



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**IDENTIDAD DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO EN  
TRASTORNOS DE IMAGEN CORPORAL Y  
CONDUCTA ALIMENTARIA**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

CLAUDIA IVETTE NAVARRO CORONA

DIRECTORA: DRA. TANIA ESMERALDA ROCHA SÁNCHEZ

REVISOR: DR. ROLANDO DÍAZ LOVING

SINODALES: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS  
DRA. GABINA VILLAGRAN VÁZQUEZ  
MTRO. RAFAEL LUNA SÁNCHEZ

MEXICO, D.F.

2009



PROYECTO PAPIIT IN309708



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

---

## ***Agradecimientos***

*A la Universidad Nacional Autónoma de México gracias por brindarme una excelente formación y las oportunidades para crecer no solo como profesionalista sino también como ser humano.*

*Al proyecto PAPIIT IN309708 “Identidades de género y su relación con indicadores de salud psicosocial, bienestar subjetivo y bienestar en la relación de pareja en mexicanos que viven en la Ciudad de México y mexicanos migrantes que viven en Texas”.*

*A mi mamá y mi papá que han estado siempre a mi lado tanto en mis tropiezos como en mis logros, para aconsejarme y cuidarme cuando más lo he necesitado. Por intentar entenderme y comprender mi forma de ver la vida. A mi hermano, quien a lo largo de mi vida ha sido la persona que más me ha impulsado a intentar ser mejor cada día. Gracias a los tres por todo lo que me han ayudado a aprender, y por que, aunque en ciertas ocasiones nuestras diferencias se han grandes, se que siempre puedo contar con ustedes, los Amo con todo mi corazón.*

*A ti mi amor, porque a pesar de que ocasiones es difícil librar tantos obstáculos seguimos de la mano creciendo y aprendiendo, porque no solo me has llenado de felicidad y alegría brindándome momentos inolvidables, sino porque además has estado conmigo en momentos muy difíciles. Te amo corazón.*

*A mis niñas Sara, Edith, Yanelly, Angélica, Hilari y Ely porque a lo largo de la carrera y después de la misma hemos compartido tantos momentos cada uno con distinto matiz, algunos divertidos otros no tanto, pero siempre contando una con la otra, para hablar de nuestros sueños y desilusiones, gracias mis niñas por todos estos momentos y por los que vienen, recuerden que aún nos falta mucho por vivir juntas. Las quiero.*

*A la Dra. Tania, gracias por sembrar en mí la pasión por la psicología social, por enseñarme tanto y generar en mí la inquietud por aprender más cada día y sobre todo porque más que una guía te has convertido en una amiga, te quiero mucho.*

---

---

---

*Al Dr. Rolando por apoyarme brindándome consejos para mejorar la realización de esta tesis y en el comienzo de mi ejercicio como profesionista.*

*A la Dra. Patricia Andrade, a la Dra. Gabina Villagran y al Mtro. Rafael Luna por los consejos que me brindaron en la realización de esta tesis, permitiéndome con ello mejorarla y aprender.*

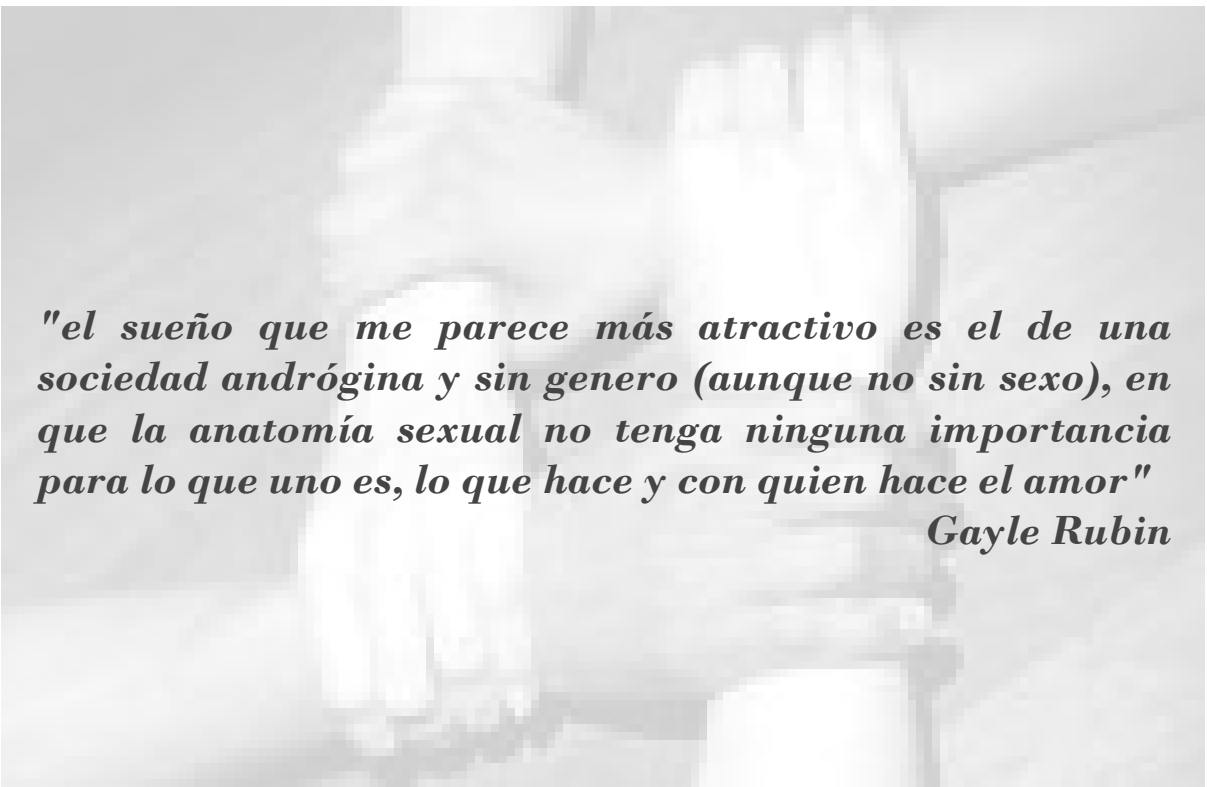
*A Norma, Caro, Briam, Margarita, Ignacio, Irene, Consuelo, Paulina, Paola y Rocita gracias por todos los momentos que hemos compartido juntos/as en los seminarios, en el cubículo y congresos, he aprendido mucho de ustedes, y espero poder seguir haciéndolo durante mucho tiempo más.*

*A todas aquellas personas que participaron en la realización de esta investigación, gracias por su tiempo y espacio. Y muy en especial al Lic. Oscar Espinoza Montaña y al Lic. Francisco Gómez Castañeda; así como a los alumnos de psicología diferencial quienes me brindaron su apoyo para la realización de este trabajo.*

*A mis como compañeros/as de IMIFAP y muy en especial a Susan Pick, Martha Givaudan y Fernando Gáal por brindarme la oportunidad de desarrollarme en el ejercicio profesional así como adquirir nuevos conocimientos y habilidades.*

---

---



*"el sueño que me parece más atractivo es el de una sociedad andrógina y sin genero (aunque no sin sexo), en que la anatomía sexual no tenga ninguna importancia para lo que uno es, lo que hace y con quien hace el amor"*

*Gayle Rubin*

---

---

---

## **INDICE**

<i>Resumen</i>	<i>1</i>
<i>Abstract</i>	<i>2</i>
<i>Introducción</i>	<i>3</i>

### *Capítulo 1: Antecedentes históricos, conceptuales y metodológicos de los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal.*

<i>1.1 Antecedentes históricos de la anorexia y bulimia nervosas como trastornos de la conducta alimentaria.</i>	<i>5</i>
<i>1.2 Antecedentes históricos de la vigorexia y ortorexia como trastornos</i>	<i>12</i>
<i>1.3 Descripción y características de los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal.</i>	<i>13</i>
<i>1.3.1 Anorexia nervosa (AN).</i>	<i>15</i>
<i>1.3.2 Bulimia nervosa (BN).</i>	<i>18</i>
<i>1.3.3 Semejanzas y diferencias entre la anorexia y bulimia nervosas.</i>	<i>21</i>
<i>1.3.4 Vigorexia.</i>	<i>22</i>
<i>1.3.5 Ortorexia.</i>	<i>25</i>
<i>1.4 Métodos de detección y diagnóstico.</i>	<i>27</i>

### *Capítulo 2: Factores de riesgo asociados a la presencia de trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal.*

<i>2.1 Factores biológicos.</i>	<i>32</i>
<i>2.2 Características de la personalidad.</i>	<i>35</i>
<i>2.3 Autoestima.</i>	<i>36</i>
<i>2.4 Imagen corporal.</i>	<i>38</i>
<i>2.5 Actividad física.</i>	<i>40</i>

### *Capítulo 3: Identidad de género y salud.*

<i>3.1 Identidad de género.</i>	<i>43</i>
<i>3.2 Medición de la identidad de género.</i>	<i>45</i>
<i>3.3 Identidad de género y sus correlatos con la salud.</i>	<i>47</i>
<i>3.4 La identidad de género en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal.</i>	<i>55</i>

---

---

## Capítulo 4: Método.

4.1 Planteamiento del problema.	60
4.2 Objetivos.	
4.2.1 Objetivo general.	61
4.2.2 Objetivos específicos.	61
4.3 Justificación.	
4.3.1 Teórica.	62
4.3.2 Práctica.	62
4.4 Muestra.	64
4.5 Variables.	
4.5.1 Anorexia nervosa.	65
4.5.2 Bulimia nervosa.	68
4.5.3 Vigorexia.	70
4.5.4 Ortorexia.	71
4.5.5 Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal.	71
4.5.6 Instrumentalidad y expresividad.	72
4.6 Variables Sociodemográficas.	
4.6.1 Sexo.	76
4.6.2 Edad.	77
4.6.3 Escolaridad.	77
4.7 Diseño.	77
4.8 Procedimiento.	77
4.9 Consideraciones éticas.	78

## Capítulo 5: Resultados.

5.1 Análisis de resultados.	80
5.2 Presencia de comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal en hombres y mujeres.	81
5.3 Relación entre los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e imagen corporal.	83
5.4 Relación entre los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal con la edad y escolaridad.	91

---

---

5.4 *Correlación entre los rasgos de género y los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal.* 95

5.5 *Detección de efectos principales en la presencia de comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal en hombres y mujeres.* 103

*Capítulo 6: Discusión y conclusiones.*

*6.1 Discusión.*

*6.1.1 Anorexia.* 110

*6.1.2 Bulimia.* 112

*6.1.3 Ortorexia.* 113

*6.1.4 Vigorexia.* 115

*6.1.5 Imagen Corporal.* 116

*6.2 Conclusiones.* 117

*Apéndice A.*

*Eating Attitudes Test (EAT-40).* 122

*Bulimia Test (B.U.L.I.T.).* 125

*Body Shape Questionnaire (BSQ).* 128

*Apéndice B*

*Cuestionario para evaluar la obsesión por la apariencia.* 130

*Test de actitudes hacia la Ortorexia.* 132

*Anexo* 135

*Bibliografía* 147



## ***Resumen***

Actualmente podemos encontrar una extensa literatura sobre investigaciones realizadas en torno a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), sin embargo, día a día aumentan los casos de personas que padecen dichas enfermedades, llegando incluso a considerarse como un estilo de vida por algunos sectores de la población. El objetivo de esta investigación fue indagar como es que las características asociadas con los rasgos de masculinidad (instrumentalidad) y feminidad (expresividad) se relacionan con la insatisfacción de la imagen corporal y con comportamientos, creencias y actitudes asociadas a los trastornos de la imagen corporal y conducta alimentaria, tanto en hombres como en mujeres. Aunado a ello fue de interés conocer las diferencias detectas en función de la edad y la escolaridad.

Se trabajo con una muestra no probabilística de 308 participantes de los cuales 146 fueron mujeres y 162 hombres, con un rango de edad entre 15 y 52 años ( $x = 26.72$ ;  $DE = 10.56$ ), se les aplicó una batería creada con las siguientes escalas *eating attitudes test (EAT-40)*, *bulimia test (B.U.L.I.T.)*, *cuestionario para evaluar la obsesión por la apariencia*, *cuestionario sobre ortorexia*, *body shape questionnaire (BSQ)*, *escala de satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal y el inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad (IDAE)*.

Los resultados obtenidos mostraron que la presencia de comportamientos, creencias y actitudes asociadas a los trastornos de la imagen corporal y conducta alimentaria de manera desagregada por sexo no es idéntica a la reportada por diversas investigaciones, lo cual, se asocio en hombres y mujeres con una lucha interna por encontrar un balance entre los nuevos ideales de realización y las expectativas tradicionales del rol de género, esto pareciera indicarnos que la expresividad (feminidad) por si sola no es un factor de riesgo en la aparición de síntomas relacionados con estos trastornos, como lo han indicado diversos autores. A partir de lo anterior se hizo evidente que es importante incluir los rasgos de género en el estudio y tratamiento de las personas con Trastornos de la Imagen Corporal y Conducta Alimentaria.

## ***Abstract***

Today we can find an extensive research literature around eating disorders (ED), however, day by day increases the cases of people suffering from such diseases, even to be seen as a lifestyle for some sectors population. The objective of this research was to investigate how it is that the characteristics associated with the traits of masculinity (instrumentality) and femininity (expressiveness) is related to body image dissatisfaction with behaviors, beliefs and attitudes associated with body image disturbance and feeding behavior in both men and women. Added to this was of interest to know the differences detected as a function of age and schooling.

Are working with a probabilistic sample of 308 participants of whom 146 were women and 162 men, ranging in age from 15 to 52 years ( $x = 26.72$ ,  $SD = 10.56$ ), we applied a battery set up the following scales *eating attitudes test (EAT-40)*, *bulimia test (BULIT)*, *questionnaire to assess the obsession with appearance*, *orthorexia questionnaire*, *body shape questionnaire (BSQ)*, *scale satisfaction -dissatisfaction with body image and the inventory for assessing the attributive dimensions of instrumental and expressiveness (IDAE)*.

The results showed that the presence of behaviors, beliefs and attitudes associated with disorders of body image and eating behavior of disaggregated by sex is not identical to that reported by several investigations, which is associated in men and women with a internal struggle to find a balance between the new ideals of achievement and expectations of traditional gender role, this suggests that expressiveness (femininity) by itself is not a risk factor in the onset of symptoms associated with these disorders, as several authors have indicated. From the above it became clear that it is important to include gender traits in the study and treatment of people with body image disturbance and Feeding Behavior.

## ***Introducción.***

A lo largo de este texto encontrará información teórica y estadística, recopilada con la finalidad de indagar como es que las características asociadas con los rasgos de masculinidad (instrumentalidad) y feminidad (expresividad) se relacionan con el grado de insatisfacción con la imagen corporal y con comportamientos, creencias y actitudes vinculadas a los trastornos de la imagen corporal y conducta alimentaria, tanto en hombres como en mujeres. Así como las diferencias que existen en función de la edad y la escolaridad.

Los primeros tres capítulos conforman el marco teórico, en el primero de ellos se retoman los antecedentes históricos, conceptuales y metodológicos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) e imagen corporal, para el segundo se abordan los factores que han sido asociados con mayor frecuencia con estos padecimientos, como lo son: los biológicos, de personalidad, la autoestima, la imagen corporal y la actividad física, mientras que, en el tercer capítulo se introduce el tópico de identidad de género y como es que se ha vinculado con la salud haciendo énfasis en como se le ha relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria y de la imagen corporal.

En el cuarto capítulo se plantea la pregunta de investigación y el método que se siguió para elaborar el presente trabajo. Siendo en el quinto y sexto capítulo donde se muestran y analizan los resultados obtenidos, así como los alcances, limitaciones y propuestas para futuras investigaciones.

El Apéndice A y B incluye la revalidación y validación de los instrumentos, cabe mencionar que esto se realizó ya que la información existente sobre algunos de los test es nula o se contradice entre sí.

Por último, el Anexo se incluye la batería utilizada en la presente investigación

*Capítulo I: Antecedentes históricos, conceptuales y metodológicos de los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal*



Como menciona Toro (1996), todo ser vivo para mantenerse como tal, precisa alimentarse; si no lo hace en una cantidad suficiente, con una mínima variedad de alimentos, no sería posible la vida, por lo menos no en esa deseable plenitud que denominamos salud. Pero la comida no sólo es nutrición; es un acto social, dado que puede y suele asociarse a múltiples circunstancias. Y si el comer suele revestir múltiples significados, lo mismo sucede con el no comer.

### ***1.1 Antecedentes históricos de la anorexia y bulimia nervosas como trastornos de la conducta alimentaria.***

A través de reseñas históricas diversos autores han logrado dilucidar los hábitos alimenticios que se llevaban a cabo en distintas sociedades y épocas, logrando reportar la existencia en dichos periodos de alteraciones en el comportamiento alimentario.

Un primer ejemplo lo encontramos en los escritos realizados por Bemporad (1996; en Gutiérrez, 2005), sobre Grecia y Egipto, de acuerdo al cual, practicaban periodos de ayuno breve que iban de uno a tres días, teniendo como finalidad, ayunar como preparación para entrar en periodos cortos de trance que les propiciaran visiones sagradas, así como hacer penitencia o conseguir la purificación, a través del cual la persona se privaban así mismos del placer de comer, y en ocasiones de prácticas sexuales, con el fin de aminorar las transgresiones a las deidades, o bien, como un medio para hacer súplicas y obtener favores de los dioses. Específicamente en Egipto de acuerdo a Saldaña (1994), existía la creencia de que la comida era causa de enfermedad, por lo que además de practicar con regularidad el ayuno se purgaban mensualmente.

Mientras que en el periodo del Imperio Romano (Bemporad, 1996; en Gutiérrez, 2005), era costumbre entre la clase media y la nobleza hacer suculentos banquetes en donde se ingerían grandes cantidades de alimento, hasta que llegaban a sentir malestar, para entonces provocarse el vómito, en

---

---

lugares especiales denominados vomitorios con el objeto de disminuir las molestias provocadas por la indigestión.

De acuerdo a Contreras (1993), siguieron siendo constantes estos banquetes en las ciudades italianas de la Edad Media, puesto que la gordura era vista como seductora y significaba poder económico y político, mientras que la delgadez denotaba hambre, enfermedad y pobreza; siendo incluso denominada la aristocracia como “*popolo grasso*” y los estratos inferiores como “*popolo magro*”.

Siendo hasta el Siglo IV d. C. que Oribasius de Pergamon describió por primera vez lo que actualmente se conoce como bulimia, caracterizándola como hambre en su primer etapa, seguida de debilitamiento y colapso (Ziolko, 1996).

Sin embargo, hasta el Siglo V y VII d. C., (Bemporad 1996, en Gutiérrez, 2005) es posible encontrar dos primeros registros históricos de casos documentales de privación alimenticia; en ambos casos se trata de mujeres jóvenes que se negaban a comer porque pensaban que estaban poseídas por el demonio, el tratamiento que siguieron fue el exorcismo ante el cual manifestaron estar curadas.

Guillemot y Laxenaire (1997) comentan que es posible ubicar el registro elaborado por un monje durante el año 895 d. C., en Baviera, un estado del sureste de Alemania, en el que es plasmada la historia de Friderada Von Treuchtlingen, hija de sirvientes, que de acuerdo al relato trabajaba más que el resto de los criados hasta que sufrió una enfermedad desconocida durante dos años, consecutivamente a su recuperación manifestó un apetito feroz dedicándose a devorar todo lo que encontraba, tras lo cual manifestaba sentirse sumamente afligida dado que a pesar de su apetito insaciable se sentía débil, por lo cual sus padres decidieron unirla al monasterio de Santa Walpurgis, conocido en dicha época por sus milagros. Allí tras un día entero de oración su paraplejía desapareció, a lo cual le siguió una pérdida de apetito,

---

---

como consecuencia empezó a alimentarse sólo de productos lácteos y adquirió la costumbre de vomitar tras cada ingesta alimenticia. Seis meses después dejó por completo de comer. De acuerdo al relato tras la presión ejercida por una religiosa que veía como iba debilitándose, un día comió un trozo de carne, tras lo cual comenzó a llorar quedando repentinamente ciega, consecutivamente se dirigió al santuario de Santa Walpurgis recuperando la vista tras dos días de oración; siendo a partir de dicho suceso considerada como milagrosa, por todos aquellos que vivieron en dicha época.

Para los inicios del año 1000 d. C., de acuerdo a Ziolkó (1996) la palabra “*bulimo*” se utilizaba como sinónimo de apetito desmesurado, tal como se puede ver en los documentos realizados por la Escuela de Medicina de Salerno en los siglos X y XI. Sin embargo, la forma de denominar los pacientes con síntomas de bulimia fue cambiando con el paso del tiempo, utilizando diferentes términos como “*bulimos*”, “*fames syncopalis*”, “*bolmos*”, “*magna fames*”, etc.

Siendo hasta el S. XI, de acuerdo a Guillemot y Laxenaire (1994) posible ubicar un primer caso sobre síntomas asociados a los trastornos de la conducta alimenticia en hombres, este fue escrito por un médico árabe llamado Avicena quien relató que un Joven principie llamado Hamadhan, se privó de comer como consecuencia de una inmensa melancolía, considerándose a partir de ello que probablemente este padecimiento fuera secundario a un trastorno depresivo.

