Factores Individuales, debido a que los primeros hacen referencia a factores externos al individuo, mientras que los segundos se refieren a rasgos propios de cada persona. De tal manera que se consideraron, para este estudio, tres dimensiones:

1. Componentes de TCA:

- **Motivación para Adelgazar.** Hace referencia a la preocupación por la figura y el aumento de peso. Compuesta por 3 ítems ($\alpha = .66$).
- **Insatisfacción Corporal.** Contempla 9 ítems ($\alpha = .85$). Se refiere al desconcierto que puede existir hacia la propia apariencia física y el tener grasa en el cuerpo o en partes específicas, como el abdomen y la cintura, además de la preocupación que pueda traer al estar en público.
- **Preocupación por la Comida.** Hace referencia a ideas obsesivas relacionadas con la ingestión alimentaria y el control sobre ella. Compuesta por 4 ítems ($\alpha = .60$).
- **Atracón Alimentario.** Contempla 7 ítems ($\alpha = .70$). Se refiere a episodios de sobreingestión alimentaria y si ésta se presenta en ausencia del apetito, así como considerarse un comedor compulsivo.

- **Sentimientos Negativos posteriores al Atracón.** Hacen referencia a los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas de incomodidad que surgen después de un atracón alimentario. Compuesta por 5 ítems ($\alpha = .64$).
- **Conductas Compensatorias.** Comprende 5 ítems ($\alpha = .59$). Se refiere a la implementación de conductas enfocadas a compensar la sobreingestión calórica posterior al atracón, específicamente de tipo purgativo, como el vómito y el uso de laxantes y/o diuréticos.

2. Factores Socioculturales

- **Influencia de Publicidad.** Hace referencia al interés, influencia y/o impacto sobre las actitudes y comportamientos que despiertan los productos, artículos, libros y métodos de adelgazamiento que aparecen en los medios de comunicación, así como la angustia que pueden producir la ingestión calórica, el control de peso y la apariencia física. Contempla 7 ítems ($\alpha = .82$).
- **Influencia de Modelos Sociales.** Se refiere a los sentimientos producidos por los modelos estéticos corporales, específicamente en cuanto a delgadez y musculatura, tanto en los medios de comunicación como en la vida cotidiana. Comprende 5 ítems ($\alpha = .71$).
- **Influencia de Relaciones Sociales.** Hace referencia a la influencia que puede existir, tanto en la familia como en personas cercanas, respecto a actividades y productos adelgazantes. Compuesta por 3 ítems ($\alpha = .68$).
- **Influencia de Figura Musculosa.** Se refiere al impacto que puede tener la influencia de las personas con cuerpos musculosos y la ansiedad generada al autocompararse desfavorablemente sobre la iniciativa de aumentar la musculatura. Con 4 ítems ($\alpha = .66$).

3. Factores Individuales

- **Miedo a Madurar.** Hace referencia al deseo de permanecer en la seguridad de la infancia. Contempla 4 ítems ($\alpha = .60$).
- **Ineficacia.** Se refiere a los pensamientos y sentimientos de seguridad, inseguridad y falta de control sobre la propia vida. Comprende 3 ítems ($\alpha = .73$).
- **Desconfianza Interpersonal.** Hace referencia a los pensamientos de la persona en relación a expresar sentimientos y confianza hacia otras personas. Compuesta por 4 ítems ($\alpha = .69$).

Análisis de Resultados

- a) Para caracterizar la presencia de los componentes de TCA, los factores socioculturales e individuales, evaluados por medio del ITCAH, se empleó estadística descriptiva.
- b) Se exploró la asociación entre las variables a través del análisis de correlación r de Pearson.
- c) Posteriormente se realizaron análisis de regresión lineal múltiple, por el método stepwise, para identificar los posibles factores predictores de los síntomas de TCA en varones.

RESULTADOS

Inicialmente, con la finalidad de caracterizar la presencia de los componentes de TCA, los factores socioculturales y los factores individuales dentro de la muestra, se determinaron las puntuaciones mínimas y máximas para cada factor, así como su media y desviación estándar correspondiente.

De esta manera, en la Tabla 3 se puede observar que, dentro de los seis *Componentes de TCA* que evalúa el ITCAH, las puntuaciones obtenidas por la muestra son cercanas a las mínimas posibles, lo que indica poca presencia del rasgo evaluado. Asimismo, en los cuatro *Factores socioculturales* se encontraron patrones de correspondencia similares entre las medias y las puntuaciones mínimas. Con respecto a los tres *Factores Individuales*, en el Miedo a madurar y la Ineficacia coincidieron nuevamente ambos parámetros; sin embargo, la Desconfianza interpersonal mostró una puntuación intermedia entre las puntuaciones mínima y máxima posible, siendo el rasgo con mayor presencia dentro de la muestra.

Posteriormente, se aplicó un análisis de correlación r de Pearson entre cada factor de las tres dimensiones para explorar las asociaciones entre variables, de las cuales destacan las siguientes, todas con $p \leq 0.0001$ (véase Tabla 4): la *Motivación para adelgazar* y la *Insatisfacción corporal* se asociaron positivamente entre ellos ($r = .64$) y, de forma individual, con los *Sentimientos negativos posteriores al atracón* ($r = .40$ y $.44$, respectivamente), la *Influencia de la figura musculosa* ($r = .53$ y $.64$, respectivamente), la *Influencia de publicidad* ($r = .34$ y $.44$, respectivamente) y la *Influencia de modelos sociales* ($r = -.33$ y $-.31$, respectivamente). Estos dos últimos factores también se vieron asociados entre ellos ($r = .55$) e, independientemente, con la *Influencia de relaciones sociales* ($r = .66$ y $.48$, respectivamente) y la *Influencia de la figura musculosa* ($r = .35$ y $.40$, respectivamente). Asimismo, en cuanto a otros componentes de TCA, la *Preocupación por la comida* se vio asociada con el *Atracón* ($r = .32$) y los

Sentimientos negativos posteriores al atracón ($r = .42$), mismos que se vieron asociados entre ellos ($r = .46$) e individualmente con las *Conductas compensatorias* ($r = .47$ y $.35$, respectivamente). En tanto que los *Sentimientos negativos posteriores al atracón* también se asociaron a la *Influencia de la publicidad* ($r = .40$). Finalmente, dentro de los factores individuales, el *Miedo a madurar* se asoció con la *Ineficacia* en forma negativa ($r = -.30$) y positivamente con la *Desconfianza interpersonal* ($r = .55$).

Tabla 3. Estadística descriptiva en cuanto a las puntuaciones en el ITCAH.