A pesar de estas descripciones hechas por varios autores en donde se mencionan casos que podrían encuadrarse dentro de las primeras evidencias en épocas antiguas sobre los trastornos de la conducta alimentaria, autores como Turón (1997) indican que es hasta el siglo XII se encuentran las primeras referencias de cuadros clínicos, descritos dentro del marco conceptual de la medicina. En esta época comienzan a surgir una serie de relatos de personas que presentaban un severo cuadro de inanición derivado de conductas restrictivas de la alimentación, las cuales empiezan a ser consideradas como

---

---

socialmente alteradas, anómalas y sin justificación religiosa contrario a lo que ocurría en épocas anteriores. Como ejemplos dentro de este periodo se encuentran descripciones de casos como el de Jane Balan de 14 años, quien no comió ni bebió en un lapso de 3 años y Martha Taylor (Guillemot y Laxenaire, 1994) que a los 18 años dejó de comer definitivamente.

Bemporad (1996; en Gutiérrez, 2005), Chinchilla (1995) y Turón (1997) mencionan que en este periodo de la historia, era común que las personas que tenían fuertes convicciones religiosas y llevaban una vida austera se sometieran a ayunos prolongados como sacrificios destinados a la purificación del cuerpo y el alma, así como lograr un mayor acercamiento a Dios. Existen anécdotas y leyendas acerca de las místicas de la Edad Media, tales como Santa Wilgefortis, Santa Catalina de Siena, Margarita de Hungría, etc., las cuales presentaban características que en la actualidad corresponderían a cuadros de anorexia nervosa. La más famosa de estas historias es la de Santa Catalina de Siena que data del año de 1347, de acuerdo a los relatos, desde los 7 años comenzó a rechazar los alimentos llegando en la adolescencia a comer sólo hierbas y pan. Posteriormente ingresó a la orden de las Dominicas llegando a ser consejera del Papa Gregorio IX en Avignon (ciudad del sur de Francia). Tras ver que sus intentos de unificación del papado no dan resultado, se siente fracasada, por lo cual decide dejar de alimentarse hasta llegar con ello a la muerte.

En 1609 Schenck Von Grafenberg, (Ziolko, 1996), publicó en un libro titulado “Jessenius” la observación que realizó a un hombre de 50 años que, desde la pubertad era atacado por un hambre muy intensa de varios tipos de comida y después vomitaba. El hambre desenfrenada aparecía en épocas de solsticio y no duraba más de 20 días; durante varios días posteriores al período de atracón<sup>1</sup>, ayunaba y lo poco que comía lo hacía con disgusto; durante el resto de año comía de forma más moderada.

---

<sup>1</sup> El término atracón es derivado del termino anglosajón binge eating; el cual, hace referencia a un impulso irrefrenable por comer, llegando a ingerir grandes cantidades de comida en poco tiempo, generalmente menos de dos horas. De estos episodios pueden derivarse o no, conductas compensatorias como vómito inducido, uso de laxantes o ejercicio exagerado.



---

En la época del Renacimiento, de acuerdo a Bemporad (1996, en Gutiérrez, 2005) las formas de inanición continuaron presentándose, pero con menor frecuencia, debido a que hubo un cambio en la actitud por parte de la Iglesia hacia las mismas; las “anoréxicas santas” fueron cuestionadas y castigadas por la Inquisición y en consecuencia se reprimía a quienes realizaban estas prácticas. Siendo además, durante esta época distintos los ideales estéticos de la feminidad y de la estructura social de la población, en el sentido de que se concibió a la mujer como procreadora.

Turón (1997) menciona que es hasta el siglo XVIII cuando se encuentran referencias históricas de casos que probablemente se relacionan con el actual diagnóstico clínico de la bulimia. En 1708 el *Physical Dictionary the Blanckaert* y en 1726 en el *Diccionario Médico de Quince*, se encuentran descripciones sistemáticas de bulimia nervosa y los autores relacionan los episodios bulímicos con alteraciones digestivas.

Para Stunjard (1990; en Turón, 1997) es alrededor de 1743, que el *Diccionario Médico de la Ciudad de Londres* describe el cuadro “*True bulimus*”, caracterizado por preocupación por la comida, ingesta voraz y periodos de ayuno; además describe el cuadro “*caninus appetitus*”, en donde el vómito es consecuente al atracón.

Hacia 1751 el médico De Jaucort (Ziolko 1996) relató la historia de un paciente joven que presentó éste desorden después de una fiebre, ingiriendo hasta 200 libras de alimento en 6 días. Sin embargo nunca llegó a sentir saciedad porque vomitaba constantemente y finalmente murió extremadamente delgado. En 1772 Françoise Boissier de Sauvages de La Croix propuso la clasificación de bulimia o “*fair canine*” como una alteración en la cual el paciente come mucho más de lo que puede digerir. También en el mismo año, un médico rural, llamado William Cullen diferenció varias formas de bulimia en desordenes locales o idiomáticos: bulimia *helluonum* (simple glotonería), bulimia *syncopalis* (en la cual el peligro de debilitamiento acompaña a un hambre voraz), y bulimia *emetica* (apetito desmesurado en el cual el vomitar es

---

---

la clave). Las formas sintomáticas eran: bulimia verminosa (la cual era causada por parasitosis), bulimia adaphagia (la cual afectaba a los niños), bulimia convulsorum (en el caso de pacientes con ataques epilépticos); y bulimia ab acidis.

Siendo hasta el Siglo XIX cuando la descripción médica del padecimiento se hace más precisa, enlistando una serie de síntomas, los cuales, al ser agrupados crearon una serie de síndromes a los que se les dieron distintas denominaciones. En este periodo se describen con detalle diversos síndromes que corresponden a los criterios actuales para diagnosticar los trastornos de la alimentación.

Louis-Víctor Marce (Bemporad, 1996; en Gutiérrez, 2005) fue el primero en publicar un estudio médico acerca de la anorexia, en el año de 1859. En este trabajo describió a un grupo de mujeres jóvenes que tenían la idea delirante de que eran incapaces de comer cualquier cosa, presentaban oposición y obsesión por la comida. Siendo el tratamiento recomendado por este médico el separar a los pacientes de las familias, y alimentarlos de manera forzada hasta que recobraron la salud.

En 1873, Gull en Inglaterra y Laségue en Francia (Turón, 1997) realizan las primeras descripciones sistemáticas de cuadros anoréxicos. Tanto Gull como Laségue en un principio consideraron que la etiología del trastorno subyace en la histeria y la denominaron Anorexia histérica (Laségue) y Apepsia histérica (Gull). Con ello se inició una de las líneas de explicación de los trastornos alimentarios basada en el modelo psicoanalítico, de acuerdo al cual, la anorexia era un tipo de neurosis relacionada con la pérdida de la libido, lo que se manifestaba como conversión histérica.

Tiempo después, Gull (Chinchilla, 1995) supuso que este trastorno tenía un origen orgánico, afirmando que era de origen psicógeno (psíquico), puesto que no halló alteraciones en la pepsina del estómago de las pacientes. Por otra

---

---

parte, Laségue también reconsideró su postura acerca de la anorexia y la denominó Anorexia Nervosa.

Siendo hasta 1914, de acuerdo a Guillemot y Laxenaire (1994) que se mantiene vigente la suposición de Gull, dado que Simmond realizó diversos estudios necrópsicos en los que describió la caquexia hipofisiaria (estado avanzado de desnutrición calórico y proteínico) y la relación de este trastorno con la alteración de las sustancias hormonales, situando a la anorexia dentro de un modelo panhipopituitario (Chinchilla, 1995; Turón, 1997). Esta hipótesis dio lugar a una importante serie de trabajos en torno a exploraciones biológicas y anatomopatológicas entre 1938 y 1956.

En 1932 Wulff, de acuerdo a Guillemot y Laxenaire (1994), describe un síndrome particular caracterizado por la alternancia de períodos de ascetismo y de voracidad insaciable, estableciendo ya de este modo implícitamente la relación entre anorexia y bulimia.

Según Turón (1997) es sólo hasta 1972 cuando fue posible establecer un sistema de clasificación por categorías fundamentado en criterios establecidos de manera clara. Para 1979 Rusell concibió la bulimia nervosa como una variante de la anorexia nervosa, caracterizada por períodos de sobreingesta, con vómitos consecuentes, uso de diuréticos y/o laxantes para eliminar el alimento

Es en 1980, con la publicación de la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III), que se validan los primeros criterios para definir y diagnosticar los trastornos de la conducta alimentaria, posteriormente en 1987 con la publicación del DSM-III-R, en 1995 con el DSM-V y el CIE-10 publicado por la OMS en 1992, es que se redefinen a través de las nuevas aportaciones dadas por diversos investigadores, los criterios a considerar para precisar los trastornos de la conducta alimentaria.

---

---

## ***1.2 Antecedentes históricos de la vigorexia y ortorexia como trastornos.***

De acuerdo a Martell (2006), Taylor en 1985 es el primero en reportar este fenómeno por el cual las mujeres con trastornos de la imagen corporal, tendían a percibirse como más grandes de lo que eran en realidad y los hombres como más pequeños, a lo cual denominaba como “bigamerexia”.

Sin embargo, es hasta 1993 cuando Harrison G. Pope, y su grupo de colaboradores integrado por Katz y Hudson, en el laboratorio de Psiquiatría Biológica del Hospital Malean, mientras realizaban una investigación sobre el uso de esteroides anabolizantes por parte de varones reclutados en diversos gimnasios de halterofilia (deporte basado en el levantamiento peso) en Boston, observan que un número importante de ellos se percibían como pequeños y flacos, cuando de hecho eran grandes y musculosos; a este fenómeno lo denominaron inicialmente como “anorexia reversa” ya que presentaba características similares, pero inversas, a la anorexia, popularizándose posteriormente el término de vigorexia para referirse al mismo.

En 1997 Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips publican un primer trabajo en la revista *Psychosomatic*, en el cual presentan las principales características observadas sobre el trastorno; en el mismo año presentan una carta al director de la revista *Journal Clinical Psychiatric* bajo el título de “Dismorfia Muscular”, la cual da a conocer el caso de un chico de 23 años, que no siendo usuario de esteroides anabolizantes, desarrolla una distorsión de la imagen corporal. Siendo el rasgo esencial de la dismorfia muscular una preocupación crónica sobre el hecho de que se esta insuficientemente musculoso, y algunas veces, especialmente en el caso de las mujeres, también se perciben como delgadas.

Pope y Katz (1994) observaron que los sujetos que así se percibían podían presentar una gran cantidad de patologías asociadas, el 13% de hombres describían haber padecido anorexia nervosa, este porcentaje aumenta en el caso de las mujeres llegando al 47% –9.4% con anorexia

---

---

nervosa, 28.13% con bulimia nervosa y 9.4% con otros trastornos asociados; otros se habían iniciado en la toma de esteroides como forma de “tratamiento” para su problema derivado de la anorexia reversa.

De esta manera el uso y el abuso de esteroides puede verse relacionado con la dismorfia muscular, de hecho inicialmente se pensó que sólo en ellos se desarrollaba (Pope y Katz, 1994; Ung, fones y Ang, 2000; Pope, Gruber, Mangweth, Bureau, de Col, Jouvent y Hudson, 2000). En este sentido, el 100% de los sujetos con las características de anorexia reversa informaban haber abusado de ellos (Pope y Katz, 1994), aunque posteriormente el dato se rebaja al 40% y en el caso de las mujeres este porcentaje se sitúa en torno al 38% (Kouri, Pope y Katz, 1995).

También los sujetos que padecen dismorfia muscular suelen presentar otras formas de dismorfias corporales, sin embargo la preocupación central es su tamaño corporal, es decir, la musculatura que han desarrollado. Así el 31% de las mujeres competidoras en fisiculturismo describían la preexistencia de preocupaciones por otras partes de su cuerpo, y en el 16% de los casos la inaceptación de su cuerpo era tan evidente que les llevaba a someterse a cirugía estética.

De igual forma, los trastornos obsesivos compulsivos, suelen relacionarse con dicha problemática (Phillips, Mc Elroy, Hudson y Pope, 1995), se han visto en un porcentaje que varía desde el 28% al 60% en hombres y el 3% en mujeres que practican fisiculturismo y presentan el trastorno del que hablamos (Kouri, Pope y Katz, 1995).

Otros trastornos psicopatológicos que se han manifestado en los sujetos con dismorfia corporal, se relacionan con las alteraciones en el estado de ánimo a lo largo de la vida, como son la depresión mayor (58%), trastornos bipolares (20%) y desordenes de ansiedad (29%).

---

---

De acuerdo a Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips (1997) hasta la fecha, se ha considerado que aproximadamente entre el 9.3% y el 10% de los hombres que practican fisioculturismo, podrían clasificarse como vigorexicos; porcentaje que aumentaría entre los sujetos que participan en competencias.

Por su parte, la Ortorexia es una temática aun más reciente; en el 2000 el medico norteamericano Steve Bratman es el primero en hablar de este término a través de su libro publicado en el mismo país y que lleva por titulo “Health Food Junkies”, o lo que es lo mismo, “Adictos de la comida sana” (Bratman, 2003).

En diciembre del 2003, Bratman publica en su pagina electrónica [www.orthorexia.com](http://www.orthorexia.com), el caso de Kate Finn, una mujer que en ese mismo año muere tras padecer ortorexia al sufrir como consecuencia de dicha enfermedad insuficiencia cardiaca. Al relatarnos este caso describe como Kate vivió dicha enfermedad, que tras ser diagnosticada como anoréxica, ella decide rechazar dicha conclusión, dado que no estaba asustada de estar gorda, no quería ser delgada, lo único que quería era comer comida saludable. No obstante, hizo caer su peso tan bajo que murió. Como se plasma en este caso el punto central de este trastorno es una preocupación excesiva por la comida sana, llegándose incluso a convertir en el principal objetivo en la vida de las personas que lo padecen.

Por el momento ninguno de estos dos trastornos está recogido en ningún diccionario, ni los síntomas que los engloban son reconocidos como una enfermedad por parte de la American Psychiatric Association, ni por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### ***1.3 Descripción y características de los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal.***

En general, los Trastornos de la Conducta Alimentaria se caracterizan por hábitos anormales en el consumo de los alimentos, los cuales subyacen a

---

---

factores psicológicos, psiquiátricos, sociales y médicos; que predisponen a estos padecimientos, alterando de manera significativa la salud física y mental del individuo (Braguinsky, 1996; Crispo, Figueroa y Guelar, 1996; Kristi, 1998; Morea, 1999; Toro, 1990, en Gutiérrez, 2005).

De acuerdo a los criterios diagnósticos, propuestos por los sistemas de clasificación más utilizados dentro de la psicología y psiquiatría el CIE-10 y DSM-IV, dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se categorizan principalmente a la Bulimia Nervosa (BN) y la Anorexia Nervosa (AN).

Hoy en día ya se habla de la ortorexia, como un trastorno de la conducta alimentaria, a pesar de que aun no ha sido clasificado dentro del DSM-IV o el CIE-10 como tal. Y la vigorexia como un trastorno dismorfo corporal, entendiendo por este ultimo de acuerdo al DSM-IV (1995) como la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

### ***1.3.1 Anorexia nervosa (AN).***

En 1972, de acuerdo a Fernández y Turón (1998), Feighner y colaboradores realizaron un listado de criterios diagnósticos para 12 trastornos psiquiátricos; dentro de ellos estaba incluido el de la anorexia nervosa, que fue definida a través de 6 criterios. Si bien en un principio fueron bien acogidos, recibieron numerosas críticas en los años siguientes, lo cual generó la necesidad de repensar los criterios diagnósticos.

Fue hasta 1995, en el DSM-IV, donde se llevaron a cabo dos importantes modificaciones: en primer lugar, la distinción entre dos subtipos de pacientes con anorexia nervosa (pacientes del tipo restrictivo y pacientes compulsivos/purgativos); y en segundo lugar, el trastorno de la imagen corporal adquiere aspectos más cognitivos, dando una mayor importancia al sentimiento y a las actitudes negativas respecto al propio cuerpo.

Con base en el DSM-IV (1995), los criterios diagnósticos son:

- 
- 
- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
  - B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
  - C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
  - D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Se distinguen dos subtipos:

*Tipo restrictivo.* La pérdida de peso corporal se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nervosa, estos individuos *no recurren a atracones ni purgas*.

*Tipo compulsivo/purgativo.* Este subtipo se caracteriza porque *el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos)*, mediante prácticas tales como: el vómito auto inducido, diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. En algunos casos no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

De acuerdo al DSM IV (1995) este trastorno parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales como Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica, en las cuales además de abundar la comida, el estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo especialmente en las mujeres.



Se ha reportado que suele iniciar alrededor de los 13 y 18 años, siendo la edad promedio de inicio 17 años, y de rara aparición en mujeres mayores de 40 años, dándose el 90% de los casos en mujeres.

El inicio frecuentemente sigue tras un periodo de dieta restrictiva provocado por eventos de vida estresantes, o por transiciones. El curso y resultado de la anorexia nervosa es muy variable, de persona a persona.

Al tener una pérdida de peso considerable, los pacientes pueden presentar síntomas como, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo, así como cuadros clínicos que cumplen los criterios de trastorno depresivo mayor. Se ha observado en estos enfermos características del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación a la comida o no.

Por otra parte, también puede asociarse con la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.

Muchos de los signos y síntomas físicos de la anorexia nervosa son atribuibles a la inanición. Además de amenorrea, puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia, vitalidad excesiva, hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel. Algunos individuos presentan lanugo (un vello fino en el tronco). La mayoría de los individuos tienen bradicardia. Algunos muestran edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o al dejar de tomar laxantes y diuréticos). En algunas personas el color de la piel es amarillento (asociado a hiper胡萝卜素emia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. Las personas que se provocan el vómito muestran a veces erosiones dentales, y algunas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito. El estado de semiinanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia pueden dar lugar a enfermedades médicas asociadas, como son anemia normocítica

---

---

normocroma, función renal alterada (asociada con deshidratación crónica e hipopotasemia), trastornos cardiovasculares (por disminución de la ingesta y absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de cortisol).

El término del trastorno varía, con un tratamiento intensivo, diversos estudios han reportado que menos del 50% de pacientes se recuperan, un tercio solo mejora, es decir, que no se recupera en su totalidad, el 20 % queda incapacitado durante toda su vida (Grilo, 2006), y un 10% suele fallecer debido a la inanición prolongada, por suicidio o desequilibrio (DSM-IV, 1995).

### ***1.3.2 Bulimia nervosa (BN).***

De acuerdo al DSM IV (1995), los individuos que se encuentran afectados por esta enfermedad se caracterizan por darse atracones y utilizar métodos compensatorios inadecuados para evitar ganar peso. Además suelen mostrar una gran preocupación por la silueta y el peso corporal.

Los episodios de voracidad que manifiestan son recurrentes, en los cuales se consumen grandes cantidades de alimento, fácilmente digeribles y con alto contenido calórico en corto periodo de tiempo, a la vez que experimentan un sentido de pérdida de control ante la comida unido a una preocupación intensa de convertirse en obesos, razones que ocasionan que se recurra a conductas compensatorias inadecuadas que tienen la finalidad de prevenir el incremento de peso, tales como: purgas, vomito inducido, laxantes, dietas restrictivas y ejercicio físico intenso.

Con base en el DSM-IV (1995), los criterios diagnósticos son:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- 1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento

- 
- 
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
  - C. Los atracones y las conductas compensatorias tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
  - D. La autoevaluación está exagerada, influida por el peso y la silueta corporal.
  - E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Los subtipos son:

*Tipo purgativo.* Durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

*Tipo no purgativo.* Durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otro tipo de conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Al igual que la anorexia nervosa se estima una mayor prevalencia de este trastorno en ciudades industrializadas. Aunque es difícil conocer en realidad el número de individuos enfermos, la prevalencia de este trastorno en las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, se estima entre 1 y 3% de la población total, siendo 10 veces menor en el caso de los hombres.

Este trastorno de manera general se inicia al final de la adolescencia o al inicio de la vida adulta. Y al igual que la anorexia nervosa, suele iniciar tras un periodo de dieta restrictiva, incluso algunos de los casos de anorexia nervosa se desarrollan en bulimia nervosa. Su curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con los atracones. Sin embargo, se desconoce la evolución a largo plazo.

Generalmente los individuos con bulimia nervosa se encuentran dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad.

La frecuencia de síntomas depresivos es alta (p. ej., baja autoestima), al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente distimia y depresivo); en muchos individuos la alteración se inicia al mismo tiempo que la bulimia nervosa o durante su curso, sin embargo, en ocasiones precede a la bulimia nervosa. Además hay incidencia elevada de síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad. Todos estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nervosa. También se ha observado dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes) en aproximadamente un tercio de los sujetos. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nervosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad (la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad). Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

Los vómitos recurrentes pueden dar lugar a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos. Estos dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos; puede haber asimismo muchas cavidades en la superficie de los dientes. En algunos individuos las glándulas salivales, sobre todo la glándula parótida, se encuentran aumentadas de tamaño. Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano (debido a los traumatismos provocados por la dentadura). Se han descrito también miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.

---

---

En las mujeres con bulimia nervosa se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; no está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficit nutritivo o estrés emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica (para estimular la movilidad intestinal) pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos. Se han observado otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo (desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas). En comparación con los enfermos que padecen bulimia nervosa del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquidos y electrolitos.

### ***1.3.3 Semejanzas y diferencias entre la anorexia y la bulimia nervosas.***

La preocupación por el peso corporal y la figura son dos síntomas principales en ambas patologías. En ambos trastornos además existe un deseo extremo por controlar el peso y/o alimentación, que en el caso de la anorexia nervosa, se asume como un éxito por parte del paciente, dado que logra bajar de peso; mientras que en el caso de la bulimia, se vive como fracaso, pues la mayoría de estos pacientes se encuentra en peso normal o sobrepeso. Si tomamos en cuenta ambas variables, es decir, el peso y el grado de éxito de la conducta de control del peso y/o alimentación, podría hablarse de un continuo en ambas patologías, es por ello que un grupo elevado de pacientes muestran ambas conductas, anoréxica y bulímica; de ahí que varios autores entiendan ambas patologías como asociadas y no como entidades diferenciadas.

De acuerdo a Hardy-Bayle (1996) la distinción reposa, en las conductas alimenticias, las diferencias en la personalidad, en la evolución y en las modalidades de la aparición de los trastornos.

Así, los bulímicos se diferencian de los anoréxicos por el trastorno del control de los impulsos, la propensión a robar, el abuso de medicamentos y los

---

---

gestos de automutilación. Por el contrario, los anoréxicos presentan más fácilmente rasgos de carácter de tipo obsesivo y huidizo. Los bulímicos tienen una estima de sí mismo más baja y un nivel más débil que los anoréxicos.

En cuanto a la evolución, parece que la presencia de conductas bulímicas implica una evolución más crónica. Finalmente, en lo que se refiere a las modalidades de la aparición de los trastornos, es más habitual encontrar una obesidad premórbida en los bulímicos que en los anoréxicos.

Así, los trastornos de tipo anoréxico son frecuentemente encontrados en los antecedentes de sujetos bulímicos y las conductas bulímicas frecuentemente complican la evolución de una anorexia mental.

### ***1.3.4 Vigorexia.***

La vigorexia ha sido definida como la excesiva práctica del deporte debido a una obsesiva preocupación por el aspecto físico, acompañada por una distorsión del esquema corporal, por esta última característica algunos autores suelen llamarle Trastorno Dismórfico Corporal dado que de acuerdo al DSM-IV (1995), este se caracteriza por una preocupación excesiva por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico, llegando tal preocupación a causar malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los afectados por este trastorno suelen verse enclenques, sin musculatura, flácidos; e intentan corregirlo mediante la práctica deportiva sin límites, sin tener en cuenta los riesgos que conlleva la realización de sobreesfuerzos musculares; pero, no solo suelen presentar una obsesión por el ejercicio sino también por la forma de alimentación, ingiriendo casi exclusivamente hidratos de carbono y proteínas, llegando a eliminar las grasas de su dieta con el fin de obtener más masa muscular.

---

---

Algunos autores han sugerido algunos criterios para diagnosticar la vigorexia entre ellos Baile (2005; en Muñoz y Martínez, 2007) ha propuesto los siguientes:

- A. Preocupación por ser débil o poco musculoso.
- B. Incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo, aun teniendo un cuerpo grande y musculoso, que deriva en insatisfacción corporal.
- C. Permanente autoobservación en el espejo para comprobar el tamaño de los músculos.
- D. Pensamientos obsesivos y permanentes sobre no ser suficientemente grande, ser demasiado pequeño o sobre cómo mejorar de aspecto.
- E. Pobre conciencia sobre su incapacidad de verse con objetividad.
- F. Ansiedad o depresión por sus sentimientos negativos hacia su cuerpo.
- G. Autoestima afectada.
- H. Conductas alteradas con respecto a la imagen corporal, como por ejemplo: evitar sitios públicos donde se vea el cuerpo, llevar ropas especiales... etc.
- I. Necesidad compulsiva de realizar ejercicio con pesas para incrementar la masa corporal.
- J. Afectación de la vida social, familiar y sentimental por el cuidado del cuerpo, el entrenamiento y/o la dieta.
- K. A veces, consumo de sustancias peligrosas para el desarrollo muscular (el consumo de hormonas es siete veces mas usual entre personas con vigorexia que entre culturistas no vigoréticos).
- L. Excesivo control de la dieta.
- M. Abuso de esteroides anabolizantes y suplementos alimenticios

De acuerdo a Muñoz y Martínez (2007) suele afectar principalmente a hombres de entre 18 a 35 años, aunque también ha llegado a afectar a mujeres pero en menor proporción. El nivel socioeconómico de estos pacientes es variado, pero generalmente es más frecuente en la clase media-baja.

---

---

Este desorden emocional puede desencadenarse en un proceso obsesivo-compulsivo que provoca en los pacientes una sensación de fracaso personal, abandonando las actividades normales del día a día para dedicarse casi con exclusividad a conseguir esa mejoría física que les proporciona sentirse mejor psicológicamente.

Como mencionan Manilla (2004) y Castillo (2000) este trastorno es de los más promovidos socialmente ya que los medios de comunicación desde el cine hasta la publicidad, promueven el modelo de hombre fuerte y atlético, esculturalmente marcado, como prototipo de salud y éxito, lo que provoca obsesión por el culto al cuerpo y una frustración en los adolescentes que no logra una complejión que cubra este requisito.

De acuerdo a Martell (2006) y Castillo (2000) los vigoréticos se caracterizan por ser personas poco maduras, introvertidas, con problemas de integración, inseguras, con baja autoestima y se piensan como poco atractivos al sexo opuesto debido a su aspecto físico.

Como consecuencias trae consigo numerosos problemas orgánicos y lesiones, que pueden aparecer cuando la práctica deportiva es excesiva. Así como la desproporción entre las partes corporales, las cuales suelen ser muy frecuentes, por ejemplo, un cuerpo muy voluminoso con respecto a la cabeza.

La sobrecarga de peso en el gimnasio suele repercutir negativamente en los huesos, tendones, músculos y las articulaciones; sobre todo de los miembros inferiores, con desgarros y esguinces.

La alimentación es otro problema muy frecuente e importante, ya que consumen muchas proteínas e hidratos de carbono y poca cantidad de grasa, en un intento de favorecer el aumento de la masa muscular. Ocasionándoles muchos trastornos metabólicos.



---

---

El uso de anabólicos es también otra consecuencia que se asocia a la vigorexia, en un intento de mejorar el rendimiento físico e incrementar el volumen de sus músculos; el uso de estas sustancias produce muchos trastornos en el organismo como acné, problemas cardíacos; en los hombres específicamente atrofia testicular, disminución de la formación de espermatozoides y retención de líquidos, y en las mujeres masculinización e irregularidades del ciclo menstrual.

Como consecuencias psicológicas podemos encontrar la presencia de síntomas de depresión y/o ansiedad, deterioro de las relaciones sociales así como afectación en el trabajo y/o estudio.

Entre las consecuencias biológicas, hay una repercusión en los cambios metabólicos que afectan el hígado y el aparato cardiovascular en el cual aumentan los niveles de colesterol. También presentan disfunción eréctil, hipertrofia prostática, hipogonadismo y ginecomastia en el caso de los hombres, y amenorrea en el de las mujeres.

¿Pero que tipo de trastorno es la vigorexia? de acuerdo a las características que se les atribuyen a las personas vigorexicas Baile (2005, en Muñoz y Martínez, 2007) propone que mientras no se considere a la vigorexia como un trastorno con entidad propia, los sujetos que muestren dicha sintomatología podrían ser clasificados en función de cuál sea el núcleo central de su trastorno; la conducta alimentaria, la afección de su imagen corporal o sus obsesiones-compulsiones.

### ***1.3.5 Ortorexia.***

Se entiende por ortorexia la obsesión patológica por la comida biológicamente pura. Las personas que padecen esta enfermedad sufren una preocupación excesiva por la comida sana, llegándose a convertir en el principal objetivo de su vida. Podría decirse que es un comportamiento

---

---

obsesivo-compulsivo, caracterizado por la preocupación de qué comer y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de comer.

Según Bratman (2003), a través de este tipo de comida las víctimas de ésta enfermedad esperan obtener todo tipo de beneficios físicos, psíquicos y morales, lo cual les puede llevar a una dependencia similar a la de cualquier adicto a las drogas. Por ello, entre las razones que podrían llevar a una persona a padecer la ortorexia, está la obsesión por lograr una mejor salud, el encontrar una razón espiritual al comer un determinado alimento, o bien por el temor a ser lentamente envenenado por los colorantes y conservantes de las industrias alimenticias.

De acuerdo a Medina y Rodríguez (2000) las personas que sufren este trastorno suelen elaborar sus propias reglas alimentarias, autoimponiéndose una dieta libre de grasas, conservantes o colorantes porque consideran que estos elementos la transforman en impura. Ejerciendo un gran autocontrol para seguir la dieta, a través de lo cual llegan a sentirse superiores, por la fuerza de voluntad que tienen para no consumir determinados alimentos. Llegando a sentir culpa cuando no cumplen la dieta, lo que los lleva a castigarse con una dieta estricta o bien con la abstinencia de alimentos. El consumo de grasas les produce miedo, pudiendo llegar a desarrollar fobias ante ciertas sustancias químicas (conservantes por ejemplo). Llegando a tener una conducta obsesiva - compulsiva respecto al tipo de alimentos que ingieren.

Aunque todavía no están lo suficientemente contrastados, ya existen algunos criterios diagnósticos para la ortorexia:

- A. Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- B. Preocuparse más por la calidad de los alimentos que del placer de consumirlos.
- C. Disminución de su calidad de vida conforme aumenta la pseudocalidad de su alimentación.
- D. Sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.

- 
- E. Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
  - F. Aislamiento social provocado por su tipo de alimentación.

La respuesta afirmativa a estas y otras cuestiones similares permitirían, de acuerdo a Bratman (2003), diagnosticar la ortorexia y sus grados.

Al igual que la anorexia y la bulimia es un trastorno que se da con mayor frecuencia en países industrializados. Respecto a la edad inicio, o la incidencia de este trastorno en la población, aun no se tiene datos concretos, al ser un trastorno de reciente interés por parte de los investigadores.

Como consecuencias a nivel físico podemos encontrar la osteoporosis y la anemia, producidas por el déficit de vitaminas, dado que las personas ortorexicas dejan de comer alimentos esenciales porque creen que no son “puros”. Dentro de las consecuencias psicológicas podemos encontrar depresión, ansiedad e hipocondriasis.

Como lo señalan Muñoz y Martínez (2007) es importante tomar en cuenta que la diferencia central entre la ortorexia y los trastornos de la conducta alimentaria, es que mientras estos problemas giran alrededor de la “cantidad” de comida, en la ortorexia se hace énfasis en la “calidad” de la comida. Así la persona que sufre ortorexia no está preocupada por el sobrepeso, ni tiene una percepción errónea de su aspecto físico, sino que su preocupación se centra en mantener una dieta equilibrada y sana.

### ***1.4 Métodos de detección y diagnóstico.***

Actualmente existen varios procedimientos e instrumentos para llevar a cabo la detección y diagnóstico de la anorexia y la bulimia nervosas, sin embargo, en el caso de la vigorexia y ortorexia son casi nulos. Algunos de estos instrumentos son:

---

A. *Eating Attitudes Test (EAT-40)*. – fue creado para la población Canadiense en 1979 por Garner y Garfinkel; es un auto-reporte que consta de 40 ítems con una escala de 6 opciones bipolares (que va desde <<nunca>> hasta <<siempre>>), a demostrado ser válido para predecir la presencia o ausencia de trastornos alimentarios, y de manera específica la de anorexia nervosa. En México, el EAT-40 fue validado para mujeres por Álvarez en el año 2000, posee una consistencia interna de 0.72 y de 0.83, y el punto de corte es de 28 puntos. Para el 2004 Saucedo, valido las propiedades psicometricas de este test para hombres, mostrando tener una consistencia interna de 0.72.

B. *Bulimia Test (B.U.L.I.T.)*. - fue diseñado y validado con una población estadounidense de habla inglesa por Smith y Thelen en 1984; es un cuestionario de auto-reporte de 36 ítems, que posee una escala de 5 opciones bipolares, permite detectar y evaluar la bulimia nervosa específicamente, así como la presencia o ausencia de trastornos alimentario. En México, Álvarez valido el BULIT para mujeres en el año 2000, el cual posee una buena consistencia interna de 0.88 y de 0.89, donde el punto de corte establecido es de 85 puntos. Para el 2007 Valdez, valido este instrumento para hombres, con una consistencia interna de 0.82, estableciendo como punto de corte 102 puntos.

C. *Eating Disorder Inventory (EDI)*. - fue elaborado en 1983 por Garner, Olmstead y Polivy, con el propósito de evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa; contiene 64 reactivos agrupados en once subescalas que se correlacionan positivamente. La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es arriba de 42 puntos en las once subescalas originales para diagnosticar un trastorno de alimentación.

D. *Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios para mujeres (EFRATA)*. – esta escala es creada en 1998 en México por Gomez-Peresmitré y Ávila; es una escala de tipo Likert conformada por 54 reactivos con cinco opciones de respuesta que va desde “nunca”

---

---

(puntuación=1), hasta “siempre” (puntuación=5); la escala total posee un alpha de .8876.

*E. Body Shape Questionnaire (BSQ).* - este instrumento fue elaborado y validado por Cooper, Taylor, Cooper, and Fairbum en 1987; consta de 34 preguntas, con una escala bipolar de 6 opciones, se califica a través de una suma de las respuestas individuales de las preguntas con el total de calificaciones extendiéndose de 34 a 204. Las calificaciones bajas indican que se da poca importancia hacia la figura corporal. Respecto a la confiabilidad, ningún dato ha sido reportado.

En el 2001 Dowson y Henderson elaboraron y validaron una versión corta de este instrumento, la cual consta únicamente de 14 ítems. La confiabilidad interna de esta versión es de 0.93.

*F. Body Attitudes Test (BAT).* – fue descrito en 1984 por Coppennolle, Probst, Vandereycken, Goris y Meermann. Se trata de un cuestionario de 20 ítems, que exploran el grado de satisfacción y la actitud hacia la propia imagen corporal. Posee una escala bipolar de 6 opciones.

*G. Body-Self Relations Questionnaire (BSRQ).* – fue creado en 1984 por Winstead y Cash; esta compuesto por 140 ítems, en él los sujetos indican el grado de acuerdo o desacuerdo de su silueta e imagen corporal. Presenta una consistencia interna de 0.91 para hombres y de 0.87 para mujeres.

*H. Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE).*- elaborado por Henderson y Freeman en 1987, con la finalidad de identificar que síntomas presentan los sujetos en relación a la bulimia. Una puntuación igual o mayor a 10 indica un inusual patrón obsesivo compulsivo hacia la comida.

*I. Cuestionario para evaluar la obsesión por la apariencia.*- es un cuestionario de auto-reporte con 25 ítems con una escala de bipolar de 0 a 1 elaborado por López en el 2006, en su Tesina de Licenciatura llamada

---

---

Vigorexia, trastorno dismórfico corporal: una revisión teórica, tiene el propósito de ser un indicador para evaluar la vigorexia, de este instrumento no se reporta confiabilidad ni punto de corte; pero en términos de su contenido es coincidente con los indicadores que la literatura reporta sobre el trastorno de vigorexia.

*J. Cuestionario para evaluar la ortorexia.* – es propuesto por Medina y Rodríguez en el 2000 a través de su tesis de Licenciatura titulada, Ortorexia: ¿un trastorno de la alimentación?, consta de 20 preguntas con una escala de 5 opciones bipolares, no posee confiabilidad ni punto de corte; pero en términos de su contenido es coincidente con los indicadores que la literatura reporta sobre la ortorexia.

*Capítulo 2: Factores de riesgo asociados a la presencia de trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal*



Los trastornos alimentarios son enfermedades conductuales producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez; por ello ha sido denominado como un trastorno multicausal.

Diversos investigadores han desarrollado varios estudios con la finalidad de ver como se relacionan diferentes factores con los trastornos de la conducta alimentaria; algunos de los más estudiados son expuestos dentro de este capítulo.

### ***2.1 Factores biológicos.***

Uno de los factores que ha sido abordado por los interesados en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria y de la imagen corporal es el biológico, como ejemplifica Toro (2004), uno de los principales problemas que plantea el estudio de estas variables es saber si ya existían estas disfunciones antes de la aparición del trastorno, o como consecuencia del mismo.

De acuerdo a Chinchilla (2003), en la anorexia nervosa se han descrito alteraciones en la actividad o concentración de determinados neurotransmisores, tales como la serotonina, la noradrenalina, los opioides o la colecistocinina, que tienen repercusión directa sobre la conducta alimentaria.

En el caso específico de la serotonina la mayor parte de los estudios han revelado la existencia de una reducción en la actividad de la misma, cuando la lógica inherente a muchos de los síntomas alimentarios, emocionales y cognitivos exigiría más bien la hiperactividad de tal sistema. Por el momento, la hipótesis explicativa más apoyada por los científicos, defiende la aparición de un incremento de serotonina en la sinapsis neuronal para compensar la reducción de triptófano causada por la restricción alimentaria. La disforia



---

---

consiguiente pudiera combatirse mediante la renovada reducción de comida/peso. En cualquier caso, se trataría de una disfunción secundaria a consecuencia de la malnutrición. Pero también hay datos que sugieren la probabilidad de que la disfunción serotoninérgica o la vulnerabilidad para la misma sea previa a la malnutrición y, por tanto, establecida genéticamente. Esta propensión o susceptibilidad disfuncional serotoninérgica ante la malnutrición parece ser significativamente superior en las mujeres que en los varones, primaria y/o secundaria, tal disfunción está establecida y reconocida en la anorexia nervosa, con sus consiguientes consecuencias biológicas y psicopatológicas. Si tal disfunción para la anorexia nervosa; fuera secundaria sería un factor de mantenimiento del trastorno.

Según Toro (2004) la hipótesis de una afección hipotalámica primaria en la anorexia nervosa hace tiempo que fue descartada. Los estudios mediante técnicas de neuroimagen han delimitado distintas afecciones del funcionalismo cerebral, algunas en áreas corticales (prefrontal, parietal, occipital), otras implicadas en el sistema límbico y áreas afines (amígdala, hipocampo, tálamo). Todo hace pensar que también se trata de alteraciones secundarias a la malnutrición, cuyas consecuencias pueden producir cambios cognitivos y emocionales susceptibles de mantener o agravar el trastorno. Todas estas alteraciones parecen recuperarse tras la rehabilitación nutricional, aunque probablemente no ocurra así en la reducción de materia gris observada en la anorexia nervosa. Algo importante es que parece ser que existen ciertas diferencias en cuanto a la afectación funcional cerebral en la anorexia nervosa de inicio en la infancia y la adolescencia comparada con la iniciada en la edad adulta

De acuerdo a Chinchilla (2003), en las pacientes bulímicas existe una disminución de la actividad serotoninérgica y noradrenérgica, un fenómeno muy parecido al que ocurre en la anorexia.

En el caso específico de la relación existente entre la bulimia y la impulsividad, parece ser que tiene que ver con la hipofunción serotoninérgica y una disminución de la actividad de la MAO (Vázquez, 2002).

---

Una teoría sumamente interesante y provocativa es la propuesta por la doctora Cynthia Bulik (Ferrer, 2006), directora del Programa de Trastornos Alimentarios de la Universidad de Carolina del Norte, ella realizó un estudio que implicó el seguimiento de 31 mil gemelos suecos desde 1970 hasta el año 2002, de acuerdo a lo cual observó que la anorexia nervosa se origina en un 56% de los casos por factores hereditarios, en un 38% debido al entorno de las personas que la padecen, esto es, ambientes con altos niveles de neurosis, y sólo un 5% a la influencia de los hermanos o los pares, como compañeros de colegio. Respecto a los elementos psicológicos, señala como único factor predictor de la anorexia a la neurosis, a la cual define como una tendencia a presentar síntomas depresivos, seguidos por ansiedad y por reaccionar en forma intensa ante las emociones. En el caso de la bulimia concluyó que el 20% de quienes tienen en su familia una persona con este desorden lo han padecido también al menos una vez durante toda su vida.

Respecto a la vigorexia de acuerdo a Martell (2006), se ha establecido la hipótesis de que existe una adicción a las endorfinas. Las endorfinas son un grupo de hormonas fisiológicas que ocasionan analgesia, así como una sensación de felicidad y relajación. Según algunos investigadores las endorfinas se liberan a la circulación cuando se alcanza el 73% de la frecuencia cardiaca máxima de entrenamiento. También se libera cuando la persona experimenta algún proceso agradable; y la liberación de las endorfinas aumenta aún más esa alegría. Se ha observado que en la depresión, los niveles de endorfinas son muy bajos o incluso nulos. La liberación de estas hormonas tiene como fin contrarrestar el dolor o la sensación de cansancio extremo que el ejercicio intenso y prolongado produce en el deportista. Pareciendo ser, que esta es la causa de la dependencia que sufren estos pacientes. Así, cuanto más ejercicio realizan, mayor es la cantidad de endorfinas que liberan a la sangre y por tanto, mejor se sienten. La consecuencia es que cada vez realizan más ejercicio físico para buscar mayor sensación de placer. A medida que pasa el tiempo, se requiere una mayor cantidad de endorfinas para poder soportar el dolor, y sólo se obtiene más con un ejercicio más prolongado e intenso, provocando una verdadera adicción a esta sustancia.

---

---

En el caso de la ortorexia aun no se han llegado a reportar factores biológicos concretos que pudieran estar predisponiendo a las personas a padecer dicho trastorno.

## ***2.2 Características de la personalidad.***

La personalidad ha sido definida por una parte, como aquellas características que distinguen a un individuo de los demás, pero que a su vez son estables impulsándolo a actuar de determinada manera ante ciertas circunstancias.