	Puntuación			
	Media	D.E.	Mínima Posible	Máxima Posible
Componentes de TCA	40.75	7.44	33	99
Motivación para Adelgazar	4.22	1.40	3	9
Insatisfacción Corporal	10.47	2.54	9	27
Preocupación por la Comida	5.15	1.57	4	12
Atracón	8.85	2.59	7	21
Sentimientos Negativos posteriores al Atracón	6.36	1.82	5	15
Conductas Compensatorias	5.70	1.35	5	15
Factores Socioculturales	25.14	5.92	19	57
Influencia de Publicidad	8.95	2.67	7	21
Influencia de Modelos Sociales	7.29	2.12	5	15
Influencia de Relaciones Sociales	3.75	1.27	3	9
Influencia de Figura Musculosa	5.14	1.48	4	12
Factores Individuales	18.17	3.44	11	33
Miedo a Madurar	4.78	1.02	4	12
Ineficacia	4.98	1.90	3	9
Desconfianza Interpersonal	8.40	2.14	4	12

Tabla 4. Coeficientes *r* de Pearson entre los diversos factores.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Motivación para Adelgazar												
2. Insatisfacción Corporal	.64 ****											
3. Preocupación por Comida	.22 ****	.26 ****										
4. Atracón	.04	.17 ***	.32 ****									
5. Sentimientos Negativos posteriores al Atracón	.40 ****	.44 ****	.42 ****	.46 ****								
6. Conductas Compensatorias	.06	.13 **	.19 ****	.47 ****	.35 ****							
7. Influencia de Publicidad	.34 ****	.44 ****	.23 ****	.28 ****	.40 ****	.25 ****						
8. Influencia de Modelos Sociales	.33 ****	.31 ****	.21 ****	.17 ***	.22 ****	.15 ***	.55 ****					
9. Influencia de Relaciones Sociales	.23 ****	.27 ****	.18 ***	.27 ****	.29 ****	.29 ****	.66 ****	.48 ****				
10. Influencia de Figura Musculosa	.53 ****	.64 ****	.21 ****	.12 *	.29 ****	.09	.35 ****	.40 ****	.28 ****			
11. Miedo a Madurar	.11 *	.10	.09	.10	.18 ***	.01	.02	.02	.01	.04		
12. Ineficacia	.04	.10	.07	.17 ***	.16 ***	.25 ****	.26 ****	.21 ****	.22 ****	.08	-.30 ****	
13. Desconfianza Interpersonal	-.04	.04	.01	.10	.10	.18 ***	.07	.02	.11 *	-.02	-.16 ***	.55 ****

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$, **** $p \leq 0.0001$. Se expresan con negritas $r \geq 0.20$

Más tarde, se realizó un análisis de regresión múltiple, ingresando las variables independientes que mostraron tener correlación $\geq .20$ ($p \leq .0001$) con las variables dependientes (componentes de TCA, factores socioculturales y factores individuales), véase Tabla 5.

Tabla 5. Variables ingresadas en los análisis de regresión lineal múltiple.

VARIABLES CRITERIO	VARIABLES PREDICTORAS
Insatisfacción Corporal (IC)	IP, IMS, IRS, IFM
Motivación para Adelgazar (MA)	IP, IMS, IRS, IFM, IC
Preocupación por la Comida (PC)	IP, IMS, IFM, IC, MA
Atracón (AT)	IP, IRS, PC
Sentimientos Negativos posteriores al atracón (SNA)	IP, IMS, IRS, IFM, IC, MA, PC, AT
Conductas Compensatorias (CC)	IP, IRS, IN, AT, SNA
Ineficacia (IN)	IP, IMS, IRS, MM
Desconfianza interpersonal (DI)	IN

MM= Miedo a madurar, IP= Influencia de la Publicidad, IMS= Influencia de modelos sociales, IRS= Influencia de relaciones sociales, IFM= Influencia de figura musculosa.

De esta forma, con base a los resultados arrojados por dichos análisis, se retomaron aquellos modelos de regresión con $p \leq 0.0001$ (véase Tabla 6):

Insatisfacción Corporal. En cuanto a las cuatro variables predictoras ingresadas, el análisis sólo arrojó dos modelos de regresión significativos, pero destacó el segundo que combina las variables independientes Influencia de la figura musculosa e Influencia de la publicidad, con sus respectivas contribuciones ($\beta = .55$ para la primera y $\beta = .25$ para la segunda), explicando éstas casi la mitad de la variabilidad de la dependiente ($R^2 = .46$, $p \leq .0001$). Cabe destacar que la contribución de la Influencia de la figura musculosa sobre la predicción resultó sustancialmente mayor, duplicando la aportación de la Influencia de la publicidad.

Tabla 6. Modelos de regresión lineal múltiple derivados para cada factor.

Modelo		R ² corregida	Cambio en R ²	β Estandarizada	Cambio F	t
Insatisfacción Corporal (IC)	IFM	.40	.40	.64	235.04 +	15.33 +
	IFM + IP	.46	.05	.55, .25	33.85 +	12.99 +, 5.82 +
Motivación para Adelgazar (MA)	IC	.41	.41	.64	236.59 +	15.38 +
	IC + IFM	.43	.03	.50, .21	15.75 +	9.57 +, 3.97 +
	IC + IFM + IMS	.44	.01	.49, .17, .11	6.63 *	9.42 +, 3.14 *, 2.57 *
Preocupación por la Comida (PC)	IC	.06	.07	.26	24.83 +	4.98 +
	IC + IMS	.08	.02	.21, .15	7.33 *	3.96 +, 2.71 *
Atracón (AT)	PC	.11	.11	.32	40.64 +	6.37 +
	PC + IRS	.15	.05	.29, .22	19.77 +	5.66 +, 4.45 +
Sentimientos Negativos posteriores al Atracón (SNA)	AT	.21	.21	.46	90.55 +	9.52 +
	AT + MA	.35	.14	.44, .38	75.60 +	10.09 +, 8.70 +
	AT + MA + PC	.40	.04	.37, .33, .23	24.99 +	8.26 +, 7.72 +, 4.99 +
	AT + MA + PC + IP	.42	.02	.33, .28, .21, .16	11.94 •	7.31 +, 6.34 +, 4.47 +, 3.46 •
	AT + MA + PC + IP + IC	.43	.01	.32, .21, .20, .13, .14	6.34 *	7.15 +, 3.80 +, 4.53 +, 2.69 *, 2.52 *
Conductas Compensatorias (CC)	AT	.22	.22	.47	97.80 +	9.89 +
	AT + IN	.25	.03	.44, .17	13.50 +	9.30 +, 3.67 +
	AT + IN + SNA	.27	.02	.37, .16, .16	8.96 *	7.11 +, 3.43 •, 2.99 *
	AT + IN + SNA + IRS	.28	.01	.35, .14, .13, .12	6.19 *	6.70 +, 2.97 *, 2.53 *, 2.49 *
Ineficacia (IN)	MM	.09	.09	-.30	33.78 +	-5.81 +
	MM + IP	.15	.06	-.29, .25	25.80 +	-5.90 +, 5.08 +
Desconfianza Interpersonal(DI)	IN	.30	.30	.55	150.24 +	12.26 +

MM= Miedo a madurar, IP= Influencia de la publicidad, IMS= Influencia de modelos sociales, IRS= Influencia de relaciones sociales, IFM= Influencia de figura musculosa. * $p \leq .01$, • $p \leq .001$, + $p \leq .0001$.

Motivación para Adelgazar. El análisis derivó tres modelos, de los cuales sobresale el segundo debido a que ambas contribuciones de las variables fueron significativas con $p \leq .0001$, de tal manera que la Insatisfacción corporal ($\beta = .50$) y la Influencia de la figura musculosa ($\beta = .21$) explicaron el 43% de la variabilidad de la Motivación para adelgazar ($R^2 = .43$, $p \leq .0001$). Contrario a lo señalado en el modelo anterior, ahora fue la Insatisfacción corporal la que duplicó el peso predictivo de la Influencia de la figura musculosa sobre la variable dependiente.

Preocupación por la Comida. Del análisis practicado resultaron dos modelos de regresión, el primero con una significancia mayor ($p \leq .0001$), con base a la variable predictora Insatisfacción corporal. Sin embargo, cualquiera de los dos modelos obtenidos explicó una variabilidad menor al 10% de la preocupación por la comida, por lo que no se consideraron relevantes y fueron descartados.