Actualmente se han identificado ciertas características típicas en la personalidad de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Jonson y Connors, en 1987 (Chinchilla, 2003), plantearon que las personas con este padecimiento generalmente presentan una baja autoestima, alteraciones en la imagen corporal, temor a la separación e individualización, distorsiones cognitivas y una clara tendencia al perfeccionismo, la obediencia, la sumisión y la desconfianza. Indicando la existencia de conductas distintivas entre las pacientes anoréxicas de tipo restrictivo y las bulímicas, en las primeras encontraron que son reservadas, inhibidas, retraídas, pensativas, serias y con tendencias a la obsesividad; mientras que las ultimas son más extrovertidas, simpáticas, emocionalmente lábiles e impulsivas y con conductas más desorganizadas.

En 1992, Casper y colaboradores, tras comparar un grupo de 50 pacientes diagnosticadas con TCA contra 19 controles, observaron que las anoréxicas restrictivas se diferenciaban del resto por presentar mayor autocontrol, más inhibición emocional y más tendencias a la reflexión. Curiosamente hallaron que las pacientes anoréxicas, tanto bulímicas como restrictivas, demostraban una mayor aceptación de los valores morales y familiares en comparación con las controles.

En 1994 Vitousek y Manke (Toro, 2004) realizaron un estudio con el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota) en pacientes

---

---

anoréxicas restrictivas y bulímicas. Concluyeron que en las pacientes anoréxicas se presentaba un perfil de personalidad semejante al de los esquizofrénicos, altamente sugerente de un patrón fóbico-obsesivo, además mostraron perfiles que sugieren depresión, aislamiento social y ansiedad. Mientras que en las bulímicas mostraron una patología más grave pero difusa. Específicamente respecto a la depresión se calcula que entre un 40% a un 80% de las personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria llegan a experimentarla.

De acuerdo a González (2003) la personalidad es un factor de riesgo dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, ellos proponen que las personas bulímicas se caracterizan por sus conductas impulsivas, y las anoréxicas por su alta persistencia, mientras que el perfeccionismo y la autoevaluación negativa se manifiesta en ambos casos.

Y por su puesto no podemos dejar de lado que así como la personalidad incide en la presencia de estos trastornos, también afecta el curso de la misma y la aceptación o el rechazo ante un tratamiento.

### ***2.3 Autoestima.***

Una de las definiciones más aceptadas sobre la autoestima es la dada por Coopersmith (1967), quien la define como un juicio personal sobre la dignidad de uno expresado en las actitudes que el individuo mantiene hacia si mismo, así como, la extensión en que la persona cree ser capaz, significativa, exitosa y digna.

En diversas investigaciones se ha encontrado que, una baja autoestima, insatisfacción corporal y el uso de dietas restrictivas, forman parte de los factores de riesgo en el desarrollo de TCA.

En el 2002 Gual y colaboradores (en Toro, 2004).comprobaron que existe una estrecha relación en la población general femenina española entre

---

---

autoestima baja y TCA. En otra investigación Geller et al, (2002) encontraron en 235 muchachas con una edad media de 15 años, que los determinantes esenciales de sus sentimientos de autovaloración eran los/as amigos/as, su personalidad, su cuerpo y su competencia escolar, encontrando específicamente que si basaban su autoestima en las relaciones íntimas con muchachos, su autoestima era más baja, mientras que la insatisfacción por la apariencia física y el peso era mayor, además de que poseían creencias más estereotipadas sobre la delgadez e incurrían en más irregularidades alimentarias.

De acuerdo a Eisenberg et al., (2003; en Toro, 2004) en la población general adolescente se ha encontrado que las bromas y burlas relacionadas con el cuerpo o el peso se asocian significativamente con insatisfacción corporal, autoestima baja, síntomas depresivos y mayor disposición para ideación y tentativas suicidas, factores todos ellos potencialmente facilitadores del desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

En México, Mancilla (1999) realizó un estudio con 524 mujeres universitarias con una media de 19.3 años, encontró al dividir la muestra en un grupo con trastorno alimentario y un grupo control, que, las primeras tuvieron mediadas más altas en los factores: “insatisfacción de la imagen corporal”, “miedo a engordar” y “sentimientos de baja autoestima”, en donde se evaluó la baja autoestima, como la valoración de sí mismo a partir de la percepción de la imagen corporal; lo cual además parece tener una gran relación con el sentimiento de ineffectividad y perfeccionismo que experimentan. En donde la ineffectividad es definida como sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida, y el perfeccionismo, como expectativas exageradas sobre los posibles logros personales; énfasis excesivo sobre el éxito. Lo cual, parece dar a entender que estos factores juegan un papel muy importante en el desarrollo de TCA.

## **2.4 Imagen corporal.**

Bruch (1962; en Baile, 2007), en la década de los años 60, al proponer los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno, a partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber, qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para estudiarla.

Thompson en 1990 (en Raich, 2000), propone que la imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual.

El *componente perceptual* hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación o a la subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales respectivamente. En los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) frecuentemente se encuentra sobrestimación.

El *componente subjetivo (cognitivo-afectivo)* incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca el cuerpo; principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

El *componente conductual* se refiere a las conductas adquiridas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, vestir ropa ancha para no marcar la silueta, pesarse compulsivamente, etc.).

Integrando los tres componentes, se concluye que la imagen corporal hace referencia a la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una

---

---

de sus partes, como del movimiento y límites de éste, a la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y al modo de comportarnos, derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. Por tanto, el tener una buena o mala imagen corporal influye en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, y además, también en la forma en cómo nos respondan los demás.

De acuerdo a esta misma autora en el caso de personas con un trastorno alimentario, los distintos niveles de la imagen corporal se manifiestan de la siguiente forma:

Nivel perceptual.- sobrestiman la amplitud de sus medidas y se ven gruesas, incluso, teniendo un peso normal. Sin embargo, no se trata de una alteración de la percepción visual, ya que perciben con total exactitud los cuerpos y siluetas de las personas que les rodean. Es la imagen que tienen de su cuerpo la que deforman, distorsionan o exageran. Tienden a percibir las dimensiones de su cuerpo con una sobrestimación del 30% de su volumen.

Nivel cognitivo.- imaginan que la otra gente se fija en sus defectos y creen que éstos son una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados. Tienen una preocupación exagerada, a veces obsesiva, por su cuerpo, que traslada a un segundo plano otros aspectos de sus vidas mucho más importantes, como la salud, la escuela o las amistades.

Nivel conductual.- organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Algunas evitan mirarse al espejo, mientras que otras lo hacen compulsivamente. Otras, esconden su cuerpo dentro de ropas de tallas enormes para su tamaño corporal. Se comparan constantemente con los demás, y su cuerpo siempre resulta ser menos delgado y más desagradable.

Durante mucho tiempo se había asumido que los varones estaban exentos de experimentar insatisfacción corporal, sin embargo, Pope en el 2000 (en Hernández, 2007), encontró en una encuesta que aplicó a la población masculina estadounidense, que el 43% manifestó insatisfacción con su

---

---

aparición global, más de la mitad con su pecho. Mientras que al realizar una contrastación entre estos resultados con los de estudios previos que esencialmente usaron métodos idénticos, Garner encuentra que la insatisfacción corporal entre varones va en incremento, de modo que parece haberse triplicado en menos de 30 años; 15% en 1972, 35% en 1985 y 43% en 1997.

Grogan y Richards (Turón, 1997) han referido, que específicamente los varones con bajo peso experimentan mayor insatisfacción corporal, percibiéndose menos atractivos y con menor éxito para establecer relaciones interpersonales, además encontraron que los varones asocian la posesión de un cuerpo musculoso con rasgos como fuerza, virilidad, poder, dominio y autoestima.

### ***2.5 Actividad física.***

Diversos estudios han planteado que determinados deportes como la gimnasia rítmica, el patinaje, el ballet o la natación sincronizada; tienen un porcentaje superior de trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia a otros como baloncesto, esquí, fútbol o voleibol, dado que estos no enfatizan la delgadez del/la atleta, como los primeros. Sin embargo, en el caso de la vigorexia ocurre una mayor predisposición en aquellos deportes en los que se enfatice el poseer un cuerpo musculoso.

Dentro de los estudios relacionados con el deporte, Picard (1999) examinó a partir de una muestra compuesta por 38 mujeres de la National Collegiate Athletic Association (NCAA), 40 atletas de la división II así como 31 mujeres no deportistas, la relación entre niveles de competencia, actitudes y comportamientos frente a la alimentación, llegando a mostrar que las personas con un mayor nivel de competencia se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno alimenticio, que aquellos que no compiten.



En el 2000, Berry y Howe realizaron un estudio para determinar el factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en atletas universitarias, evidenciando una relación entre el hecho de participar en un deporte e iniciar algún desorden de alimentación, revelando una mayor incidencia en aquellos deportes que enfatizan una estructura delgada del cuerpo y con clasificaciones dependiendo del peso.

Según Thompson y Sherman (1993, en Berry y Howe, 2000), el deporte puede tener dos posibles roles en los desórdenes de alimentación: puede atraer personas que ya están en riesgo o puede precipitar un desorden de alimentación en las personas que están predispuestas para su desarrollo. Personas con baja autoestima, por ejemplo, que apenas están empezando a competir en un deporte, pueden estar en riesgo si además se le suma la presión que reciben en los equipos y de los entrenadores. Otro factor importante encontrado es la ansiedad de competición en el deporte. Brownell y et al. (1992, en Berry y Howe, 2000) sugieren que la naturaleza competitiva de un deporte puede estar asociada con el desarrollo de un desorden de ansiedad. Además, Tenebaum (1984, en Berry y Howe, 2000), afirma que, de acuerdo con la relación entre la ansiedad frente a una competencia y los niveles percibidos de satisfacción y éxito, los atletas con una alta ansiedad también presentaban mayores niveles de insatisfacción con su cuerpo.

## *Capítulo 3: Identidad de género y salud*



Como menciona Patiño (2005) el identificar y matizar más finamente y con mayor cuidado algunas de las diferencias entre los padecimientos de hombres y mujeres, permite mejorar la comprensión de los problemas en la salud.

### ***3.1 Identidad de género.***

Desde nuestro nacimiento según las características anatómicas de nuestros genitales nos es asignado un sexo, hombre o mujer; a partir de entonces nos son atribuidas una serie de expectativas y comportamientos, según el mismo, dichas atribuciones son conocidas como estereotipos de género.

El núcleo familiar es el primer agente socializador encargado de transmitir dicha información a través de sus enseñanzas y ejemplo, aprendemos así, el tipo de ropa, peinado, comportamientos, valores, etc., adecuados para cada sexo. Posteriormente a través de la socialización secundaria transmitida fuera de la casa, por los amigos, medios de comunicación, la pareja, etc., reafirmamos dichos conocimientos.

A partir de dicho proceso de socialización, surge la internalización de estas normas y parámetros que terminan guiando nuestro comportamiento, de lo cual difícilmente somos conscientes, dado que es un proceso en automático, al que llamamos endoculturación, (Rocha, 2007). Y día a día es actualizado, según las expectativas del medio en el que nos desenvolvamos.

De acuerdo a Benería y Roldan (1987; en Bustos, 1998), a través de este proceso surge nuestra identidad de género, es decir, nuestra identificación con las creencias, actitudes, sentimientos, rasgos de personalidad y actitudes asignadas de manera diferencial entre hombres y mujeres.

De esta manera en nuestras interacciones diarias, manifestamos una serie de comportamientos según nuestro rol sexual asignando, dichas

---

atribuciones se han polarizado, por una parte a las mujeres se les imponen características femeninas, basadas en la realización de tareas domésticas y otras similares, la reproducción, el hogar, los cuidados personales, la vida privada, a lo cual se le ha dado un valor secundario.

Mientras que la producción, la calle, el trabajo remunerado y la vida pública se han reservado para los hombres como parte de las características masculinas que beben de poseer.

De acuerdo a Fernández (1996) a lo largo del continuo vital según su sexo, las personas incorporan estas actitudes consideradas como específicas en cuanto a normas y valores inscritos al género. Siendo desde los primeros días de vida hasta los 2 años que surge la asignación de género, la cual, da como resultado cambios en el comportamiento, el cual, empieza a ser condicionado por la asignación de roles. Mientras que de los 2 a 3 años esta presenta la diferenciación entre los sexos, dando como resultado la discriminación en función del mismo y además del género. De 3 a 7 años es que se da la identificación, preferencia y adopción de conductas y creencias tanto sexuales como de género. Entre los 7 y 11 años es que se consolida la constancia sexual, mientras que de 11 a 20 hay una redefinición sexual y de género derivada del ajuste de los cambios corporales y los papeles de género atribuidos socialmente. Entre los 20 y 50 años se da la realización de los papeles sexuales y de género, dando como resultado la satisfacción e insatisfacción en las relaciones sexuales, familiares y sociales de género. Mientras que de los 50 años en adelante vuelven a reajustarse los cambios corporales, familiares y sociales.

Así podemos observar que la identidad de género es un proceso social completo y dinámico como ya lo han mencionan diversos autores como Matud (2004). Incluso, algunas autoras (Meler y Burín, 1998) mencionan que una de las características del género es que jamás aparece sólo, sino que se entrecruza con otras variables que juegan un papel crucial en la constitución de las personas como individuos, como lo es la raza, la clase social, la religión, la escolaridad, entre otras.

### ***3.2 Medición de la identidad de género.***

Para comprender un poco más sobre este término, es indispensable entender su origen y evolución. En la década de los 50' Money, sintió la necesidad de encontrar una nueva terminología, que le permitiese explicar y hacer entender a los demás, la vida de los sujetos hermafroditas que estaba tratando e investigando. La nueva palabra que encontró fue la de género, la cual de acuerdo a este autor era un complemento imprescindible del término sexo. Sin embargo, dicho término empezó a tomar claramente una connotación social, dado que hacía referencia al modo de conducta prescrito y determinado socialmente y, por otra, aparecía la identidad de género, que aludía a una dimensión psíquica asentada en un determinado morfismo sexual biológico. Lo cual constituye nuestra visión predominante actual de considerar sexo como lo biológico y al género como lo social (Fernández, 2000).

En la década de los 60' para el movimiento feminista el término sexo conllevaba un cúmulo de connotaciones negativas para las mujeres, como la subordinación, asimetría, invisibilidad, doble jornada laboral, menor salario, etc., por lo cual, retoman el concepto gender (género), ya que en su connotación anglosajona apunta directamente a los sexos, como lo menciona Lamas (1996).

Para la década de los 70' hay una integración de ambas perspectivas. De la primera, toma en consideración la nueva realidad del género frente a la más clásica del sexo. De la segunda, el que este nuevo fenómeno se considere totalmente independiente del sexo. Así, Bem en 1974 crea una escala de feminidad y masculinidad (Bem Sex Role Inventory - BSRI), en la cual hombres y mujeres se describen a si mismos en distintos grados de masculinidad y feminidad asociados típicamente a un sexo (Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2007). Bem para desarrollar esta escala se basa en los trabajos realizados por Parson y Bales (1995) sobre los dominios de lo "instrumental" y lo "expresivo" (Fernández, 2000). A través de este trabajo establece una tipología de los

---

seres humanos con independencia del sexo al que pertenecen: andróginos (puntuán alto en la escala de masculinidad y feminidad); masculinos (los que puntuán por encima de la media en la escala de masculinidad y por debajo en la de feminidad); femeninos (los que puntuán por encima de la media en la escala de feminidad y por debajo en la de masculinidad); e indiferenciados (muestran puntuaciones bajas en ambas escalas). De esta forma, independientemente de que una persona sea bisexual, heterosexual, homosexual o asexual (que renuncie a su sexualidad), puede ser andrógino, masculino, femenino o indiferenciado (Fernández, 2000). Escala que en 1993 fue adaptada y validada para población Mexicana por Lara.

Paralelamente a este cuestionario Spence y Helmreich (1974, 1978) crean el Cuestionario de Atributos Personales (PAQ- Personal Attributes Questionnaire), el propósito original del mismo era medir los estereotipos de género en relación con las actitudes de género, desarrollando a su vez un instrumento que evaluase las actitudes (Spence y Helmreich, 1972; en Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2007). El cuestionario consta de tres escalas, la primera es la escala M, la cual contiene los aspectos típicos de hombres, la segunda es la escala F, que contiene los aspectos típicos de las mujeres, y por último la escala M-F que contiene lo que es socialmente deseable en cada sexo; a través de esta visión se pasó a la conceptualización de la masculinidad y la feminidad como dimensiones ortogonales, es decir, que la masculinidad y la feminidad son características de personalidad, que pueden coexistir en una misma persona, ya que cada dimensión tiene un lado positivo y un lado negativo y son independientes entre sí. Para 1978 Spence y Helmreich añaden atributos socialmente indeseables a la conceptualización, creando escalas negativas de masculinidad y feminidad (Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2007).

Fue hasta el 2001 cuando Díaz-Loving, Rivera y Sánchez llevaron a cabo un estudio exploratorio, trabajando con seis grupos focales de ocho integrantes cada uno; dos grupos de hombres, dos grupos de mujeres y dos grupos mixtos, con la finalidad de explorar los adjetivos que consideraban eran típicos e ideales, socialmente deseables e indeseables en hombres y en mujeres, y que

---

a su vez conformaran la definición de los rasgos instrumentales y los rasgos expresivos dentro de nuestra cultura.

Para el 2004, Díaz-Loving, Rocha y Rivera elaboran el Inventario para Evaluar las Dimensiones Atributivas de Instrumentalidad y Expresividad, un instrumento de auto-reporte que originalmente consta de 117 ítems, para esta investigación se utilizará la versión abreviada que consta de 65 ítems con una escala tipo Likert, de cinco opciones que va desde muchísimo hasta nada. En términos generales la escala presenta una confiabilidad de .9293. En este instrumento se conceptualizan la instrumentalidad y la expresividad como un conjunto de características que aparecen en los dos sexos y que por tanto no son exclusivas de uno u otro, sino más bien son características potenciales en los individuos. Así, las emociones y las relaciones forman parte de la expresividad y afectividad, mientras que la productividad y la individualidad conforman la instrumentalidad y agencia. Dentro de cada una de estas dimensiones, existen estructuras muy claras que apuntan a lo positivo y a lo negativo, en donde la cultura establece valoraciones y determina la funcionalidad y la deseabilidad de los rasgos o características para uno u otro sexo (Díaz-Loving, Rocha y Rivera 2004).

### ***3.3 Identidad de género y sus correlatos con la salud.***

De acuerdo a Martínez Benlloch Isabel (2004) el concepto actual de salud, se deriva de la definición propuesta por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1948, en donde se definió como "...el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no únicamente como la ausencia de enfermedad o de padecimiento...". A la par de la creación de este concepto de salud fue imprescindible dejar de lado al menos parcialmente el modelo médico, y con ello surgió la necesidad de construir nuevas perspectivas que incorporaran aspectos subjetivos y sociales.

Ante esta nueva necesidad se crearon distintos modelos entre ellos el psicosocial, a través del cual es posible explicar las diferencias en hombres y

---

---

mujeres a nivel intrapsíquico (lo cual corresponde a la parte subjetiva del sujeto) e interpersonal (a nivel social), donde se analizan variables como la personalidad, estilos de crianza o conductas de afrontamiento, entre otras (González y Valdez, 2006).

Siendo posible con esta perspectiva indagar, como es que influye la construcción psicosocial del género en la definición de la enfermedad, el diagnóstico, la duración, la expresión de los síntomas, las formas o estrategias de tratamiento y las explicaciones teóricas (Pérez y Márquez, 2001).

A partir de 1960, el tema de género fue adquiriendo una importancia creciente en los estudios epidemiológicos, de sociología médica e interdisciplinaria. Sin embargo, la mayor parte de estos trabajos sobre la influencia del género en la salud y enfermedad se centraban casi exclusivamente en las mujeres. Solo en fechas muy recientes, se comenzó a investigar sobre la influencia de esta variables en los hombres (Don Sabo, 2000).

Desde esta perspectiva es posible tomar en cuenta que las condiciones de vida, de trabajo, las discriminaciones sociales y laborales de las que se es objeto, así como la violencia contra las mujeres –entre los hombres y de las mujeres contra los hombres, aunque estadísticamente sea menor la incidencia de esta última- repercuten, de manera relevante, en las diferentes formas de vivir y enfermar de mujeres y hombres (Valls, 2003; Martínez, 2004).

De esta manera nos encontramos ante problemas de salud en los que no intervienen exclusivamente factores biológicos, sino que de manera relevante, influyen variables contextuales y la propia experiencia. Por ejemplo, los trastornos gastrointestinales que tiene un sustrato biológico (úlceras pépticas, colon irritable), se asocian con una elevada co-morbilidad psíquica, específicamente con la depresión, la ansiedad, las fobias y las somatizaciones (Martínez, 2004).

Específicamente en los trastornos mentales se ha encontrado que hombres y mujeres presentan índices casi idénticos, pero en las tasas



específicas de prevalencia correspondientes a cada trastorno varía significativamente (Organización Mundial de la Salud, 2005; Wittchen, Nelson, Lachner, 1998; en Granados y Ortiz, 2003).

En este sentido Matud, Guerrero y Matías (2006), señalan que es más probable que las mujeres presenten mayor ansiedad y depresión, mientras que los hombres presentan tasas más altas en los trastornos de personalidad antisocial y en el abuso de sustancias (Kessler et al., 1988; en Gonzalez y Valdez, 2006).

Por su parte Granados y Ortiz (2003) realizaron un estudio con 1083 expedientes clínicos del Hospital Psiquiátrico San Fernando del IMMS (en México) registrados de 1993 a 1995, en donde encontraron perfiles específicos sobre las enfermedades mentales diferenciales para hombres y mujeres. La siguiente tabla es extraída del trabajo realizado por estos autores, la cual muestra la incidencia de cada trastorno por sexo, así como el lugar ocupado de cada diagnóstico en la contribución total de los casos:

Diagnostico CIE	Total		Hombres		Mujeres		X <sup>2</sup>	p
	% <sup>1</sup>	# <sup>2</sup>	% <sup>1</sup>	# <sup>2</sup>	% <sup>1</sup>	# <sup>2</sup>		
Psicosis esquizofrénica	13.8	2	15.5	2	11.9	3	2.83	0.092
Trastornos neuróticos	9.0	4	5.0	7	13.5	2	23.66	0.000
Intento e ideación suicida	8.8	5	7.1	6	10.6	5	4.07	0.044
Síndrome de dependencia la alcohol	8.6	6	15.1	3	1.5	13	63.31	0.000
Trastorno depresivo no clasificado	7.1	7	4.4	8	10.0	6	12.65	0.000
Dependencia a las drogas	4.4	8	7.6	5	1.0	16	28.44	0.000

*Continúa en la siguiente pagina*

Diagnostico CIE	Total		Hombres		Mujeres		X <sup>2</sup>	p
	% <sup>1</sup>	# <sup>2</sup>	% <sup>1</sup>	# <sup>2</sup>	% <sup>1</sup>	# <sup>2</sup>		
Psicosis afectivas	3.7	9	2.5	10	5.0	7	4.80	0.028
Psicosis alcohólica	1.8	13	3.0	9	0.4	18	10.88	0.001
Psicosis no orgánicas.	1.0	16	0.2	21	1.9	12	8.19	0.004
<b>N</b>	<b>1083</b>		<b>563</b>		<b>520</b>			

Nota: <sup>1</sup> %, representa la contribución porcentual de cada diagnostico al total de casos  
<sup>2</sup> #, representa el lugar que ocupo cada diagnostico en términos de su contribución al total de casos.  
Fuente: expedientes clínicos. Hospital Psiquiátrico San Fernando IMSS, 1993-1995

Tabla 1. Diagnósticos psiquiátricos de acuerdo al orden de frecuencia por sexo.

El perfil que encontraron estos autores en hombres mexicanos, muestra una mayor prevalencia del síndrome de dependencia al alcohol, dependencia a las drogas, psicosis alcohólica y psicosis esquizofrénica paranoide, expresada esta última a menudo como celotipia, mientras que en las mujeres mexicanas predominaron los trastornos neuróticos, el intento e ideación suicida, los trastornos depresivos no clasificados, las psicosis afectivas y otras psicosis no orgánicas.

¿Pero porque hay perfiles diferenciales entre hombres y mujeres?; en el caso específico de la depresión, algunos autores como Emilce Dio Bleichmar (Blanco, 2004) intenten explicar estas diferencias, esta autora propone que la mujer en su proceso de socialización aprende a ser pasiva, sumisa, obediente, con falta de asertividad y de confianza en si misma, poco ambiciosa, y con gran necesidad de apoyo afectivo, lo cual corresponde con rasgos de personalidad que conducen a este trastorno. De acuerdo a esta teoría, se podría afirmar entonces que los rasgos femeninos tradicionales que son introyectados por las mujeres, tendrían una relación positiva con los síntomas depresivos, mientras que los rasgos masculinos tradicionales una relación negativa.

¿Pero que ocurren en los hombres?, ¿ellos no se deprimen? o, ¿no se les permite deprimirse?; de acuerdo a Luis Bonino (2002), lo que ocurre es que el criterio diagnostico establecido en el DSM IV (tristeza, frustración, desaliento, decepción, escasa motivación, insatisfacción, sensación de fracaso e inutilidad,

---

deterioro de la capacidad de disfrute, disminución de la capacidad de concentración, cansancio, aislamiento, baja autoestima) tiene un sesgo genérico dado que solo se refleja a una mujer deprimida, pero muy poco a un varón deprimido, cuyas características quedan entonces invisibilizadas. De acuerdo a este autor los varones manifiestan su malestar a través de modos “masculinos” como “el autocontrol, el ocultamiento del malestar, la disociación y proyección emocional, la ira como emoción y la negación de la debilidad, y la acción como modo expresivo, defensivo y resolutivo prioritario. Por lo cual suelen refugiarse en el trabajo, en la ingesta de alcohol o en conductas peligrosas, de esta manera es bastante común que no solo se destruyan a si mismos sino también a terceros/as.

Y si a ello se le añade la existencia de una mayor tendencia de los médicos a diagnosticar depresión en mujeres, que en hombres, aunque lleguen a mostrar síntomas casi idénticos (OMS, 2005), es claro porque la incidencia de esta enfermedad es mayor en mujeres.

Lo cual, además de demostrar la existencia de sesgos de género en la práctica profesional, refleja la tendencia social de validar el que los hombres como parte de la reafirmación de su masculinidad repriman sus emociones, mientras que a las mujeres se les prejuzga.

En el caso de la ansiedad y la distimia ocurre un patrón muy similar al de la depresión, al igual que en esta última la prevalencia es mayor en mujeres. Dado que la distimia es un trastorno afectivo, es coherente encontrar una

relación entre este trastorno y la depresión sobre todo porque la sintomatología (baja autoestima, sentimientos desesperanzados, dificultad de concentración y para tomar decisiones) es muy parecida; al igual que en la ansiedad, dado que es una forma depresiva que se caracteriza por una reacción emocional condicionada por sentimientos de vulnerabilidad y amenaza (Granados, y Ortiz, 2003).

---

Algunos de los factores de riesgo que se han encontrado que inciden en las mujeres provocando problemas tanto a nivel físico, como social y mental, son los cambios que han sufrido en la forma de llevar su vida. Así, a pesar de que en la actualidad la mujer ha incursionado en el mundo público; el doméstico y el familiar siguen siendo de su propiedad. Un ejemplo de ello, es que la participación de las mujeres en el mercado de trabajo no ha supuesto una redistribución del trabajo doméstico entre las personas. Según datos de la “encuesta sobre la situación de las mujeres en la Comunidad Valenciana, realizada por la Dirección General de la Mujer en noviembre de 1998, las mujeres que trabajan fuera de casa, dedican al trabajo doméstico el triple de tiempo que los varones (3.8 horas de media diaria frente a 1.3) y tres cuartas partes de ellas realizan las tareas domésticas en exclusiva” (Martínez, 2003), siendo la distribución del trabajo doméstico inequitativa, la norma en las familias.

De acuerdo a Coltrane (en Matud, Marrero y Carballeira, 2004), la distribución equitativa de las tareas domésticas es un factor protector para las mujeres, dado que experimentan menos depresión y una mayor satisfacción marital. Este hecho hace que sean ellas las que deban preocuparse por las necesidades de los demás, que mantengan el orden y la armonía familiar, que velen por la salud de toda la familia, provocando que existan sobre-exigencias en sus vidas. A ello suelen asociarse la preocupación por descuidarse a sí mismas mientras cuidan a los demás, generando culpa en cualquiera de los dos casos, Gilligan (Etxebarria y Pérez, 2003) señala que es típico encontrar este dilema en la actualidad en las mujeres adultas.

Así la salud mental de la mujer parece estar asociada a modos tradicionales de vida: matrimonio y falta de comunicación con la pareja (en los hombres, el matrimonio se considera como un factor de protección), la doble jornada, ser madre (más de 2 hijos pequeños), materializar todas sus relaciones, incluida la de pareja, y autoimponerse un elevado nivel de exigencia que puede inducir sentimientos de culpabilidad y hostilidad reprimida por las expectativas no cumplidas (Colom y Zaro 2004)

---

Otro factor de riesgo encontrado, es la violencia contra la mujer la cual conlleva consecuencias negativas a nivel físico, mental, social e incluso a la muerte. Diversos estudios indican que la mayoría de los hombres agresores proceden de familias en las que fueron víctimas y/o testigos de violencia. Otros señalan que poseen sentimientos de inferioridad o consideran sus logros por debajo de sus ambiciones, por lo cual suelen abusar con frecuencia del alcohol y de las drogas (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2003). A pesar de estos avances, aun no se ha logrado tener un perfil claro del agresor, lo cual pareciera indicar que el principal riesgo para la violencia doméstica contra la mujer, es, precisamente el hecho de ser mujer (García 2000).

Relacionado con lo anterior, “algunas hipótesis apuntan que las actitudes y creencias misóginas podrían ser un factor explicativo importante en los casos de violencia de género” (Ferrer y Bosch, 2000).

Por ejemplo en el caso de la violencia doméstica, los roles tradicionalistas, reafirman la supremacía del hombre sobre la mujer, lo cual da como consecuencia que el hombre crea que tiene el poder dentro del sistema familiar, deseando mantenerlo, usando para ello la violencia física, la agresión sexual, etc.; siendo el origen de este tipo de actitudes otras manifestaciones de violencia.

Para evitar y tratar esta problemática es necesario conocer sus causas, y aunque son muchas las teorías que intentan explicarla, el conocimiento es escaso.

Pero también en los hombres hay trastornos que se presentan con mayor frecuencia, entre ellos esta el abuso de sustancias, la OMS (2005) calcula que en los países desarrollados, aproximadamente 1 de cada 5 hombres y 1 de cada 12 mujeres adquiere dependencia al alcohol durante toda su vida.

¿Pero porque existe esta mayor tendencia por parte de los hombres?, en diversos estudios se ha encontrado una susceptibilidad biológica a la

---

dependencia por parte de ellos (Granados y Ortiz, 2003). Sin embargo, también es un medio a través del cual los hombres logran liberar las emociones que han controlado, evitado o negado (Ayala y Sánchez, 2004) Pero también es parte de la reafirmación de la masculinidad, dado que durante la adolescencia y la juventud, el experimentar y asumir riesgos es percibido como muestra de superioridad, valentía y fuerza (Granados y Ortiz, 2003)

Sin embargo, se ha encontrado una tendencia creciente por parte de las mujeres en el consumo de sedantes y ansiolíticos, con la finalidad de disminuir sentimientos de tristeza, depresión, soledad, labilidad emocional y sentimientos de incapacidad (Martínez, 2004).

En el caso del trastorno antisocial de la personalidad hay una prevalencia mayor en hombres (3 a 1), algo muy característico en este trastorno es que los síntomas suelen ser considerados como la exacerbación de los rasgos masculinos, al tener como sintomatología específica el desprecio y violación de los derechos de los otros. Lo cual sugiere un patrón muy similar al de la depresión, es decir, los rasgos masculinos tradicionales que introyectados por los hombres tendrían una relación positiva con los síntomas del trastorno antisocial de la personalidad.

En los hombres la masculinidad hegemónica ha sido tomada como factor de riesgo, así al intentar ser seguros, duros, agresivos, autosuficientes, poco emocionales e insensibles, inhiben el autocuidado, la posibilidad de pedir ayuda, menosprecian la expresión de tristeza, los miedos y la ternura; el comportamiento sexual se automatiza, se disocia la experiencia corporal de la emocional y se pierde el contacto consigo mismo, por lo que, al final se evita el contacto con la otra persona. Con lo cual se favorece la acumulación de emociones, que solo es posible liberarse a través de conductas violentas y de la ingesta de sustancias. Lo cual favorece que tengan un mayor malestar subjetivo, dado que no son capaces de verbalizar sus emociones (Paéz y Martina, 2000).

---

En ambos sexos, se ha encontrado como factores de riesgo poseer rasgos tradicionalmente masculinos y femeninos. Siendo los sujetos con identidades de género flexibles, los que tiene un repertorio amplio de mecanismos de defensa psicológicos además de que poseen una mayor variedad de recursos para afrontar situaciones diversas.

En este sentido Bem en 1972 planteo que muchos de los individuos androginos, podrían comportarse de manera afirmativa y flexible, pragmática y emotiva dependiendo de lo apropiado de la situación, por lo cual tendrían una mayor salud mental.

Por su parte Barnett y Hyde (Colom y Zaro, 2004) afirmaron que, en general, los roles múltiples son beneficiosos para mujeres y hombres, al tener una buena repercusión en la salud física, mental y social. Pero también reconocen que hay ciertas condiciones bajo las cuales los roles múltiples no son beneficiosos, siendo determinante su número y el tiempo que demanda cada uno, existiendo ciertos límites tras los cuales puede darse sobrecarga y malestar ya que, aunque los roles múltiples ofrecen oportunidades de éxito, también pueden producir fracaso o frustración.

### ***3.4 La identidad de genero en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaría e imagen corporal.***

La evidencia actual pesa a favor de que los factores psicológicos y sociales son más importantes que las razones biológicas para poder dar una explicación sobre las diferencias que existen en el desarrollo de TCA entre hombres y mujeres.

Hsu (1990) examinó las diferencias de género y llegó a la conclusión de que “los TCA son más prevalentes en las mujeres, porque con mayor frecuencia se someten a dietas para perder o controlar su peso”. Otro apoyo en esta dirección viene del estudio realizado por Andersen y Di Domenico (1992) en el que se compararon los contenidos de 10 revistas populares que

---

---

mayoritariamente son leídas por hombres, con 10 revistas leídas por mujeres principalmente. Estos investigadores encontraron una proporción de 10.5 a 1 en las revistas femeninas contra las revistas masculinas en cuanto a los artículos y anuncios acerca de la pérdida de peso. Esta proporción fue similar a la estimada por el DSM-IV y el CIE-10 en los dos sexos. Sin embargo, encontraron que los hombres son influenciados para cambiar su forma corporal y lograr un cuerpo más voluminoso, “hiper-masculino” y con definición muscular.

Meyer et al. (2001), en un estudio llevado a cabo en estudiantes universitarios de ambos sexos, homosexuales y heterosexuales. Encontró diferencias entre homosexuales y heterosexuales en cuanto a la existencia de alteraciones del comportamiento alimentario. Pero estas diferencias quedaban mejor explicadas mediante los conceptos de masculinidad y feminidad que por estricta orientación sexual. En general, la feminidad se asociaba a niveles altos de patología alimentaria, mientras la masculinidad se vinculaba a actitudes alimentarias relativamente saludables.

En este sentido de acuerdo a Cardaci (1990) hay hábitos específicos inculcados sólo en las mujeres, los cuales, propician que se mantengan en un estado creciente de preocupación por el aspecto corporal. Al respecto, Martínez-Fornés (1994, en Álvarez 2002) indica que la educación que se da desde la infancia a las mujeres es muy diferente a la de los hombres, pues se les inculca una mayor preocupación por su cuerpo y por la imagen corporal que a los varones. Ya que en el caso de la cultura occidental, se ha considerado a la belleza como atributo primordial de la mujer, la cual exige ciertos criterios estéticos, como actualmente lo es la delgadez.

Fallon, Katzman y Wooley (1994), mencionan que la obstinación en ser delgada es considerada en la actualidad como una enfermedad social y apuntan específicamente a la influencia de los medios de comunicación. Al respecto, Toro (1987) advierte que si ciertos patrones estéticos corporales no fueran tan fuertemente promovidos como parte del rol de la mujer, no tendrían porque existir los trastornos alimentarios.



---

Al respecto, Padmal de Silva (Ussher y Baker, 1993) menciona que hay dos factores que pueden estar contribuyendo al incremento de este tipo de trastornos: (1) la preocupación culturalmente penetrante por el control de peso y (2) un cambio del rol femenino, en donde las mujeres se han centrado en un forcejeo con ellas mismas, para encontrar un balance entre los nuevos ideales de realización y las expectativas tradicionales del rol femenino.

Sería entonces de suponerse que entre las mujeres anoréxicas y bulímicas, el miedo a la gordura y el afán por mantener un ideal corporal son los principales motivos de su constante situación conflictiva (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996; Rosen y Leitenberg, 1985).

Behar (1992) describió un patrón clásico del estereotipo anoréxico, al identificar en estas personas una tendencia a conjuntar ciertos rasgos del rol femenino y del masculino, aunque a la vez rechazando algunas facetas de ambos perfiles, complementándolos a partir de la neutralidad andrógina. A partir de estas hipótesis en el (2003) realizó una investigación en pacientes de sexo femenino con patología alimentaria versus un grupo control de estudiantes universitarias sin esta afección, confirmaron empíricamente las evidencias arrojadas por la literatura especializada que relacionan la condición de feminidad como el principal rasgo de identidad de género en pacientes portadoras de trastornos de la conducta alimentaria. En contraste, la androginidad mostrada por el grupo control resultó relacionada con una mejor adaptabilidad y flexibilidad para afrontar circunstancias vitales dificultosas. Destacando que existen factores protectores de la mujer con rasgos de androginidad en relación a los trastornos del hábito del comer, tales como alta autoestima, estabilidad emocional, limitada consciencia de sí misma y un interés en una sana corporalidad, más que en la apariencia, particularidades exhibidas por los grupos control de ese estudio. Posteriormente recolecto una muestra control de estudiantes universitarios sin TCA, al comparar esta muestras encontró, que las sujetos control femeninas, aun siendo no portadoras de una patología alimentaría, se perfilaron significativamente más motivadas para alcanzar la delgadez e insatisfechas con su corporalidad que los sujetos control masculinos, lo que podría representar condiciones propicias

---

para un eventual desarrollo de un cuadro alimentario posterior, bajo ciertas contingencias favorecedoras. Lo cual nos hace pensar el papel que juega la identificación, con el rol de género como factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.

Por su parte Álvarez, Vázquez, López, Bosques y Mancilla en el 2002 realizaron un estudio muy parecido pero con 188 mujeres, estudiantes de nivel bachillerato y profesional de la zona metropolitana de la Ciudad de México, con un rango de edad de 15 a 30 años ( $M= 17.8$ ,  $s= 3.4$ ). Partieron de las teorías propuestas por Pastón y Sculthorpe (1991): 1) El modelo sociocultural de alteraciones alimentarias de Boskind-White y White, que predice que la mujer con dichas alteraciones tendrá altas características de feminidad; y 2) el modelo de Steiner-Adair, el que predice que ellas atribuirán altos niveles de rasgos masculinos a su mujer ideal, pero con gran discrepancia de éste respecto a sus características reales. A partir de los resultados obtenidos concluyeron que las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario se caracterizaron por percibirse con una mayor orientación hacia el rol sexual femenino, mientras que las mujeres con predisposición a padecer dicho trastorno se perciben como sumisas.

## *Capítulo 4: Método*



### ***4.1 Planteamiento del problema.***

El género es un eje transversal en la vida de todo ser humano, juega un papel fundamental en como nos percibimos y la manera en como construimos nuestras relaciones interpersonales; a través de las cuales son reforzados o trastocados los roles, estereotipos e identidad de género.

Si bien, en nuestra cotidianidad es imposible separarnos de estos roles, estereotipos e identidad de género, es importante que al intentar comprender ¿porque existe entre los sexos una prevalencia distinta en los trastornos? indagemos los rasgos de masculinidad (instrumentalidad) y feminidad (expresividad) que poseen tanto hombres como mujeres que presentan estos padecimientos.

En el caso de las investigaciones realizadas en torno a los trastornos de la conducta alimenticia investigadores como Behar (1992), Pastón y Sculthorpe (1991) y en México Álvarez, Vázquez, López, Bosques y Mancilla (2002), han concluido que la feminidad es el principal rasgo de identidad de género en pacientes portadoras de estos trastornos.

A partir de estas conclusiones realizadas por diversos investigadores se plantea la necesidad de ampliar estos estudios involucrando a los hombres como muestra así como considerar a la feminidad y masculinidad como rasgos que a su vez están contruidos por características valoradas como positivas y negativas culturalmente.

La pregunta de investigación planteada a contestar en este estudio es:

¿Cómo es que los rasgos de género (características instrumentales y expresivas) se relacionan con la insatisfacción de la imagen corporal y con comportamientos, creencias y actitudes relacionadas a los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y ortorexia) y de la imagen corporal

---

---

(vigorexia), tanto en hombres como en mujeres? Aunado a ello fue de interés conocer las diferencias detectadas en función de la edad y la escolaridad.

## **4.2 Objetivos.**

Los objetivos de investigación son:

### **4.2.1 Objetivo general.**

Evaluar de qué manera las características instrumentales y expresivas se relacionan con la insatisfacción de la imagen corporal y los comportamientos, creencias y actitudes relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria y de la imagen corporal en hombres y mujeres.

### **4.2.2 Objetivos específicos.**

1. Explorar la presencia de comportamientos, creencias y actitudes asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal tanto en hombre como en mujeres, y conocer la relación que existe entre dichas variables.

2. Conocer como se relaciona con la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal, la edad y escolaridad, tanto en hombres como en mujeres.

3. Indagar de que manera la presencia de anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal se relaciona con las características instrumentales y expresivas tanto en hombres como en mujeres.

4. Evaluar que diferencias existen en la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal en función del tipo de perfil (masculino, femenino, andrógino o indiferenciado).

### **4.3 Justificación.**

#### **4.3.1 Teórica.**

La mayoría de las investigaciones que versan sobre los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) han sido construidas bajo la premisa de que sólo las mujeres presentan estos padecimientos, omitiendo el estudio de los hábitos alimenticios en hombres y con ello asumiendo que no presentan alteraciones en este aspecto.

Además, se han olvidado del estudio de nuevas alteraciones de la conducta alimentaria e imagen corporal como lo son la ortorexia y vigorexia, que si bien son padecimientos recientes, no por ello dejan de ser importantes para comprender el desarrollo de una enfermedad y la manera en como va disminuyendo o aumentando la incidencia.