Atracón. También fueron derivados dos modelos, siendo el segundo el que destaca, al combinar las variables independientes Preocupación por la comida ($\beta = .29$) e Influencia de las relaciones sociales ($\beta = .22$), ambas significativas ($p \leq .0001$), que en conjunto explicaron un 15% de la variabilidad de la dependiente ($p \leq .0001$).

Sentimientos Negativos posteriores al Atracón. En este caso, el análisis de regresión múltiple derivó cinco modelos iniciales, siendo el tercero el que sobresale, al explicar un 40% de la variable dependiente ($p \leq .0001$), ponderando el peso del Atracón en la predicción, seguido por la Motivación para adelgazar y la Preocupación por la comida ($\beta = .37$, $.33$ y $.23$, respectivamente).

Conductas compensatorias. El análisis arrojó cuatro modelos, pero destaca el segundo, debido a que la interacción entre las variables Atracón e Ineficacia logró predecir un 25% de la variabilidad de la dependiente ($p \leq .0001$), mostrando la primera variable un sustancialmente mayor peso ponderal ($\beta = .44$ y $.17$, respectivamente).

Ineficacia. El análisis de regresión procesado arrojó dos modelos, siendo el segundo el que resalta al combinar las variables independientes Miedo a madurar ($\beta = -.29$) e Influencia de la publicidad ($\beta = .25$), el cual explicó un 15% de la variabilidad de la ineficacia ($p \leq .0001$). Cabe mencionar que la contribución de la primera variable resultó con valor negativo.

Desconfianza Interpersonal. Este factor se vio asociado únicamente con la Ineficacia, derivando en un modelo que explicó casi la tercera parte de la variabilidad de la dependiente ($R^2 = .30$, $p \leq .0001$).

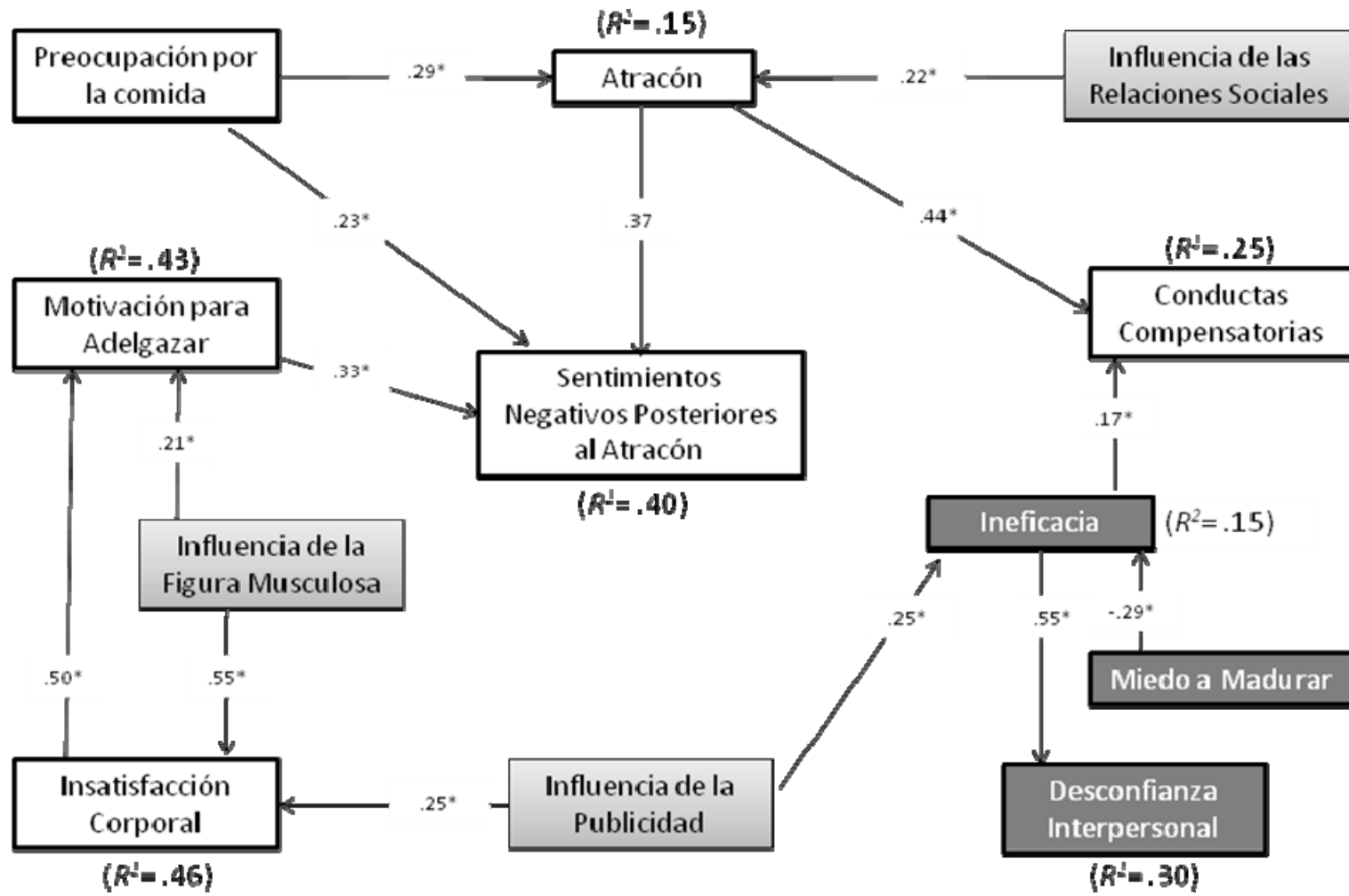
Finalmente, con los resultados de la regresión múltiple, es posible expresar gráficamente el Modelo de Factores de riesgo de TCA obtenido en varones mexicanos (Figura 1).

Así, se observó que de los cuatro factores socioculturales, la Influencia de los modelos sociales quedó fuera del modelo, ya que no mostró ningún efecto de predicción sobre algún componente de TCA u otro factor asociado. Por otra parte, la Influencia de la publicidad y la Influencia de las relaciones sociales mostraron ejercer efectos relativamente bajos sobre los componentes Insatisfacción corporal y Atracón, respectivamente, y sobre un factor individual: la Ineficacia. En contraste, la Influencia de la figura musculosa mostró ejercer un importante efecto de predicción sobre la Insatisfacción corporal, pero fue relativamente bajo sobre la Motivación para adelgazar, siendo ambos componentes fundamentales en el diagnóstico de TCA.

Por su parte, los tres factores individuales se mantuvieron en el modelo, mostrando mayor relación entre ellos que con otros factores. Particularmente, la Ineficacia resultó ser el único factor asociado a un componente de TCA; así, predijo a las Conductas compensatorias y a la Desconfianza interpersonal y, a su vez, fue precedida por la Influencia de la publicidad y el Miedo a madurar (esta última de manera negativa).

Finalmente, cabe señalar que en el modelo de factores de riesgo obtenido lograron ingresar los seis Componentes de TCA. De esta manera, el Atracón resultó ser el factor con más asociaciones respecto a otras variables, pues fue precedido por la Preocupación por la comida y por la Influencia de las relaciones sociales, asimismo éste predijo los Sentimientos negativos posteriores al atracón –precedido, a su vez, por la Preocupación por la comida y la Motivación para adelgazar– y las Conductas compensatorias. Por otro lado, la Insatisfacción corporal y la Motivación para adelgazar mostraron similitud al ser explicados por la Influencia de la figura musculosa en combinación con otro factor: la Influencia de la publicidad, en el primer caso, y la Insatisfacción corporal en el segundo, además de que ambos se vieron fuertemente asociados entre sí.

Figura 1. Factores de riesgo de TCA en varones.



DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue identificar los factores individuales y socioculturales predictores de los componentes o síntomas de TCA en varones mexicanos.

Para ello, inicialmente se evaluó la presencia de los componentes de TCA, los factores socioculturales y los factores individuales dentro de la muestra. Particularmente, en cuanto a los socioculturales, se encontró que la Influencia de la publicidad, la Influencia de relaciones sociales y la Influencia de modelos sociales fueron las variables con puntuaciones similares a las mínimas, lo que podría hacer referencia a una baja interiorización de los estereotipos sociales respecto a forma y peso corporal, por parte de los participantes del estudio, que – de acuerdo a diversas investigaciones– se ve asociada a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de TCA en la adolescencia y/o juventud (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Andersen, 1996; García-Camba, 2001; Herrero & Viña, 2005; Muiise et al., 2003; O’Dea & Abraham, 2000; Presnell et al., 2004; Rojo et al., 2003). Asimismo, la Influencia de la figura musculosa reveló puntuaciones más cercanas al mínimo, probablemente debido a que son menos los adolescentes que han interiorizado dicho modelo estético corporal, evidencia que confirma los hallazgos de Andersen (1996) y Kaplan et al. (1988), así como los de algunas investigaciones que han mostrado que las mujeres, en contraste con los varones, presentan un mayor grado de insatisfacción a edades más tempranas (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Friestad & Rise, 2004; Lameiras et al., 2003; Muris et al., 2005; Rojo et al., 2003), mientras que en varones puberales y adolescentes es menos probable encontrar dicha insatisfacción. Sin embargo, investigaciones recientes realizadas con varones estadounidenses, han revelado que la existencia de una importante presión sociocultural en cuanto a la deseabilidad de los cuerpos fuertes y musculosos puede hacer que se vean expuestos –a edades cada vez más tempranas– a la interiorización de dicho ideal estético (Pope et al., 2000; Thompson & Cafri, 2007), pero insistiendo en que es a mayor edad cuando más

varones manifiestan el deseo de aumentar sus dimensiones corporales, particularmente el tamaño de sus músculos (Casullo, 2006; Furnham & Calnan, 1998; García-Grau et al., 2004; Rojo et al., 2003). Hallazgos que fundamentan la necesidad de evaluar estos factores en población tanto adulta como infantil.

Respecto a los factores individuales, la Desconfianza interpersonal mostró mayor puntuación en comparación con los otros factores individuales, lo que implica que los participantes de la muestra podrían reflejar inseguridad y/o incapacidad para expresar sus sentimientos y confianza hacia otras personas por encontrarse en las etapas de pubertad y adolescencia, mismas que son de transición y cambio, por lo que pueden incrementar la vulnerabilidad a manifestar mayor ansiedad. Además, la incapacidad para relacionarse socialmente se ha considerado un importante factor de riesgo para los varones, ya que se ha vinculado a la interiorización de mayor presión sociocultural por el control del peso corporal (Herrero & Viña, 2005) y desvalorización de la apariencia física (Rosen, 1990). Por el contrario, la Ineficacia reveló puntuaciones muestrales esencialmente bajas, mostrando no ser tan relevante en los varones adolescentes que participaron en este estudio, ello a pesar de que este factor en otras muestras masculinas se vio asociado a la insatisfacción corporal (Cooley & Toray, 2001; Presnell et al., 2004; Vázquez et al., 2005). Asimismo, el factor Miedo a madurar reveló puntuaciones más cercanas al mínimo, lo que implica una interrogante sobre este factor, pues si bien los participantes se encuentran en la pubertad y adolescencia, no presentan temor ante la incertidumbre generada ante las responsabilidades que supone el crecer o convertirse en adulto, lo cual se ha documentado en relación con los TCA, particularmente en mujeres (Toro, 2004; Wichstrom, 1999, cit. en Thompson & Smolak, 2001); sin embargo, esta relación no ha sido tan estudiada en los varones y menos aún en la adolescencia temprana. Esto puede ser resultado de la complejidad de evaluar este constructo en dicho periodo de edad, ya que supone un deseo de permanecer en la seguridad de la infancia, ante lo cual habría que considerar que los puntos de referencia espacio-temporal, dada su condición natural de desarrollo cognitivo, son diferentes a los inherentes a la adultez.

En cuanto a los componentes de TCA, la mayoría mostró puntajes similares, relativamente bajos, particularmente la Insatisfacción corporal y las Conductas compensatorias, los cuales se acercaron más a las puntuaciones mínimas posibles, ambos factores considerados fundamentales en el diagnóstico de TCA. La Insatisfacción corporal por su parte, ha sobresalido como un constructo relevante, al ser considerado un iniciador y mantenedor de la psicopatología alimentaria, donde las creencias socioculturales e ideológicas respecto de un ideal corporal muestran una influencia importante en las actitudes referentes a la apariencia física (De la Serna, 2001; Olivardia, Pope & Hudson, 2000). Por otra parte, las Conductas compensatorias han mostrado relevancia en los estudios de TCA, al considerarse el constructo más patológico, principalmente las del tipo purgativo, ya que su objetivo es compensar la sobreingestión alimentaria que supone el atracón, el cual es otro de los componentes de TCA. En este contexto, las puntuaciones obtenidas en este estudio, permiten inferir que la insatisfacción corporal no fue característica de los participantes, por lo que tampoco destacó la presencia de conductas destinadas a la modificación del peso y forma corporal.

Posteriormente, los análisis de correlación y regresión múltiple realizados, evidenciaron que los factores evaluados se vincularon en formas diversas, lo que plantea nuevas interrogantes respecto a los síntomas de TCA en varones, mismas a las que a continuación se da paso.

En general, la Influencia de la publicidad, de modelos sociales y de relaciones sociales correlacionaron con todos los componentes de TCA, con una magnitud que fue de débil a moderada, mostrando que a mayor influencia de los medios publicitarios en relación con los productos, artículos y métodos de adelgazamiento, o mayor interiorización de los modelos estéticos corporales, o mayor influencia de la familia o personas cercanas respecto a actividades y productos adelgazantes, fue mayor el miedo a engordar y/o la preocupación por la figura, la insatisfacción corporal, la angustia alimentaria, así como el atracón, el afecto negativo posterior al atracón alimentario y la implementación de conductas compensatorias. De esta

manera, podría pensarse que estos factores, particularmente la Influencia de la publicidad, no son tan relevantes en la predicción de los síntomas de TCA en los varones, como si se observa en el caso de las mujeres (Alvarez, 2006), pues las características de los tres factores se enfocan a la interiorización de mensajes pro-adelgazamiento, lo que pudo haber conducido a hallar correlaciones negativas.

Complementariamente, la Influencia de la figura musculosa, mostró un patrón de asociaciones similar al de los tres factores precedentes, pero –en general– de mayor magnitud. De esta forma, una mayor ansiedad por la comparación desfavorable de los cuerpos musculosos y la necesidad de aumentar musculatura, se relaciona con más insatisfacción corporal y miedo a engordar y/o preocupación excesiva por la forma corporal. Datos que son similares a los observados por Zavala et al. (2008), quienes encontraron que a mayor obsesión por la musculatura, mayor motivación para adelgazar.