Por ello, en esta investigación se incluye a hombres y mujeres con parte de la muestra con lo cual se pretende conocer diferencias y similitudes en sus hábitos de alimentación y como se relacionan estas prácticas con la tendencia a presentar algún padecimiento.

También se abordan nuevos padecimientos como la ortorexia y vigorexia en hombres y mujeres, con la finalidad de identificar como se asocian con los trastornos de la conducta alimentaria y así aportar información que permita empezar a desarrollar un marco teórico sobre los mismos.

#### **4.3.2 Práctica.**

Actualmente podemos encontrar una basta literatura sobre investigaciones realizadas en torno a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), sin embargo, día a día aumentan los casos de personas los padecen, llegando incluso a considerarse como un estilo de vida por algunos sectores de la población.

---

En México de acuerdo al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004) la incidencia de anorexia entre la población no clínica varía de 0.5 a 1.5%, mientras que la bulimia según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica alcanza un 3% dentro de la población mayor de 18 años, del cual el 0.6% se da en hombres y 1.8% en mujeres. Por su parte, la Fundación Ellen West (2006) estima que en el caso de la población universitaria la prevalencia de bulimia oscila entre el 19 y 30%, del cual el 90% son mujeres y la edad de inicio en el 86% de estos casos es a los 20 años.

Respecto a los trastornos de la imagen corporal, específicamente la vigorexia hay discrepancias sobre la población afectada. Para algunos autores la mayoría de los afectados se sitúa entre los 15 y 30 años, mientras que para otros entre los 23 y 37 e incluso entre 18 y 35. Lo cual se podría sintetizar diciendo que entre los 15 y los 35 o 40 años se van a situar la gran mayoría de afectados (Rosario y Martínez, 2007). Y principalmente suele afectar a hombres aunque también ha llegado a afectar a mujeres pero en menor proporción.

En el caso específico de la ortorexia la investigación ha sido tan escasa que no es posible delimitar la población afectada.

Si bien, es cierto que a partir de estas estadísticas se puede afirmar que hay diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia estos trastornos, ¿por qué es que se da este fenómeno?, ¿qué rasgos o características poseen las mujeres que presentan una mayor inclinación a presentar anorexia y bulimia? o bien, ¿qué rasgos o características tienen los hombres que han sido factores protectores en la anorexia y bulimia, pero de riesgo en la vigorexia?; por ello, es que se ha considerado importante estudiar los rasgos de género (instrumentalidad/expresividad) y como es que estos se vinculan y con comportamientos, creencias y actitudes relacionadas a los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y ortorexia) y de la imagen corporal (vigorexia), tanto en hombres como en mujeres

#### 4.4 Muestra.

Para la realización de esta investigación se trabajó con una muestra no probabilística de 308 participantes de los cuales 146 fueron mujeres (47.4%) y 162 hombres (52.6%), el rango de edad fue entre 15 y 52 años con una media de 26.72 y una desviación estándar de 10.56, la siguiente grafica muestra como se distribuyeron las edades:

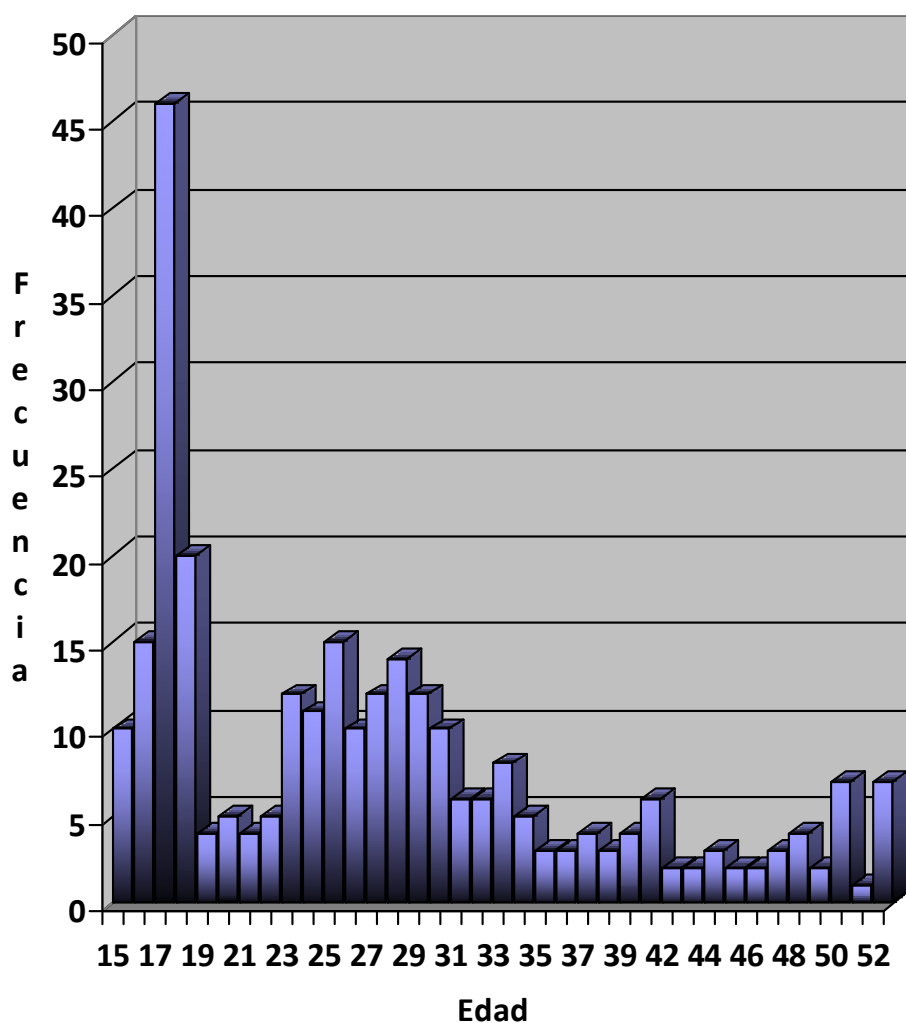


Figura 1. Frecuencias por edad.

Respecto a la escolaridad se crearon dos grupos con la finalidad de poder realizar los análisis posteriores, el primero fue denominado como *escolaridad baja* incluye a las personas que el último año escolar que cursaron se ubica en la primaria, secundaria o en un nivel técnico, el porcentaje de



personas que cursaron hasta este nivel fue de 21.79%, el segundo grupo fue nombrado como *escolaridad alta* las personas que se ubican en el mismo es por que el ultimo año escolar que cursaron se ubica en el bachillerato, la licenciatura o en la maestría, el 78.21% de las personas de la muestra se ubicaron dentro de esta categoría; la siguiente grafica muestra como se comporto cada grupo:

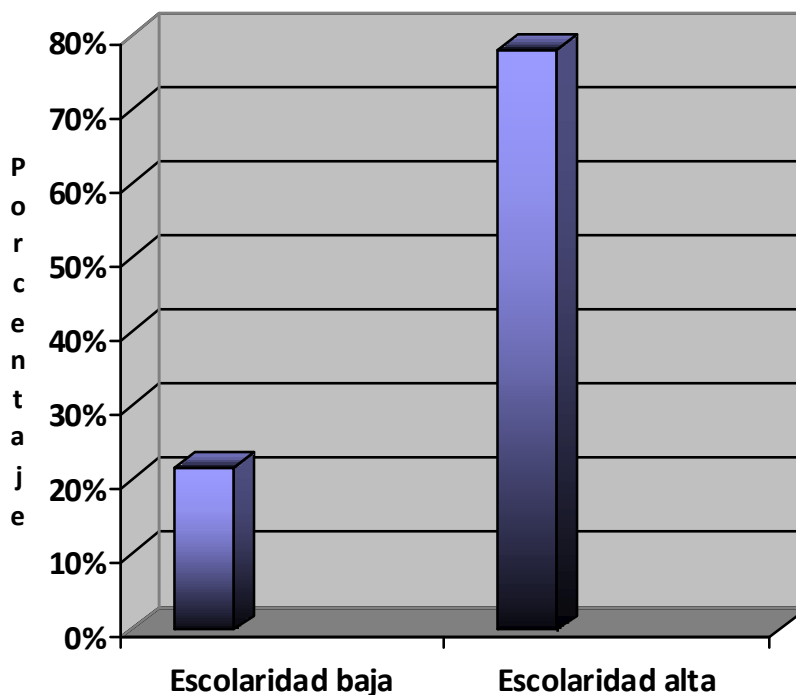


Figura 2. Porcentaje por cada grupo de edad.

## 4.5 Variables.

### 4.5.1 Anorexia nervosa.

*Definición conceptual:* de acuerdo al DSM IV las personas con anorexia nervosa se caracterizan por un rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerado de acuerdo a la edad y la talla, así como por un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesos/as, incluso estando por debajo del peso normal. También suelen presentar una alteración de la percepción del peso o la imagen corporal, y una

---

---

exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que implica el bajo peso corporal. Por último en las mujeres pospuberales, se presenta amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

*NOTA: para el presente estudio, dado que será llevado a cabo con mujeres y hombres se eliminarán los reactivos que hagan referencia a la menstruación.*

*Definición operacional:* para evaluar el riesgo a padecer anorexia se empleará el *Eating Attitudes Test (EAT-40)*, creado en 1979 para población Canadiense por Garner y Garfinkel; es un cuestionario de auto-reporte que consta de 40 ítems con una escala de 6 opciones bipolares (que va desde <<nunca>> hasta <<siempre>>). En México, fue validado para mujeres por Álvarez en el año 2000, posee una consistencia interna de 0.72 y de 0.83, siendo el punto de corte recomendado de 28 puntos. Los factores que se derivaron de este trabajo son:

1. *Motivación para adelgazar* ( $\alpha = 0.79$ ).- Refleja la preocupación respecto a la obesidad o sobrepeso, el deseo de adelgazar y la práctica de algunos patrones o conductas logradas; conformado por cinco reactivos (4, 15, 22, 25 y 37).

*Ejemplo de reactivo: 4. Me da mucho miedo pesar demasiado*

2. *Evitación de alimentos engordantes* ( $\alpha = 0.63$ ).- muestra específicamente la evitación de alimentos hipercalóricos; conformado por tres reactivos (9, 10 y 29).

*Ejemplo de reactivo: 9. Tengo en mente las calorías que tiene los alimentos que como.*

3. *Preocupación por la comida* ( $\alpha = 0.64$ ).- identifica pensamientos obsesivos respecto a la alimentación, la presencia de sobreingesta y culpabilidad posterior a la misma ingesta; conformado por cuatro reactivos (7, 12, 31 y 34).

*Ejemplo de reactivo: 7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.*

---

4. *Presión social percibida* ( $\alpha = 0.69$ ).- mide el grado de presión social para que el sujeto aumente su ingesta o peso; conformado por tres reactivos (12, 24 y 33)

*Ejemplo de reactivo: 12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.*

5. *Obsesiones y compulsiones* ( $\alpha = 0.51$ ).- refleja patrones estereotipados respecto a la alimentación y sobre estar pesándose constantemente; conformado por cuatro reactivos (17, 18, 21 y 30).

*Ejemplo de reactivo: 17. Me peso varias veces al día*

6. *Patrones y estilos alimentarios* ( $\alpha = 0.57$ ).- mide la evitación de alimentos diferente a los habituales, de comer acompañado o en lugares fuera de casa; conformado por cuatro reactivos (1, 19, 27 y 39).

*Ejemplo de reactivo: 1. Me gusta comer con otras personas.*

7. *Conductas compensatorias* ( $\alpha = 0.53$ ).- identifica el deseo o la práctica de conductas compensatorias (vomito, laxantes y diuréticos, específicamente); conformado por tres reactivos (13, 28 y 40).

*Ejemplo de reactivo: 13. Vomito después de haber comido.*

En el 2004, Saucedo validó las propiedades psicométricas de este test para hombres, mostrando tener una consistencia interna de 0.72. Siendo cinco los factores derivados de este trabajo:

1. *Motivación para adelgazar* ( $\alpha = 0.70$ ).- hacen alusión a la obsesión por poseer una figura libre de excedentes grasa; conformado por cuatro reactivos (25, 15, 37 y 4).

*Ejemplo de reactivo: 25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.*

2. *Presión social percibida* ( $\alpha = 0.59$ ).- mide la presión social que viven sobre la ingesta de alimentos; conformado por cuatro reactivos (12, 33, 24 y 26).

*Ejemplo de reactivo: 12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.*

3. *Conductas compensatorias* ( $\alpha = 0.47$ ).- se refiere a las situaciones de estrés alrededor de la hora de comida, así como a conductas compensatorias; conformado por seis reactivos (40, 13, 3, 28, 5 y 2).

*Ejemplo de reactivo: 40. Tengo ganas de vomitar después de la comida.*

4. *Control alimentario y ejercicio* ( $\alpha = 0.48$ ).- mide la ingesta de alimentos y la realización de ejercicio; conformado por seis reactivos (9, 32, 22, 10, 20 y 16).

*Ejemplo de reactivo: 9. Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como.*

5. *Estilos alimentarios* ( $\alpha = 0.55$ ).- da referencias en cuanto a la alimentación y contextos donde se lleva a cabo; conformado por cinco reactivos (19, 27, 39, 36 y 1).

*Ejemplo de reactivo: 19. Disfruto comiendo carne.*

#### **4.5.2 *Bulimia nervosa.***

*Definición conceptual:* La personas que padecen bulimia nervosa se caracterizan por tener atracones y utilizar métodos compensatorios inadecuados para evitar ganar peso. Suelen mostrar una gran preocupación por la imagen y el peso corporal. Presentan episodios recurrentes de voracidad, en los cuales se consumen grandes cantidades de alimento fácilmente digeribles y con alto contenido calórico en corto periodo de tiempo, a la vez que se experimenta un sentido de pérdida de control de las cantidades y el tipo de alimentos que se están ingiriendo, unido a una preocupación intensa de convertirse en obesos/as razones que ocasionan que se recurra a conductas compensatorias inadecuadas que tiene la finalidad de prevenir el incremento de peso, tales como: purgas, vomito inducido, laxantes, dietas restrictivas y ejercicio físico intenso (DSM-IV, 1995).

*NOTA: para el presente estudio, dado que será llevado a cabo con mujeres y hombres se eliminarán los reactivos que hagan referencia a la menstruación.*

---

*Definición operacional:* para evaluar el riesgo a padecer bulimia se empleo el *Bulimia Test (B.U.L.I.T.)*, diseñado y validado para población estadounidense de habla inglesa por Smith y Thelen en 1984; es un cuestionario de auto-reporte de 36 ítems, que posee una escala de 5 opciones bipolares.

En México fue validado para mujeres por Álvarez en el año 2000; posee una consistencia interna de 0.88 y de 0.89, el punto de corte es de 85. Los factores que se derivaron de este trabajo son:

1. *Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación* ( $\alpha = 0.85$ ).- hace referencia a los episodios en los cuales consumen grandes cantidades de alimento fácilmente digeribles y con alto contenido calórico en corto periodo de tiempo; conformado por once reactivos (1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 17, 24, 28 y 35)

*Ejemplo de reactivo: 1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena/no (atracándote)?*

2. *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* ( $\alpha = 0.82$ ).- refleja los sentimientos experimentados respecto a la pérdida de control sobre la comida; conformado por siete reactivos (10, 14, 16, 20, 23, 26 y 29).

*Ejemplo de reactivo: 10. ¿En qué grado estás preocupada/do por comer entre comidas?*

3. *Conductas compensatorias* ( $\alpha = 0.58$ ).- mide específicamente el tipo de conductas compensatorias inadecuadas que tienen la finalidad de prevenir el incremento de peso, específicamente el vomito inducido, uso de laxantes y diuréticos; conformado por cuatro reactivos (7, 15, 27 y 30).

*Ejemplo de reactivo: 7. Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso.*

Y en el 2007, Valdez valido este instrumento para hombres, con una consistencia interna de 0.82, estableciendo como punto de corte 102 puntos.

Los factores que obtuvo son:

---

1. *Atracón* ( $\alpha = 0.72$ ).- refleja los episodios en los cuales consumen grandes cantidades de alimento fácilmente digeribles y con alto contenido calórico durante un corto periodo de tiempo; conformado por ocho reactivos (1, 3, 4, 8, 11, 17, 24 y 35).

*Ejemplo de reactivo: 1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena/no (atracándote)?*

2. *Conductas compensatorias* ( $\alpha = 0.50$ ).- mide específicamente el tipo de conductas compensatorias inadecuadas que tienen la finalidad de prevenir el incremento de peso, específicamente el vomito inducido, uso de laxantes, y diuréticos; conformado por cuatro reactivos (7, 15, 27 y 33).

*Ejemplo de reactivo: 7. Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso.*

3. *Sentimientos negativos posteriores al atracón* ( $\alpha = 0.61$ ).- hace referencia a los sentimientos experimentados respecto a la pérdida de control sobre la comida; conformado por tres reactivos (14, 26 y 29).

*Ejemplo de reactivo: 14. Me siento mal conmigo misma/o después de comer demasiado.*

### **4.5.3 Vigorexia.**

*Definición conceptual:* Es la excesiva práctica del deporte debido a una obsesiva preocupación por el aspecto físico la cual se deriva de una distorsión de la imagen corporal. Los pacientes se ven enclenques, sin musculatura, flácidos e intentan corregirlo mediante la práctica deportiva sin límites, sin tener en cuenta los riesgos que conlleva la realización de sobreesfuerzos musculares. Pero no sólo presentan una obsesión por el ejercicio sino también por la forma de alimentación dirigida casi exclusivamente hacia hidratos de carbono y proteínas, eliminando las grasas de su dieta con el fin de obtener más masa muscular (Martell, 2006).

*Definición operacional:* se evaluó el riesgo a padecer vigorexia a través del Cuestionario para evaluar la obsesión por la apariencia elaborado por

---

---

López en el 2006, en su Tesina de Licenciatura llamada Vigorexia, trastorno dismórfico corporal: una revisión teórica; consta de 25 ítems con una escala de bipolar de 0 a 1, no se reporta la confiabilidad total de este instrumento, pero en términos de su contenido es coincidente con los indicadores que la literatura reporta sobre el trastorno de vigorexia.

#### ***4.5.4 Ortorexia.***

*Definición conceptual:* se trata de un Trastorno de la Conducta Alimentaria que consiste en la obsesión por la comida sana y obliga a seguir una dieta con alimentos procedentes de la agricultura ecológica, libres de transgénicos y que excluyen la carne y las grasa de todo tipo. Los involucrados suelen ser tan estrictos que incluso se sienten culpables cuando no lo cumplen llegando a castigarse con dietas y ayunos donde hacen falta aún más nutrientes (Medina y Rodríguez, 2000).

*Definición operacional:* para evaluar el riesgo a padecer ortorexia se empleo el cuestionario sobre ortorexia realizado por Medina y Rodríguez en el 2000, en su Tesis de Licenciatura titulada Ortorexia: ¿un trastorno de alimentación?; consta de 20 preguntas con una escala de 5 opciones bipolares, no se reporta la confiabilidad total de este instrumento, pero en términos de su contenido es coincidente con los indicadores que la literatura reporta sobre el trastorno de ortorexia.

#### ***4.5.5 Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal.***

*Definición conceptual:* se refiere a la autoevaluación, sentimientos y actitudes hacia el cuerpo y/o partes del mismo. (Gómez-Peresmitré, 1999).

*Definición operacional:* para este factor se emplearon dos escalas con la finalidad de obtener mayor información sobre la manera en como se relacionan estos trastornos con la insatisfacción-satisfacción de la imagen corporal.

1. *Body Shape Questionnaire (BSQ)*, este instrumento fue elaborado y validado por Cooper, Taylor, Cooper, and Fairbum en 1987; consta de 34 preguntas, con una escala bipolar de 6 opciones, se califica a través de una suma de las respuestas individuales de las preguntas con el total de calificaciones extendiéndose de 34 a 204. Las calificaciones bajas indican que se da poca importancia hacia la figura corporal. Respecto a la confiabilidad y a los factores que integran esta prueba, ningún dato ha sido reportado

2. *Escala de Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal*; fue creada por Gómez Peresmitré; consta de 9 siluetas (de hombres o de mujeres según el caso) que cubren un continuo de peso corporal que van desde figuras muy delgadas (puntuación = 1 y 2), delgadas (puntuación = 3 y 4) hasta figuras gruesas (puntuaciones = 6 y 7) y muy gruesas u obesas (puntuación = 8 y 9) pasando por una de peso normal (puntuación = 5). En primer lugar se elige la figura actual, es decir, aquella que se parezca o aproxime más a la figura corporal de la persona encuestada; en segundo la figura ideal o aquella figura que más le gustaría tener. La diferencia existente entre ambas (Figura actual-Figura ideal) se interpreta como el grado de satisfacción-insatisfacción. Cuanto mayor sea la diferencia resultante mayor será la insatisfacción. Una diferencia positiva indica la insatisfacción que el adolescente siente porque desea estar más delgado mientras que una negativa es la insatisfacción que se siente porque se desea estar más grueso, y una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción.

#### ***4.5.6 Instrumentalidad y expresividad.***

*Definición conceptual:* son un conjunto de características que aparecen en los dos sexos y que por tanto no son exclusivas de uno u otro, sino más bien son características potenciales en los individuos. Así, las emociones y las relaciones forman parte de la expresividad y afectividad, mientras que la productividad y la individualidad conforman la instrumentalidad y agencia. Dentro de cada una de estas dimensiones, existen estructuras muy claras que apuntan a lo positivo y a lo negativo, en donde la cultura establece valoraciones



---

y determina la funcionalidad y la deseabilidad de los rasgos o características para uno u otro sexo (Díaz-Loving, Rocha y Rivera 2004).