Por otra parte, en cuanto a los factores individuales, en el presente estudio ninguno mostró una correlación significativa con algún componente de TCA, a excepción de la observada entre la Ineficacia y las Conductas compensatorias, relación que ha sido confirmada en otras investigaciones (McCabe & Vincent, 2003; Woodside et al., 2001), lo que implica que a mayor inseguridad y ausencia de autocontrol, mayor compensación tras el atracón. Asimismo, la inseguridad se ha vinculado con la incapacidad para expresar sentimientos y confianza hacia otras personas, misma relación que se ha observado con baja autoestima y/o angustia (McCabe & Vincent, 2003). Por el contrario, se observó que a mayor inseguridad y ausencia de autocontrol, menor deseo de permanecer en la seguridad de la infancia, dato novedoso en la investigación con varones. Estos resultados confirman la dificultad –ya antes mencionada– en cuanto a la evaluación del factor Miedo a madurar en niños, púberes y/o adolescentes.

Tomando en cuenta las relaciones precedentes, se identificaron los factores predictores de la sintomatología de TCA.

De esta manera, para el componente *Insatisfacción corporal*, sólo la Influencia de la figura musculosa y la Influencia de la publicidad lograron explicar casi la mitad de la variable. Sin embargo, es el primero de ellos el que mostró ser el principal factor de riesgo de que varones púberes y adolescentes se sientan insatisfechos con su apariencia física, principalmente a favor de un modelo pro-musculatura, mismo que se ha documentado está vinculado con una mayor comparación social y al deseo de pesar más o incrementar su masa muscular (Aldaco, 2008; Andersen et al., 2000; Gómez-Peresmitré et al., 2000; Muris et al., 2005; Pope et al., 2000). Con lo que respecta a la Influencia de la publicidad y, a diferencia de lo que se ha encontrado en otras investigaciones (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; Frederick et al., 2005; Toro, 1996, 2006), este factor mostró ejercer un efecto relativamente débil sobre la predicción de la Insatisfacción corporal, lo que conduciría a un análisis minucioso del tipo de publicidad al que la variable se circunscribe.

En este sentido, en la presente investigación se observó que la Influencia de la figura musculosa resultó ser un factor de riesgo del componente *Motivación para adelgazar*, aunque precedido por la Insatisfacción corporal, relación que se ha confirmado en otros estudios que argumentan que la Insatisfacción corporal está asociada a niveles elevados de la importancia otorgada a la figura corporal pro-delgadez, de la que se ha notado un incremento de esta última en los recientes años (Aldaco, 2008; Ruíz et al., 2004; Vázquez et al., 2004).

Otro factor de riesgo importante en la patología alimentaria es la *Preocupación por la comida*, misma que se ha encontrado con más frecuencia en mujeres, quienes presentan más ideas obsesivas relacionadas con la ingestión alimentaria y el control sobre ella que los varones, aunque –en todo caso– precedida por la Insatisfacción corporal (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Byrne & McLean, 2002; Friestad & Rise, 2004; Lameiras et al., 2003; Muris et al., 2005; Pope et al., 2000; Presnell et al., 2004; Vázquez et al., 2005). Por otra parte, las investigaciones en México con varones han documentado que este factor se ha

relacionado con la Influencia de la publicidad y/o Influencia de los modelos sociales (Ruíz et al., 2004; Vázquez et al., 2002, 2005). En lo que respecta a la presente investigación, la preocupación por la comida fue precedida por la Insatisfacción corporal y la Influencia de los modelos sociales, sin embargo, ambos factores explicaron menos del 10% de la variable, por lo que se descartaron ambos modelos, lo que sugiere que en el género masculino los pensamientos y sensaciones angustiantes en torno a la ingestión alimentaria pueden estar relacionados con otros factores.

Por otra parte, la Preocupación por la comida mostró ser el principal factor de riesgo para la conducta de *Atracón*, esto en combinación con la Influencia de relaciones sociales, aunque ésta de manera negativa. A diferencia de investigaciones previas con muestras masculinas, las que han encontrado asociado al Atracón con el Miedo a madurar (Alvarez et al., 2003), o lo han visto precedido por la Ineficacia (McCabe & Vincent, 2003), lo que sugiere que una vez que los varones se obsesionan por la ingestión y el control sobre los alimentos, tienen mayor probabilidad de desarrollar conductas de atracón, las que muchas veces suelen ser pasadas por alto en este género.

Aunado a ello, los *Sentimientos negativos posteriores al atracón* fueron precedidos, como era de esperarse, por el Atracón, pero en conjunto con la Motivación para adelgazar y la Preocupación por la comida, características que podría pensarse son atribuidas a la búsqueda de un modelo pro-delgadez, sin embargo, nuevamente se ve la contribución –aunque marginal– de la Influencia de la publicidad y de la Insatisfacción corporal.

Asimismo, las *Conductas compensatorias* también se vieron precedidas por el Atracón y la Ineficacia, datos que coinciden con otras investigaciones (McCabe & Vincent, 2003; Womble et al., 2001). Además, otros factores –con débil papel predictivo– fueron los Sentimientos negativos posteriores al atracón y la Influencia de relaciones sociales, aunque estas asociaciones no resultaron tan significativas,

quedando fuera los factores socioculturales, lo que indica que son conductas más específicas, como el atracón y –de modo indirecto– la preocupación por la comida, lo que desencadena la conducta compensatoria más allá de factores externos.

Por otro lado, en cuanto a la predicción sobre los factores individuales, la *Ineficacia* se vio explicada por el Miedo a madurar y la Influencia de la publicidad, aunque ambos con una aportación débil sobre la predicción, lo que pudiera sugerir que las dificultades para enfrentar las circunstancias de la adolescencia se pueden percibir como situaciones comunes de la vida y no necesariamente como generadoras de angustia respecto al desarrollo físico y social que supone la pubertad. Asimismo, la influencia de los medios publicitarios, en relación con los productos, artículos y métodos de adelgazamiento, al parecer no propicia dificultades en el control de la conducta alimentaria, al menos no en los varones de este estudio, lo que evidencia que dentro de la muestra fueron pocos los que deseaban adelgazar.

Por último, la *Desconfianza interpersonal* fue predecida por la Ineficacia, asociación entre factores individuales –aunada a otros elementos– puede ser fundamental en el desarrollo de un TCA, ya que –por separado– ambos factores han correlacionado con sintomatología de BN (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Herrero & Viña, 2005; Muise et al., 2003; Presnell et al., 2004; Vázquez et al., 2004), Atracón, Conductas compensatorias (McCabe & Vincent, 2003; Womble et al., 2001), Motivación para adelgazar (McCabe & Vincent, 2003), Insatisfacción corporal y, moderadamente, con dieta restrictiva (Byrne & McLean, 2002; Presnell et al., 2004).

Cabe señalar que, en contraste con otras investigaciones que argumentan que los factores socioculturales y, en específico, la Influencia de la publicidad pueden representar un factor de riesgo muy importante al promover directamente los TCA (Toro, 2006), en el presente estudio se observó que cuando se incluían estas variables en algunos modelos, aumentaba la variabilidad explicada.

Específicamente en los componentes Insatisfacción corporal, Sentimientos negativos posteriores al atracón e Ineficacia, la Influencia de la publicidad actuó como un posible factor de riesgo, pero esencialmente débil, sobre la Influencia de la figura musculosa, el Atracón, la Motivación para adelgazar y la Preocupación por la comida, a pesar de lo recopilado en otras investigaciones que argumentan lo contrario (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; Aldaco, 2008; Frederick et al., 2005; Ruíz et al., 2004; Toro, 1996, 2006) una vez que han identificado a los factores socioculturales como predictores del aumento de la masa muscular y la dieta en varones adolescentes (Muris et al., 2005), mayor presencia de Atracón, Conductas compensatorias, Preocupación por la comida (Ruíz et al., 2004; Vázquez et al., 2002, 2005) e Insatisfacción corporal (Aldaco, 2008). Por tanto, de acuerdo con Miller (2005), resulta fundamental ampliar la investigación sobre la Influencia de la publicidad en varones, y en este caso distinguir si el efecto puede ser diferencial cuando ésta es pro-adelgazamiento de cuando es pro-musculatura.

Una posible razón de las discrepancias entre los resultados de esta investigación e investigaciones precedentes, puede ser –en primer lugar– la edad de la muestra. En este estudio, la media de edad fue de 13.34 años (D.E.= 1.43), a diferencia de otras investigaciones con una media de edad que fluctúa entre los 15 y los 17 años. Otra probable razón es que el instrumento utilizado en este estudio recopila ítems de otros instrumentos que evalúan la Influencia de la publicidad, la Influencia de modelos sociales y la Influencia de relaciones sociales, ponderando las preguntas sobre conductas, actitudes y cogniciones pro-delgadez sobre las relacionadas con la musculatura (Vázquez, Velázquez, 2008), por lo que posiblemente se requeriría mayor investigación con este instrumento y la posibilidad de nivelar la cantidad de ítems en relación al ideal estético pro-delgadez vs. pro-musculatura.

Por último, en cuanto al Modelo de Factores de Riesgo de TCA en Varones aquí derivado, es posible visualizar algunas relaciones y desencadenantes de sintomatología de TCA (véase Figura 1), a través de las siguientes vertientes:

En la primera de ellas, se observa que el punto de entrada más significativo al desarrollo de los síntomas de TCA es por medio de la Influencia de la figura musculosa, la cual por sí misma puede derivar en la Motivación para adelgazar o potenciar su efecto a través de la Insatisfacción corporal, y llevará a los Sentimientos negativos posteriores al atracón.

Otra vía de acceso es por medio de la Preocupación por la comida, de la cual –a su vez– se da paso a dos vías. La primera deriva directamente a los Sentimientos negativos posteriores al atracón, mientras que la segunda está mediada por el Atracón, mismo que conduce a las Conductas compensatorias. Aquí, también es posible encontrar la contribución débil del factor Influencia de relaciones sociales sobre el Atracón.

Y el tercer acceso es la combinación del Miedo a Madurar y la Influencia de la publicidad, la primera de manera negativa, como predictores de la Ineficacia, misma que puede derivar directamente en Conductas compensatorias o actuar sobre la Desconfianza Interpersonal.

De esta manera, se hace evidente que el principal factor de riesgo de TCA en los varones es la Influencia de la figura musculosa, por lo que la internalización de mensajes pro-musculatura, en combinación con otros factores individuales, puede desencadenar que un hombre desee tanto reducir como aumentar su peso corporal, así como transformar sus dimensiones corporales, lo cual puede influir en las conductas patológicas características de los TCA, por lo que resultaría fundamental ampliar la investigación sobre la influencia de los factores socioculturales, y más aún sobre la relación existente entre el consumo de medios y la percepción corporal pro-delgadez o pro-musculatura específicamente en varones.

CONCLUSIONES

- ☆ La interiorización del ideal muscular resultó ser el más importante factor predictor de la Insatisfacción corporal, ya que por sí mismo explicó un 40% de la variabilidad de ésta.
- ☆ Asimismo, la valoración excesivamente negativa respecto a la propia imagen corporal está vinculada en gran medida a la preocupación por la figura y el peso corporal.
- ☆ Los episodios de atracón, la preocupación por la figura y el peso corporal, así como las ideas obsesivas relacionadas con la ingestión alimentaria y el control sobre ella, resultaron ser elementos determinantes en la presencia de pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas de incomodidad que surgen después de un atracón alimentario.
- ☆ Contrario a lo esperado, los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas de incomodidad que surgen después de un atracón alimentario no fueron relevantes en la presencia de las conductas enfocadas a compensar la sobreingestión calórica posterior al atracón, sino que estas últimas se vieron influidas tanto por los propios episodios de atracón como por la ineficacia, misma que resalta como factor predictor de la desconfianza interpersonal. Por lo que es necesario profundizar en el estudio de la autoestima como posible factor de riesgo de TCA, principalmente en la investigación con varones adolescentes.
- ☆ Como contraparte, de los factores socioculturales: Influencia de publicidad, Influencia de relaciones sociales e Influencia de modelos sociales, sólo el primero mostró tener un papel relativamente relevante en la predicción de la Insatisfacción corporal. De esta forma, cuando los factores socioculturales figuraron con algún efecto de predicción sobre otro factor, siempre fue con

una aportación mínima. Lo cual puede explicarse a partir del constructo que miden, dirigido mayormente a la interiorización del ideal estético de delgadez y no así al de musculatura. Por lo que resulta necesario ampliar la investigación sobre los factores socioculturales en cuanto a la polarización entre la interiorización de los ideales sociales pro-adelgazamiento vs. pro-musculatura y su impacto sobre la imagen corporal, así como en las actitudes y conductas alimentarias de los varones.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La edad de los participantes puede considerarse una limitante, al ser pocos los estudios que incluyen niños o adolescentes varones en la investigación de los TCA, de ahí que sea necesario realizar mayor exploración en esta población, sobre todo para la reformulación de constructos como el de Miedo a madurar.

En cuanto a futuras investigaciones, es primordial evaluar el papel que tienen las vías de influencia sociocultural sobre la interiorización que tienen los varones de los ideales estéticos, ya que en ellos existen dos tipos de ideal: el ideal de delgadez y el ideal de musculatura. Así como el impacto de estos ideales sobre las conductas alimentarias patológicas. Para ello sería necesario incluir población adulta que verifique la pertinencia de los factores, así como la comprobación del modelo, ya que es conocido que en los varones el desarrollo de un TCA ocurre a edades más tardías.

Asimismo, sería importante analizar el tipo de insatisfacción corporal que predomina en los varones mexicanos a lo largo de diferentes grupos de edad, ya que la búsqueda de un modelo estético pro-delgadez conlleva el empleo de métodos de modificación corporal diferentes a los supuestos en la búsqueda de un modelo pro-musculatura.

Finalmente es necesario incluir otros componentes en la investigación de los TCA en varones, por ejemplo: dieta restrictiva, perfeccionismo, depresión, ansiedad, baja autoestima, impulsividad y peso corporal. En específico, sería relevante evaluar la importancia del ejercicio físico como un posible factor precipitante en la aparición de un TCA.

REFERENCIAS

- Acosta, M.V. & Gómez-Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta: Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3, 9-21.
- Agliata, D. & Tantleff-Dunn, S. (2004). The impact of media exposure on males body image. Journal of Social and Clinical Psychology, 23, 7-22.
- Aguirre, M., López, C., Béhar, R., Cordella, P. & Urrutia, L. (2006). Estado actual de los trastornos del comportamiento en Chile. En: J.M. Mancilla & G. Gómez-Peresmitré. Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. (pp. 57-87). México: Manual Moderno.
- Aldaco, A.S. (2008). Insatisfacción corporal e indicadores antropométricos en varones. Tesis de Licenciatura no publicada, UNAM-FES Iztacala.
- Álvarez, D., Franco, K., Mancilla, JM., Alvarez, G. & López, X. (2000). Factores predictivos de la sintomatología de los trastornos alimentarios. Psicología Contemporánea, 7, 26-35.
- Alvarez, G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar un trastorno alimentario: EAT y BULIT. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, G. (2006). Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Alvarez, G., Franco, K., Mancilla, J.M, & Vázquez, R. (2002). Evaluación de trastornos alimentarios en estudiantes mexicanas. En: L.E. Aragón & A. Silva. Evaluación psicológica en el área clínica. (pp. 175-191). México: Pax.
- 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. Revista Psicología y Salud, 13, 245-255.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M., Martínez, M. & López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. Psicología y Ciencia Social, 2, 50-58.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M. & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). Psicología Contemporánea, 7(1), 74-85.
- Alvarez, G., Valdez, V., Mancilla, J.M., Vázquez, R., López, X. & Franco, K. (2007/Octubre). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT) en varones mexicanos. Trabajo presentado en XV Congreso Mexicano de Psicología, celebrado en Hermosillo, Sonora.
- Alvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J.M. & Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias. (EAT-40) en mujeres mexicanas. Revista Mexicana de Psicología, 19, 47-56.
- Alvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J.M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel, C., Caballero, A. & Mercado, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. Eating and Weight Disorders, 9(4), 243-248.

- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3a.ed revisada). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado Barcelona: Masson.
- Andersen, A. (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). Madrid: Pirámide.
- Andersen, A., Cohn, L. & Holbrook, T. (2000). Making weight: Healing men's conflicts with food, weight & shape. EUA: Gürze Books.
- Andersen, A. & Mickalide, A. (1983). Anorexia nervosa in male: An underdiagnosed disorder. Psychosomatic Medicine, 24, 12-18.
- Arbinaga, F. & Caracuel, J.C. (2003). Aproximación a la dismorfia muscular. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de Enlace, 65, 7-15.
- Barry, D., Grilo, C. & Masheb, R. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 31, 63-70.
- Berrocal, C. & Ruiz, M.A. (2002). Trastorno por sobreingesta compulsiva: Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2, 407-424.
- Bosques, L.E. (2003). Evaluación de la relación entre los roles de género y la sintomatología de trastorno alimentario. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Byrne, S.M. & McLean, N.J. (2002). The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation. International Journal of Eating Disorders, 31, 17-31.
- Carlat, D. & Camargo, C. (1991). Review of bulimia nervosa in males. American Journal of Psychiatry, 148, 831-843.
- Carlat, D., Camargo, C. & Herzog, D. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. American Journal of Psychiatry, 154, 1127-1132.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. Psychological Assessment, 2, 175-190.
- Casullo, M. (2006). Comportamientos alimentarios en adolescentes y jóvenes argentinos: Factores de riesgo. En: J.M. Mancilla & G. Gómez-Peresmitré. Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. (pp. 1-24). México: Manual Modeno.
- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. International Journal of Eating Disorders, 30, 28-36.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. & Fairburn, CH. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. International Journal of Eating Disorders, 6(4), 485-495.
- Cumella, E.J. (2005). The heavy weight of exercise addiction. Behavioral Health Management, 5, 26-31.

- De la Serna, I. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el varón. En: E. García-Camba (Ed.). Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia, bulimia nerviosa, obesidad. (pp. 117-123). España: Masson.
- Derek, W.S. (1986). Anorexia nervosa in the males: A review of clinical, epidemiological and biological findings. International Journal of Eating Disorders, 5, 799-819.
- Díaz, R., Chiquil, M.T. & Escoto, M.C. (2008/Octubre). Algunos factores asociados a la obsesión por la musculatura en varones usuarios de gimnasios. Trabajo presentado en el XVI Congreso Mexicano de Psicología, celebrado en Monterrey, Nuevo León.
- Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (1993). Binge eating: Definititon and classification. En: C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.). Binge eating: Nature, assessment and treatment. (pp. 3-14). New York: Guilford Press.
- Fernández-Aranda, F., Aitken, A., Badía, A., Giménez, L., Solano, R., Collier, D., Treasure, J. & Vallejo, J. (2004). Personality and psychopathological traits of males with an eating disorder. European Eating Disorders Review, 12, 367-374.
- Franco, K. (2007). Perfeccionismo y trastornos del comportamiento alimentario: Una aproximación multidimensional. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Franco, K., Mancilla, J.M., Alvarez, G., López, X. & Vázquez, R. (Manuscrito sometido para su publicación). Factor structure and internal consistency of the Eating Disorders Inventory among Mexican males. Eating and Weight Disorders.

- Frederick, D.A., Fressler, D.M. & Haselton, M.G. (2005). Do representations of male muscularity differ in men's and women's magazines? Body Image, 2, 81-86.
- Friestad, C. & Rise, J. (2004). A longitudinal study of the relationship between body image, self-esteem and dieting among 15-21 year olds in Norway. European Eating Disorders Review, 12, 247-255.
- Furnham, A. & Calnan, A. (1998). Eating disturbances, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. European Eating Disorders Review, 6, 58-72.
- 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, bulimia nerviosa, obesidad. (pp. 3-29). España: Masson.
- García-Grau, E., Fusté, A., Miró, A., Saldaña, C. & Bados, A. (2004). Coping style and vulnerability to eating disorders in adolescent boys. European Eating Disorders Review, 12, 61-67.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An Index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273-279.
- Garner, D.M, Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 15-34.
- Gila, A., Castro, J., Cesena, J. & Toro, J. (2005). Anorexia nervosa in male adolescents: Body image, eating attitudes and psychological traits. Journal of Adolescent Health, 36, 221-226.

- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. & Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino. Revista Psicología Contemporánea, 7(7), 4-15.
- Gray, J.J. & Ginsberg, R.L. (2007). Muscle dissatisfaction: An overview of psychological and cultural research. En: J.K. Thompson & G. Cafri. (Eds). The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives. (pp. 15-40). Washington: American Psychological Association.
- Green, S. & Pritchard, M. (2003). Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. Social Behavior and Personality, 31, 215-222.
- Herrero, M. & Viña, C.M. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. International Journal of Clinical and Health Psychology, 5(1), 67-83.
- Kaplan, S., Busner, J. & Pollack, S. (1988). Perceived weight, actual weight, and depressive symptoms in a general adolescent sample. International Journal of Eating Disorders, 7, 107-113.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3(1), 23-33.
- Lindberg, L. & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. International Journal of Eating Disorders, 34, 397-408.
- López, X. (2008). Caracterización del trastorno por atracón en mujeres y hombres mexicanos. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Mancilla, J.M., Franco, K., Alvarez, G. & Vázquez, R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the Mexican version of the Eating Disorders Inventory, EDI. Revista Thomson Psicología, 1(2), 167-176.
- 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.
- Mancilla, J.M., Gómez-Peresmitré, G., Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, A., López, X. & Acosta, M.V. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: J.M. Mancilla & G. Gómez-Peresmitré. Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. (pp. 123-171). México: Manual Moderno.
- Mancilla, J.M., Lameiras, M., Vázquez, R., Franco, K., Alvarez, G., López, X. & Ocampo, M.T. (en prensa). Influencias socioculturales y síntomas de trastorno del comportamiento alimentario en hombres y mujeres de dos países hispanoparlantes: España y México. En: M. Valencia & L.L. Eguiluz (Eds.). Psicología de la Salud: Las aportaciones en México.
- Mancilla, J.M., Mercado, L., Manríquez, E., Alvarez, G., López, X. & Román, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Revista Mexicana de Psicología, 16, 37-46.
- McCabe, M.P. & Ricciardelli, L.A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. Journal of Social Psychology, 143, 5-26.
- McCabe, M.P. & Vincent, M.A. (2003). The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. European Eating Disorders Review, 11, 315-328.