*Definición operacional:* se realizara a través del Inventario para Evaluar las Dimensiones Atributivas de Instrumentalidad y Expresividad, de Díaz-Loving, Rocha-Sánchez y Rivera-Aragón (2004). Es un instrumento de auto-reporte que originalmente consta de 117 ítems, para esta investigación se utilizara la versión abreviada que consta de 65 ítems con una escala tipo Likert, de cinco opciones que va desde muchísimo hasta nada. En términos generales la escala presenta una confiabilidad de .9293. Las dimensiones que comprende este inventario son:

*Rasgos instrumentales positivos en hombres y mujeres*

1. *Instrumental cooperativo* ( $\alpha = .8985$ ).- responden a atributos de producción y manipulación del medio, aunado a una responsabilidad social que enfatiza el bienestar común; consta de siete reactivos (1, 14, 15, 35, 44, 45 y 23).

*Ejemplo de reactivos:* hace referencia a una personalidad precavida, trabajadora, formal, activa, ordenada, cumplida, responsable, organizada, etc.

2. *Instrumental orientado al logro* ( $\alpha = .8441$ ).- son características ligadas a una versión más individual, en donde se enfatiza la competencia personal encaminada al desarrollo y progreso individual; consta de seis reactivos (36, 16, 17, 28, 29 y 43).

*Ejemplo de reactivos:* destaca la presencia de rasgos tales como ser autosuficiente, persistente, competitivo, constante, ambicioso y competente

3. *Instrumental egocéntrico* ( $\alpha = .6710$ ).- estas características responden a un patrón orientado al desarrollo y progreso personal en el que sobresale la individualidad encaminada a la satisfacción personal más que a la grupal; consta de seis reactivos (2, 24, 25, 33, 34 y 18).

*Ejemplo de reactivos:* destaca el ser atrevido, arriesgado, arrojado y valiente.

*Rasgos instrumentales negativos en hombres y mujeres*

1. *Instrumental machista* ( $\alpha = .8518$ ).- en este predomina la agresividad, el abuso, la rudeza y la corrupción; consta de seis reactivos (3, 37, 39, 42, 30 y 26).

*Ejemplo de reactivos: engloba características tales como ser aprovechado, tosco, agresivo, avorazado, violento, patán.*

2. *Instrumental autoritarismo* ( $\alpha = .7730$ ).- es un patrón de comportamiento que favorece el control y dominio sobre los otros sin escatimar en medios para llegar a obtener lo que la persona quiere; consta de seis reactivos (4, 13, 19, 20, 46 y 27).

*Ejemplo de reactivos: está conformado por características tales como ser orgulloso, manipulador, vengativo y terco.*

3. *Instrumental rebelde social* ( $\alpha = .6303$ ).- predomina el desinterés en la calidad de sus relaciones interpersonales; consta de cuatro reactivos (5, 47, 48 y 50).

*Ejemplo de reactivos: se caracteriza por la descortesía, el desinterés y la falta de flexibilidad.*

*Rasgos expresivos positivos en hombres y mujeres*

1. *Expresivo – afiliativo* ( $\alpha = .8467$ ).- su presencia favorece el intercambio e interacción social y están encaminados al cuidado y bienestar común. Responde dentro de la cultura mexicana al estereotipo de la mujer abnegada y maternal; consta de seis reactivos (6, 12, 38, 40, 41 y 49).

*Ejemplo de reactivos: predominan rasgos tales como ser amoroso, cariñoso, dulce, tierno, fiel, cálido, etc.*

2. *Romántico soñador* ( $\alpha = .7933$ ).- en este factor, lo que se observa es la caracterización del “romántico empedernido” que sueña e idealiza el afecto; consta de seis reactivos (7, 51, 53, 21, 22 y 1).

*Ejemplo de reactivos: se caracteriza por poseer rasgos como romántico, soñador, emocional, sensible, etc.*

*Rasgos expresivos negativos en hombres y mujeres*

1. *Emotivo – negativo – egocéntrico* ( $\alpha = .8261$ ).- todas estas características son típicamente asociadas al estereotipo femenino en su versión negativa, no obstante, es común encontrarlas en los varones; consta de seis reactivos (8, 32, 31, 54, 52 y 55).

*Ejemplo de reactivos: posee características tales como ser inestable, mentiroso, quejumbroso, burlón, metiche, etc.*

2. *Vulnerable – emocional* ( $\alpha = .7611$ ).- en conjunto, estos rasgos, también hacen alusión al estereotipo femenino que refleja las partes desagradables de la mujer, ya que son chillonas, débiles, penosas, miedosas y preocupadas; consta de seis reactivos (9, 56, 57, 58, 61 y 62).

*Ejemplo de reactivos: está conformada por características tales como ser celoso, preocupón, infantil, miedoso, llorón, etc.*

3. *Control externo – pasivo – negativo* ( $\alpha = .7136$ ).- este factor es particularmente representativo de la mujer mexicana, caracterizada por su abnegación, dependencia, sumisión, conformidad e indecisión entre otras; consta de seis reactivos (10, 65, 64, 63, 59 y 60).

*Ejemplo de reactivos: se caracteriza por rasgos como conformidad, sumisión, debilidad, ingenuidad, etc.*

Y a partir de la combinación de estos rasgos es posible obtener los siguientes perfiles:

➤ *Instrumental positivo*.- son hombres y mujeres altos o bajos en instrumentalidad positiva, en donde algunos podrían caracterizarse por ser más o menos cooperativos, otros orientados al logro y otros más o menos egocéntricos de acuerdo con los tres factores que conforman esta dimensión.

➤ *Instrumentalidad negativa*.- son hombres y mujeres altos o bajos en instrumentalidad negativa, en donde las personas podrían puntuar como más o menos machistas, autoritarias, o bien, rebeldes sociales.

➤ Expresividad positiva.- son hombres y mujeres altos o bajos en expresividad positiva, en donde las personas pueden calificarse como muy expresivos-afiliativas o bien románticas y soñadoras o todo lo contrario.

➤ Expresividad negativa.- son hombres y mujeres altos o bajos en rasgos de la expresividad negativa tales como la inestabilidad emocional y dependencia del entorno social.

➤ Andrógino positivo.- son hombres y mujeres que se atribuyen rasgos altos en instrumentalidad y expresividad positiva, como ser cumplidos, competitivos, amorosos, románticos, etc.

➤ Andrógino negativo.- son hombres y mujeres altos en instrumentalidad y expresividad negativa, como ser agresivos, manipuladores, chillones, quejumbrosos, miedosos, etc.

➤ Indiferenciado positivo.- son hombres y mujeres bajos en instrumentalidad y expresividad positiva, por lo tanto, no se identifican con características como ser organizado, constante o cariñoso.

➤ Indiferenciado negativo.- hombres y mujeres bajos en instrumentalidad y expresividad negativa, como lo son ser descortés, vengativo y sumiso.

## ***4.6 Variables Sociodemográficas.***

### ***4.6.1 Sexo.***

Definición conceptual: Diferencias biológicas visibles de los órganos genitales entre macho y hembra (Corona, 1998).

Definición operacional: Será el que manifieste el entrevistado. Con dos niveles: 1) Hombre y 2) Mujer.

### **4.6.2 Edad.**

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.

Definición operacional: La que manifieste el entrevistado. Se medirá en años.

### **4.6.3 Escolaridad.**

Definición conceptual: Se refiere al grado educativo alcanzado al momento de la entrevista.

Definición operacional: Será el que manifieste el entrevistado. Con dos niveles: a) escolaridad baja que abarca primaria, secundaria y nivel técnico, y b) escolaridad alta que se conforma de personas que acuden al bachillerato, licenciatura y maestría.

### **4.7 Diseño.**

Es un diseño de campo, correlacional y de corte transversal.

### **4.8 Procedimiento.**

Consecutivamente al diseño de la batería se continuó con la aplicación, para ello se acudió en primera instancia al Colegio de Ciencias y Humanidades- Plantel Oriente (CCH-Oriente), logrando conseguir un acuerdo por medio del cual se administro de manera colectiva a tres grupos distintos de 6° semestre obteniendo un total de 109 baterías contestadas.

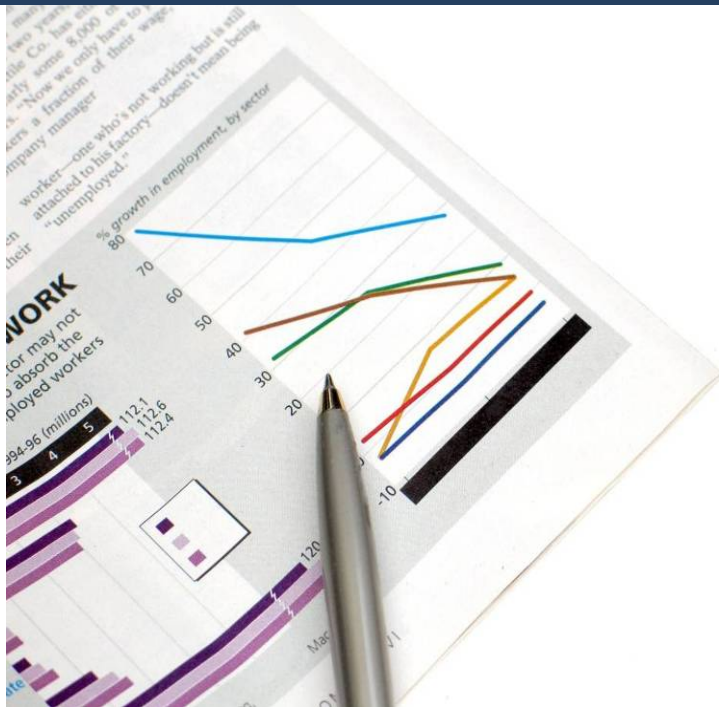
Con la finalidad de diversificar la muestra se procedió a hacer aplicaciones de manera individual, para ello se solicito el apoyo de estudiantes de la carrera de psicología que cursaban la signatura de psicología diferencial, logrando conseguir la administración de un total de 199 baterías.

El tiempo estimado para contestar el cuestionario fue de 30 a 45 minutos.

#### ***4.9 Consideraciones éticas.***

Tanto para las aplicaciones realizadas de manera individual como colectiva se leyó junto con las/los participantes las instrucciones generales (*Anexo 1*), las cuales les proporcionó información sobre la institución a la cual pertenece la investigadora que realiza el proyecto y el motivo por el cual se realizaba la investigación; además se aseguró el anonimato, confidencialidad y se les ofreció una retroalimentación de los datos una vez que fuera finalizada la investigación a aquellos que nos proporcionarán algún medio para localizarlos.

## Capítulo 5: Resultados



### ***5.1 Análisis de resultados.***

Los resultados se presentan de la siguiente manera:

Como primer paso se realizó un análisis factorial de cada escala para obtener la revalidación y validación de los instrumentos empleados para esta muestra en particular.

En el caso del *eating attitudes test (EAT-40)*, *bulimia test (B.U.L.I.T.)* y *body shape questionnaire (BSQ)*, dado que los datos existentes no son congruentes entre si se realizó una revalidación, los datos al respecto se encuentran en el apéndice A.

Mientras que, en el caso del *cuestionario para evaluar la obsesión por la apariencia* y el *cuestionario sobre la ortorexia*, ya que no se tenían datos estadísticos registrados sobre la validez y confiabilidad, se hizo la validación de los mismos, los resultados derivados se encuentran en el apéndice B

Consecutivamente se transformaron los puntajes en Z con la finalidad de estandarizar el nivel de puntuación que brinda cada escala. Por lo tanto, las puntuaciones van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a + .01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Para continuar con los objetivos centrales de la investigación se exploró la presencia de comportamiento, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal a partir de una t de Student, sucesivamente se realizó un análisis descriptivo para conocer el grado de insatisfacción con la imagen corporal y una correlación de Pearson



---

---

para saber como se relacionan entre si estas variables tanto en hombres como en mujeres.

Aunado a ello se realizó otra correlación de Pearson para conocer de qué manera la presencia de anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal se relacionan con las características instrumentales y expresivas tanto en hombres como en mujeres así como con la edad y la escolaridad.

Por ultimo, se realizó un análisis de varianza (one way) para evaluar las diferencias que existen en la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal en función del tipo de perfil (masculino, femenino, andrógino o indiferenciado) que poseen hombres y mujeres.

## *5.2 Presencia de comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal en hombres y mujeres.*

Para analizar en hombres y mujeres la presencia de comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal se realizó una prueba *t de Student*, por lo cual, fue necesario transformar los puntajes brutos de cada escala en puntajes Z, con la finalidad de estandarizar los nivel de puntuación.

De acuerdo con los resultados obtenidos (*tabla 2*) podemos observar que sólo en cinco factores específicos hay diferencias estadísticamente significativas en las medias entre hombres y mujeres.

Las mujeres muestran una mayor tendencia a presentar pensamientos y conductas negativas hacia la comida en la anorexia, así como sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta en la bulimia e insatisfacción en la imagen corporal. Mientras que los hombres obtuvieron puntajes mayores en

ingestión de alimentos engordantes de la bulimia y sobrevaloración del ejercicio en la vigorexia.

Cabe destacar que, aunque los demás resultados no sean estadísticamente significativos, los comportamientos, actitudes y creencias asociados a la anorexia, bulimia y vigorexia no prevalecen en un solo sexo. En comparación con la ortorexia e insatisfacción con la imagen corporal en las cuales hay una mayor incidencia de las mujeres.

	Factores	Media		DE		t	Sig.
		♀	♂	♀	♂		
ANOREXIA	<u>1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida</u>	<u>.1882</u>	<u>-.1703</u>	<u>1.11</u>	<u>.85</u>	<u>3.20</u>	<u>.001</u>
	2. Control estricto de la alimentación y el ejercicio	.0776	-.0702	1.07	.92	1.32	.187
	3. Estilos alimenticios positivos	-.0247	.0224	1.00	.99	-4.20	.675
BULIMIA	<u>1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta</u>	<u>.2017</u>	<u>-.1813</u>	<u>1.13</u>	<u>.82</u>	<u>3.47</u>	<u>.001</u>
	2. Sobreingesta	-.1131	.1016	.86	1.10	-1.92	.055
	3. Conductas compensatorias	.0325	-.0292	1.09	.90	.550	.583
	4. Ingestión de alimentos engordantes	-.1619	.1455	.89	1.07	-2.77	.005
	5. Peso estable	.0822	-.0738	.97	1.00	1.39	.165
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación	.1100	-.1001	1.00	.99	1.87	.062
	2. Elección estricta de los alimentos	.0485	-.0438	.97	1.02	.819	.413
	3. Patrones de alimentación rígidos	.0406	-.0369	.95	1.04	.688	.492
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	.1090	-.0980	1.09	.89	1.83	.065
	<u>2. Sobrevaloración del ejercicio</u>	<u>-.2556</u>	<u>.2297</u>	<u>.80</u>	<u>1.09</u>	<u>-4.45</u>	<u>.000</u>
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	.0537	-.0482	1.03	.97	.908	.364
IMC	<u>Insatisfacción con la imagen corporal</u>	<u>.3146</u>	<u>-.2824</u>	<u>1.13</u>	<u>.75</u>	<u>5.54</u>	<u>.000</u>

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota 2: ♀= mujer, ♂= hombre; IMC= imagen corporal

Tabla 2. Medias obtenidas por hombres y mujeres en la presencia de anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal.

Para conocer el grado de insatisfacción con la imagen corporal se realizaron tres grupos, de acuerdo a los parámetros y categorías designadas por Dra. Gómez Pérez-Mitre (autora de la escala de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal), el primero fue denominado como satisfacción, ya que la imagen real e ideal son iguales, el segundo se nombro como insatisfacción positiva, por que indica el deseo de tener una figura corporal más delgada, y el último fue denominado como insatisfacción negativa, por que se asocia con el deseo de tener una figura corporal más gruesa.

Dado las características de esta escala se obtuvieron las frecuencias de estas categorías de manera desagregada por sexo (*tabla 3*) las cuales nos muestran que en las mujeres la prevalencia de la insatisfacción positiva es mayor en comparación con las otras categorías, dándose en menor proporción la satisfacción y por último la insatisfacción negativa.

De manera específica en los hombres pareciera ser que también prevalece la insatisfacción positiva, de manera consecutiva la insatisfacción negativa y por último la satisfacción. Cabe mencionar que el número de casos que separa aun categoría de otra es menor entre los hombres en comparación a las mujeres.

	Satisfacción	Insatisfacción positiva	Insatisfacción negativa
Mujeres	20.3%	69.3%	10.5%
Hombres	24.3%	43.8%	32.0%

Tabla 3. Porcentaje de Satisfacción/Insatisfacción de manera desagregada por sexo.

### ***5.3 Relación entre los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e imagen corporal.***

Consecutivamente se realizó una *correlación de Pearson* para encontrar las posibles relaciones entre los comportamientos, actitudes y creencias

asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e imagen corporal de manera diferenciada entre hombres y mujeres.

		ANOREXIA					
		1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida		2. Control estricto de la alimentación y ejercicio		3. Estilos alimenticios positivos	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂
ANOREXIA	1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida						
	2. Control estricto de la alimentación y el ejercicio	<u>.689**</u>	<u>.504**</u>				
	3. Estilos alimenticios positivos	.012	.139	-.011	<u>.359**</u>		
BULIMIA	1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta	<u>.744**</u>	<u>.606**</u>	<u>.526**</u>	.077	-.099	.017
	2. Sobreingesta	<u>.466**</u>	<u>.361**</u>	<u>.178*</u>	.148	.096	<u>.381**</u>
	3. Conductas compensatorias	<u>.617**</u>	<u>.543**</u>	<u>.267**</u>	<u>.200**</u>	-.062	.084
	4. Ingestión de alimentos engordantes	<u>.359**</u>	<u>.378**</u>	<u>.257**</u>	-.049	-.028	<u>.305**</u>
	5. Peso estable	-.049	.098	-.158	<u>.359**</u>	<u>.366**</u>	<u>.348**</u>
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación	<u>.378**</u>	<u>.250**</u>	<u>.407**</u>	<u>.297**</u>	<u>-.222**</u>	-.051
	2. Elección de estricta de los alimentos	<u>.248**</u>	<u>.158*</u>	<u>.330**</u>	<u>.299**</u>	-.110	-.127
	3. Patrones de alimentación rígidos	<u>.182*</u>	.077	<u>.216**</u>	.147	<u>-.251**</u>	-.071
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	<u>.528**</u>	<u>.481**</u>	<u>.357**</u>	<u>.248**</u>	-.063	<u>.228**</u>
	2. Sobrevaloración del ejercicio	<u>.449**</u>	<u>.289**</u>	<u>.484**</u>	<u>.459**</u>	.111	.055
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	<u>.488**</u>	<u>.276**</u>	<u>.385**</u>	<u>.316**</u>	-.005	.129
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	<u>.707**</u>	<u>.656**</u>	<u>.624**</u>	<u>.582**</u>	-.061	-.034

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota 2: ♀= mujer, ♂= hombre; IMC= imagen corporal

Tabla 4. Relación entre los factores correspondientes a la anorexia y el resto de las variables de manera diferenciada en mujeres y hombres.

Como podemos observar (tabla 4) la manera en como se relacionan los factores pertenecientes a la anorexia entre sí nos muestra que para ambos sexos los pensamientos y conductas negativas hacia la comida poseen una

---

---

relación positiva estadísticamente significativa con el control estricto de la alimentación y el ejercicio; mientras que, sólo en los hombres el control estricto de la alimentación y el ejercicio poseen una relación positiva estadísticamente significativa con los estilos alimenticios positivos.

En el caso de la relación que existe entre la anorexia y la bulimia se encontró que para ambos sexos los pensamientos y conductas negativas hacia la comida tiene una relación positiva estadísticamente significativa con los sentimientos negativos derivados de una sobreingesta, el comer compulsivamente (sobreingesta), conductas compensatorias y con la ingestión de alimentos engordantes.

Y de igual manera para ambos sexos los estilos de alimentación positivos tienen una relación positiva estadísticamente significativa con un peso corporal estable.

De manera exclusiva en las mujeres el control estricto de la alimentación y el ejercicio tienen una relación positiva estadísticamente significativa con los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, la misma sobreingesta y con estilos alimenticios negativos.

Y sólo en hombres el control estricto de la alimentación y el ejercicio presentan una relación positiva estadísticamente significativa con la ingestión de alimentos engordantes, así como los estilos alimenticios positivos tienen una relación positiva estadísticamente significativa con la sobreingesta y los estilos alimenticios negativos.

En el caso de la anorexia y la ortorexia podemos observar que para ambos sexos la preocupación excesiva por la alimentación y la elección estricta de los alimentos poseen una relación positiva estadísticamente significativa con pensamientos y conductas negativas hacia la comida, así como con el control estricto de la alimentación y ejercicio.

---

---

Sólo en las mujeres la preocupación excesiva por la alimentación tiene una relación positiva estadísticamente significativa con estilos alimenticios positivos; y los patrones de alimentación rígidos poseen una relación positiva estadísticamente significativa con los tres factores de la anorexia, es decir, con pensamientos y conductas negativas sobre la ingesta, control estricto de la alimentación y el ejercicio así como con estilos alimenticios positivos.

Respecto a la anorexia y la vigorexia se encontró que para ambos sexos el factor denominado pensamientos y conductas negativas hacia la comida así como el de control estricto de la alimentación y el ejercicio posee una relación estadísticamente significativa con la percepción corporal negativa, la sobrevaloración del ejercicio y la valoración excesiva del cuerpo y la belleza.