- Miller, E. (2005). Media Consumption, body image and thin ideals in New Zealand men and women. New Zealand Journal of Psychology, 34, 189-196.
- Muise, A.M., Stein, D.G. & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: A review of the adolescent and young adult literature. Journal of Adolescent Health, 33, 427-435.
- Muris, P., Meesters, C., Van de Blom, W. & Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. Eating Behaviors, 6, 11-22.
- Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamasaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K. & Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. International Journal of Eating Disorders, 28, 173-180.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P., Perry, C. & Irving, L. (2002). Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: Implications for preventing weight-related disorders. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156, 171-178.
- O'Dea, J.A. & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. International Journal of Eating Disorders, 28, 43-57.
- Olivardia, R., Pope, G.H. & Hudson, I.J. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. American Journal of Psychiatry, 157, 1291-1296.

- Organización Mundial de la Salud. (2006). Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]). En: www.who.int/about/es/. Recuperado /15-11-07/
- Picot, A. & Lilenfeld, L. (2003). The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. International Journal of Eating Disorders, 34, 98-107.
- Pope, H., Phillips, K. & Olivardia, R. (2000). The Adonis complex: How to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys. EUA: Touchstone.
- Presnell, K., Bearman, S.K. & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. International Journal of Eating Disorders, 36, 389-401.
- Raich, R.M. (2000). Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M. (2006). La evaluación del trastorno de la imagen corporal. En: V.E. Caballo (Ed.). Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. (pp.195-210). Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. Clínica y Salud, 7(4), 51-66.
- Rodríguez, M. & Gempeler, J. (2006). Los trastornos del comportamiento alimentario en Colombia. En: J.M. Mancilla & G. Gómez-Peresmitré. Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. (pp. 43-55). México: Manual Moderno.

- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, L. & Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. International Journal of Eating Disorders, 34, 281-291.
- Rosen, J.C. (1990). Body-image disturbances in eating disorders. En: T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). Body images: Development, desviance and change. New York: Guilford.
- Ruíz, A.O., Vázquez, R., Mateo, C., Galdós, J., Alvarez, G. & Mancilla, J.M. (2004). Presencia de trastornos alimentarios y su sintomatología en relación con influencias culturales e insatisfacción corporal entre estudiantes hombres y mujeres. Revista Psicología (Electrónica), 1(1).
- Saucedo, T.J. (2003). Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Smith, M.C & Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test of bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(2), 863-872.
- Thompson, J.K. & Cafri, G. (2007). The muscular ideal: An introduction. En J.K. Thompson & G. Cafri (Eds.). The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives. (pp. 3-12). Washington: American Psychological Association.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington: American Psychological Association.

- Thompson, J.K. & Smolak, L. (2001). Introduction: Body image, eating disorders, and obesity in youth, the future is now. En: J.K. Thompson & L. Smolak. (Eds.). Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment. (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2004). Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2006). Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En: J.M. Mancilla & G. Gómez-Peresmitré. Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. (pp. 203-227). México: Manual Moderno.
- Toro, J., Castro, J., Gila, A. & Pombo, C. (2005). Assesment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. European Eating Disorders Review, 13, 351-359.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influence on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psiquiátrica Scandinavica, 89, 147-151.
- Unikel, C., Aguilar, J. & Gómez-Peresmitré, G. (2005). Predictor of eating disorders in a simple of Mexican women. Eating and Weight Disorders, 10(1), 33-39.
- Unikel, C., Bojorquez, I., Carreño, S. & Caballero, A. (2006). Validación del eating disorder inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria. Salud Mental, 29, 44-51.

- Vander-Wall, J. & Thelen, M. (1997). Attitudes toward bulimic behaviors in two generations: The role of knowledge, body mass, gender, and bulimic symptomatology. Addictive Behaviors, 4, 491-507.
- Vázquez, R., Aldaco, A.S., Mancilla, J.M., Ocampo, M.T., Alvarez, G., López, X. & Franco, K. (2007/Octubre). Insatisfacción corporal e indicadores antropométricos en varones adolescentes. Trabajo presentado en el XV Congreso Mexicano de Psicología, celebrado en Hermosillo, Sonora.
- Vázquez, R., Alvarez, G. & Mancilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), en población mexicana. Salud Mental, 23(6), 18-24.
- Vázquez, R., Fuentes, S., Báez, M., Alvarez, G. & Mancilla, J.M. (2002). Sociocultural influences of an esthetic figure models on the presence of eating disorder symptoms. Psicología y Salud, 12, 73-82.
- Vázquez, R., Galán, J.C., Alvarez, G., Mancilla, J.M., Franco, K. & López, X. (2004/Septiembre). Validez del Body Shape Questionnaire en mujeres mexicanas. Trabajo presentado en el XII Congreso Mexicano de Psicología, celebrado en Guanajuato, México.
- 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., López, X., Alvarez, G. & Mancilla, J.M. (2006). La evaluación del trastorno por atracón. En: V.E. Caballo (Ed.). Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. (pp. 235-246). Madrid: Pirámide.

- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Mancilla, J.M. & Ruíz, A.O. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. Enseñanza e Investigación en Psicología, 11(1), 185-197.
- 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., Raich, R.M., Viladrich, M.C., Alvarez, G. & Mancilla, J.M. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. Revista Mexicana de Psicología, 18(3), 325-335.
- Vázquez, R., Ruíz, A.O., Mancilla, J.M. & Alvarez, G. (2008). Patrones de consumo alimentario en mujeres y hombres con sintomatología de trastorno alimentario. Revista Salud Pública y Nutrición, 3. Disponible en www.uanl.mx/publicaciones/respyn/ix/3/index.html.
- Vázquez, R., Ruíz, A.O., Mancilla, J.M., Franco, K., Alvarez, G. & López, X. (2008/Mayo). Internal consistency and factorial structure of the Questionnaire of Sociocultural Influences on the Aesthetic Body Shape Model (CIMEC) in males Mexican. Trabajo presentado en la 2008 International Conference on Eating Disorders, celebrada en Seattle, E.U.
- Vázquez, R., Saucedo, I.A., Alvarez, G., Mancilla, J.M., López, X. & Franco, K. (2006/Septiembre). Consistencia interna y validez factorial del EAT-40 para varones en población mexicana. Trabajo presentado en el XIV Congreso Mexicano de Psicología, celebrado en Puerto Vallarta, Jalisco.
- Vázquez, R., Velázquez, H.J., Mancilla, J.M., Alvarez, G., López, X. & Franco, K. (2008/Octubre). Estructuración y evaluación de un Inventario de Trastornos de

la Conducta Alimentaria para varones. Trabajo presentado en el XVI Congreso Mexicano de Psicología, celebrado en Monterrey, Nuevo León.

Velilla, P. (2001). Los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes varones. [En red]. Aula Médica Psiquiatría, 2, Resumen de: www.psiquiatria.com.

Vincent, M. & McCabe, M. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. Journal of Youth and Adolescence, 29(2), 205-221.

Wijbrand, H. & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 34, 383-396.

Womble, L.G., Williamson, D.A., Martin, C.K., Zucker, N.L., Thaw, J.M., Netemeyer, R., Lovejoy, J. C. & Greenway, F.L. (2001). Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. International Journal of Eating Disorders, 30, 217-221.

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

Zavala, B.M., Alvarez, G., Franco, K., Sicarios, M., Ibarra, E.M. & Mancilla, J.M. (2008/Octubre). Síntomas de trastorno del comportamiento alimentario y de dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasios. Trabajo presentado en el XVI Congreso Mexicano de Psicología, celebrado en Monterrey, Nuevo León.