De manera específica en los hombres podemos encontrar una relación positiva estadísticamente significativa entre los estilos alimenticios positivos y percepción corporal negativa.

Y en el caso de la anorexia e imagen corporal se encontró que para ambos sexos hay una relación positiva estadísticamente significativa entre los pensamientos y conductas negativas sobre la ingesta así como el control estricto de la alimentación y el ejercicio con la insatisfacción de la imagen corporal.

Como podemos observar en la *tabla 5* la manera en como se asocian los factores que pertenecen a la bulimia entre sí nos indican que para ambos sexos los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta poseen una relación positiva estadísticamente significativa con la sobreingesta, las conductas compensatorias y la ingestión de alimentos engordantes; y de la manera exclusiva en los hombres con un peso corporal estable.

De igual manera para ambos sexos la sobreingesta se asocia positivamente con las conductas compensatorias, la ingestión de alimentos engordantes y con un peso estable.

En el caso específico de las conductas compensatorias se encontró que para ambos sexos se vincula positivamente con los estilos alimenticios negativos, pero de manera específica en las mujeres se asocia negativamente con la ingestión de alimentos engordantes.

Respecto a la bulimia y la ortorexia se encontró que en ambos sexos los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta tienen una relación positiva estadísticamente significativa con la preocupación excesiva por la alimentación, la elección estricta de los alimentos y los patrones de alimentación rígidos.

Y de manera exclusiva en mujeres la sobreingesta tiene una relación positiva estadísticamente significativa con la preocupación excesiva por la alimentación; de igual manera las conductas compensatorias poseen una relación positiva estadísticamente significativa con la preocupación excesiva por la alimentación, la elección estricta de los alimentos y patrones de alimentación rígidos.

En el caso de la bulimia y la vigorexia se puede observar que para ambos sexos hay una relación positiva estadísticamente significativa entre los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y la sobreingesta con la percepción corporal negativa, la sobrevaloración del ejercicio y la valoración excesiva del cuerpo y la belleza. En el caso particular de las conductas compensatorias en ambos sexos hay una asociación positiva con la percepción corporal negativa y la sobrevaloración del ejercicio; pero sólo en las mujeres con la valoración excesiva del cuerpo y la belleza.

Respecto a la bulimia y la imagen corporal se encontró para ambos sexos que los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, la sobreingesta y las conductas compensatorias tienen una relación positiva estadísticamente significativa con la insatisfacción de la imagen corporal.

BULIMIA							
		1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta ♀      ♂		2. Sobreingesta ♀      ♂		3. Conductas compensatorias ♀      ♂	
BULIMIA	1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta						
	2. Sobreingesta	<u>.614**</u>	<u>.535**</u>				
	3. Conductas compensatorias	<u>.499**</u>	<u>.562**</u>	<u>.461**</u>	<u>.556**</u>		
	4. Ingestión de alimentos engordantes	<u>.538**</u>	<u>.477**</u>	<u>.544**</u>	<u>.665**</u>	<u>.302**</u>	<u>.411**</u>
	5. Peso estable	.116	<u>.318**</u>	<u>.309**</u>	<u>.501**</u>	.047	<u>.233**</u>
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación	<u>.480**</u>	<u>.418**</u>	<u>.315**</u>	.098	<u>.288**</u>	.019
	2. Elección estricta de los alimentos	<u>.286**</u>	<u>.286**</u>	.120	-.036	<u>.170*</u>	-.007
	3. Patrones de alimentación rígidos	<u>.283**</u>	<u>.205**</u>	.117	-.116	<u>.176*</u>	-.127
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	<u>.559**</u>	<u>.429**</u>	<u>.298**</u>	<u>.262**</u>	<u>.293**</u>	<u>.319**</u>
	2. Sobrevaloración del ejercicio	<u>.321**</u>	<u>.291**</u>	<u>.173*</u>	<u>.165*</u>	<u>.289**</u>	<u>.227**</u>
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	<u>.537**</u>	<u>.290**</u>	<u>.340**</u>	<u>.152*</u>	<u>.226**</u>	<u>.036</u>
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	<u>.715**</u>	<u>.661**</u>	<u>.382**</u>	<u>.272**</u>	<u>.326**</u>	<u>.401**</u>

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota 2: ♀= mujer, ♂= hombre; IMC= imagen corporal

Tabla 5. Relación entre los factores correspondientes a la bulimia y el resto de las variables de manera diferenciada en mujeres y hombres.

La *tabla 6* es la continuación de los factores restantes pertenecientes a la bulimia y la relación de la misma con los demás padecimientos. Como podemos observar adentro de la bulimia para ambos sexos la ingestión de alimentos engordantes se asocian positivamente a un peso corporal estable.

En el caso de los factores restantes de la bulimia y la ortorexia, sólo en las mujeres la ingestión de alimentos engordantes posee una relación positiva



estadísticamente significativa con la preocupación excesiva por la alimentación y los patrones de alimentación rígidos.

Respecto a la bulimia y la vigorexia, en ambos sexos los estilos alimenticios negativos se asocian positivamente con la percepción corporal negativa, la sobrevaloración del ejercicio y la valoración excesiva del cuerpo y la belleza. Y sólo en los hombres el tener un peso estable tiene una relación positiva estadísticamente significativa con la percepción corporal negativa.

En la bulimia e imagen corporal como podemos observar para ambos sexos los estilos alimenticios negativos se asocian positivamente con la insatisfacción con la imagen corporal.

		BULIMIA			
		4. Ingestión de alimentos engordantes		5. Peso estable	
		♀	♂	♀	♂
BULIMIA	4. Estilos alimenticios negativos				
	5. Ingestión de alimentos engordantes	<u>.225**</u>	<u>.520**</u>		
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación	<u>.397**</u>	.127	-.109	-.025
	2. Elección estricta de los alimentos	.135	.001	-.072	-.103
	3. Patrones de alimentación rígidos	<u>.239**</u>	-.096	-.044	-.079
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	<u>.354**</u>	<u>.331**</u>	.076	<u>.170*</u>
	2. Sobrevaloración del ejercicio	<u>.182*</u>	<u>.181*</u>	-.027	.066
	3. Valoración excesiva cuerpo y la belleza	<u>.327**</u>	<u>.258**</u>	.130	.070
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	<u>.389**</u>	<u>.360**</u>	-.033	.065

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota 2: ♀= mujer, ♂= hombre; IMC= imagen corporal

Tabla 6. Relación entre los factores correspondientes a la bulimia y el resto de las variables de manera diferenciada en mujeres y hombres.

Respecto a los factores que pertenecen a la ortorexia (tabla 7) se encontró que poseen una relación positiva estadísticamente significativa entre sí la preocupación excesiva por la alimentación, la elección estricta de los alimentos y los patrones de alimentación rígidos, para ambos sexos.

En el caso de la ortorexia y vigorexia, en ambos sexos la preocupación excesiva por la alimentación posee una relación positiva estadísticamente significativa con la percepción corporal negativa y la valoración excesiva tanto del cuerpo como de la belleza. De manera específica en los hombres la preocupación excesiva por la alimentación se asocia positivamente con la sobrevaloración del ejercicio; así como la elección estricta de los alimentos se asocia positivamente con la percepción corporal negativa y la sobrevaloración del ejercicio. Y sólo en las mujeres los patrones de alimentación rígidos se vinculan positivamente con la percepción corporal negativa. En el caso de la vigorexia y la imagen corporal, se encontró que para ambos sexos la preocupación excesiva por la alimentación y la elección estricta de los alimentos se asocia positivamente con la insatisfacción con la imagen corporal; y sólo en las mujeres los patrones de alimentación se vinculan de manera positiva con la insatisfacción corporal.

		ORTOREXIA					
		1. Preocupación excesiva por la alimentación		2. Elección estricta de los alimentos		3. Patrones de alimentación rígidos	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación						
	2. Elección estricta de los alimentos	<u>.624**</u>	<u>.652**</u>				
	3. Patrones de alimentación rígidos	<u>.564**</u>	<u>.573**</u>	<u>.451**</u>	<u>.466**</u>		
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	.286**	.285**	.125	<u>.195*</u>	<u>.228**</u>	.151
	2. Sobrevaloración del ejercicio	.106	<u>.253**</u>	.072	<u>.168*</u>	.006	.046
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	<u>.258**</u>	<u>.192*</u>	.142	.113	.094	.085
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	<u>.461**</u>	<u>.320**</u>	<u>.242**</u>	<u>.218**</u>	<u>.251**</u>	.065

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota: ♀= mujer, ♂= hombre; IMC= imagen corporal

Tabla 7. Relación entre los factores correspondientes a la ortorexia y el resto de las variables de manera diferenciada en mujeres y hombres.

En el caso de la vigorexia (tabla 8) se encontró que para ambos sexos entre la percepción corporal negativa, la sobrevaloración del ejercicio y la valoración excesiva del cuerpo y la belleza hay una relación positiva estadísticamente significativa.

Respecto a la vigorexia e imagen corporal, para ambos sexos la percepción corporal negativa, la sobrevaloración del ejercicio así como la valoración excesiva del cuerpo y belleza obtuvieron una relación positiva estadísticamente significativa con la insatisfacción de la imagen corporal.

VIGOREXIA							
		1. Percepción corporal negativa		2. Sobrevaloración del ejercicio		3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa						
	2. Sobrevaloración del ejercicio	<u>.178*</u>	<u>.396**</u>				
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	<u>.574**</u>	<u>.438**</u>	<u>.226**</u>	<u>.314**</u>		
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	<u>.700**</u>	<u>.417**</u>	<u>.228**</u>	<u>.248**</u>	<u>.588**</u>	<u>.418**</u>

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota 2: ♀= mujer, ♂= hombre; IMC= imagen corporal

Tabla 8. Relación entre los factores correspondientes a la bulimia y el resto de las variables de manera diferenciada en mujeres y hombres.

#### ***5.4 Relación entre los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal con la edad y escolaridad.***

Posteriormente se realizó una *correlación de Pearson* en hombres y mujeres para encontrar si existe alguna relación entre los comportamientos actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal con la edad y escolaridad.

Como podemos observar (*tabla 4*) en el caso de la anorexia de manera específica en las mujeres se puede observar una relación positiva entre la edad, el control estricto de la alimentación y el ejercicio, mientras que en ambos sexos se encuentra una relación negativa estadísticamente significativa, entre la edad y los estilos de alimentación positivos. En el caso de la bulimia se encontró que para ambos sexos a mayor edad hay un peso menos estable.

En la vigorexia solo se presentó una relación negativa estadísticamente significativa, la cual muestra que a menor edad hay una mayor percepción corporal negativa, solo en las mujeres. Respecto a la insatisfacción con la imagen corporal no se encontró ninguna asociación entre el sexo, edad y escolaridad.

	Factores	Edad	
		♀	♂
ANOREXIA	1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida	.056	-.041
	<u>2. Control estricto de la alimentación y el ejercicio</u>	<u>.175*</u>	.101
	<u>3. Estilos alimenticios positivos</u>	<u>-.382**</u>	<u>-.332**</u>
BULIMIA	<u>1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta</u>	-.034	.091
	<u>2. Sobreingesta</u>	-.096	-.150
	<u>3. Conductas compensatorias</u>	-.078	-.053
	<u>4. Ingestión de alimentos engordantes</u>	-.057	-.043
	<u>5. Peso estable</u>	<u>-.415**</u>	<u>-.204**</u>
ORTOREXIA	<u>1. Preocupación excesiva por la alimentación</u>	.105	<u>.206**</u>
	<u>2. Elección de estricta de los alimentos</u>	.082	<u>.181*</u>
	3. Patrones de alimentación rígidos	.003	.036
VIGOREXIA	<u>1. Percepción corporal negativa</u>	<u>-.188*</u>	-.079
	2. Sobrevaloración del ejercicio	-.030	-.045
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	-.109	.024
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	.038	.123

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a + .01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota2: ♀= mujer, ♂= hombre; IMC= imagen corporal,

Tabla 9. Relación entre la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal con la edad.

En el caso de la escolaridad como se puede observar en la siguiente tabla:

	Factores	Media		DE		t	Sig.
		Bajo	Alto	Bajo	Alto		
ANOREXIA	1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida	.140	.197	.740	1.223	-.274	.785
	2. Control estricto de la alimentación y el ejercicio	.204	.020	.829	1.155	.924	.357
	<u>3. Estilos alimenticios positivos</u>	<u>-.459</u>	<u>.151</u>	<u>1.031</u>	<u>.951</u>	<u>-3.395</u>	<u>.001</u>
BULIMIA	1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta	.146	-.150	.783	1.130	1.803	.074
	<u>2. Sobreingesta</u>	<u>.348</u>	<u>-.019</u>	<u>.752</u>	<u>.933</u>	<u>2.235</u>	<u>.027</u>
	<u>3. Conductas compensatorias</u>	<u>-.452</u>	<u>.031</u>	<u>.993</u>	<u>1.055</u>	<u>-2.516</u>	<u>.013</u>
	4. Ingestión de alimentos engordantes	.103	.203	.922	.907	-.595	.553
	<u>5. Peso estable</u>	<u>.423</u>	<u>-.314</u>	<u>1.009</u>	<u>.878</u>	<u>4.351</u>	<u>.000</u>
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación	-.021	.117	.941	1.001	-.762	.448
	2. Elección estricta de los alimentos	-.123	.098	.948	.980	-1.232	.220
	3. Patrones de alimentación rígidos	-.034	.043	.916	.961	-.445	.657
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	-.148	.197	.893	1.151	-1.923	.058
	2. Sobrevaloración del ejercicio	-.371	-.206	.690	.853	-1.094	.276
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	-.103	.105	1.139	.964	-1.110	.269
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	.352	.300	.977	1.159	.252	.801

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se está en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

IMC= imagen corporal

Tabla 10. Diferencias en la presencia de anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal en función de la escolaridad, en mujeres.

Las mujeres con un alto nivel educativo en comparación con las mujeres que tienen niveles bajos de educación, muestran una mayor tendencia a

presentar estilos alimenticios positivos, sin embargo, también presentan más conductas compensatorias.

Mientras que, las mujeres que tienen un bajo nivel educativo presentan con mayor frecuencia sobreingesta, sin embargo, poseen un peso estable.

En el caso de los hombres como podemos ver en la siguiente tabla:

	Factores	Media		DE		t	Sig.
		Bajo	Alto	Bajo	Alto		
ANOREXIA	1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida	-.104	-.207	.931	.821	.607	.544
	2. Control estricto de la alimentación y el ejercicio	-.157	-.042	.911	.942	-.616	.539
	<u>3. Estilos alimenticios positivos</u>	<u>-.314</u>	<u>.089</u>	<u>.908</u>	<u>.999</u>	-2.064	.041
BULIMIA	1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta	.202	.086	.767	.940	.639	.524
	2. Sobreingesta	.163	-.113	1.181	1.063	1.280	.203
	3. Conductas compensatorias	-.024	.132	.941	.934	-.838	.403
	4. Ingestión de alimentos engordantes	.013	-.189	1.065	1.064	.956	.340
	5. Peso estable	.241	.083	1.127	.991	.779	.437
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación	-.017	-.141	.983	.993	.618	.537
	2. Elección estricta de los alimentos	.205	-.102	1.020	1.028	1.483	.140
	3. Patrones de alimentación rígidos	.187	-.088	1.102	1.038	1.304	.194
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	-.040	-.125	.909	.881	.476	.635
	2. Sobrevaloración del ejercicio	.316	.218	1.090	1.104	.447	.655
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	.082	-.066	.921	.981	.772	.441
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	-.184	-.311	.794	.770	.811	.419

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

IMC= imagen corporal

Tabla 11. Diferencias en la presencia de anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal en función de la escolaridad, en hombres.

Los hombres que tiene un alto nivel educativo presentan una mayor tendencia hacia los estilos alimenticios positivos que los hombres con un nivel educativo bajo.

### 5.4 Correlación entre los rasgos de género y los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal.

Posteriormente se corrió una nueva *correlación de Pearson* para encontrar como se relacionan la presencia de comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal con las características de instrumentalidad y expresividad de manera separada para hombres y mujeres.

Como podemos observar en la tabla 12, en la anorexia para ambos sexos la instrumentalidad orientada al logro, la cual, se caracteriza por un énfasis del desarrollo individual tiene una relación positiva estadísticamente significativa con los estilos alimenticios positivos, como el gusto por la comida.

		Instrumentalidad positiva					
		I. cooperativo		I. orientado al logro		I. egocéntrico	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂
ANOREXIA	1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida	-.059	-.006	-.052	.107	.007	<u>.174*</u>
	2. Control estricto de la alimentación y el ejercicio	-.104	.125	-.062	.034	.058	.055
	3. Estilos alimenticios positivos	<u>.255**</u>	.047	<u>.287**</u>	<u>.191*</u>	.158	<u>.197*</u>
BULIMIA	1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta	-.042	.070	-.157	.116	-.015	.171*
	2. Sobreingesta	.000	-.004	-.014	<u>.232**</u>	<u>.167*</u>	<u>.230**</u>
	3. Conductas compensatorias	-.045	.057	.026	<u>.166*</u>	.098	<u>.184*</u>
	4. Ingestión de alimentos engordantes	.122	.056	-.021	<u>.214**</u>	<u>.226**</u>	<u>.214**</u>
	5. Peso estable	-.012	.103	.141	<u>.295**</u>	.055	.124
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación	-.073	.014	-.094	-.003	.159	.081
	2. Elección estricta de los alimentos	<u>-.167*</u>	.050	-.092	.005	.062	.044
	3. Patrones de alimentación rígidos	.043	-.020	<u>-.160*</u>	.014	.066	-.015

		Instrumentalidad positiva					
		I. cooperativo		I. cooperativo		I. cooperativo	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	-.039	-.041	-.111	.141	.066	.058
	2. Sobrevaloración del ejercicio	-.025	.062	-.028	<u>.168*</u>	.087	<u>.197*</u>
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	-.028	.087	.049	.073	.009	.145
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	-.115	.094	-.121	.070	.019	.051

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota: ♀= mujer, ♂= hombre; IP= instrumentalidad positiva, IN= instrumentalidad negativa, EP= expresividad positiva, EN= expresividad negativa

Tabla 12. Relación entre instrumentalidad positiva y los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal.

Mientras que sólo en los hombres la instrumentalidad egocéntrica la cual enfatiza la búsqueda de la satisfacción individual sobre la grupal, se vincula positivamente con los pensamientos y conductas negativas hacia la comida, así como con los estilos alimenticios positivos. Y en las mujeres la instrumentalidad cooperativa caracterizada por la búsqueda del bienestar común se vincula con una alimentación positiva.

Respecto a la bulimia sólo en los hombres la instrumentalidad orientada al logro posee una relación positiva estadísticamente significativa con la sobreingesta, las conductas compensatorias, la ingestión de alimentos engordantes y un peso corporal estable.

Mientras que la instrumentalidad egocéntrica se vincula positivamente en ambos sexos con la sobreingesta y la ingestión de alimentos engordantes, y solo en los hombres con los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y conductas compensatorias,



En el caso de la ortorexia sólo en las mujeres la instrumentalidad cooperativa tiene una relación negativa estadísticamente significativa con la elección estricta de los alimentos, mientras que la instrumentalidad orientada al logro se vincula negativamente con los patrones de alimentación rígidos.

Respecto a la vigorexia sólo en los hombres la instrumentalidad orientada al logro y egocéntrica posee una relación positiva estadísticamente significativa con la sobrevaloración del ejercicio.

Mientras que la insatisfacción con la imagen corporal no se relaciona con ningún rasgo perteneciente a la instrumentalidad positiva.

En el caso de los rasgos pertenecientes a la instrumentalidad negativa (tabla 13) se encontró que en la anorexia para ambos sexos el control estricto de la alimentación y el ejercicio se relacionan positivamente con la instrumentalidad machista caracterizada por la agresividad así como con la instrumentalidad autoritaria vinculada al dominio sobre los otros sin importar como. Mientras que la instrumentalidad rebelde social la cual enfatiza características como el desinterés y descortesía se asocia positivamente con pensamientos y conductas negativas hacia la comida.

Sólo en los hombres los pensamientos y conductas negativas sobre la ingesta se vincularon positivamente con la instrumentalidad machista y autoritaria; mientras que los estilos alimenticios se asociaron negativamente con la instrumentalidad machista. Y en las mujeres el control estricto de la alimentación y el ejercicio posee una relación positiva estadísticamente significativa con la instrumentalidad rebelde social.

		Instrumentalidad negativa					
		I. machista		I. autoritarismo		I. rebelde social	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂
ANOREXIA	1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida	.131	<u>.248**</u>	.146	<u>.165*</u>	<u>.205*</u>	<u>.213**</u>
	2. Control estricto de la alimentación y el ejercicio	<u>.256**</u>	<u>.190*</u>	<u>.204*</u>	<u>.172*</u>	<u>.208*</u>	.088
	3. Estilos alimenticios positivos	-.127	<u>-.244**</u>	-.022	-.102	-.105	-.012

		Instrumentalidad negativa					
		I. machista		I. machista		I. machista	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂
BULIMIA	1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta	.098	<u>.198*</u>	.124	<u>.154*</u>	<u>.166*</u>	<u>.187*</u>
	2. Sobreingesta	.158	-.045	.137	.048	<u>.167*</u>	.051
	3. Conductas compensatorias	.120	.148	.063	.074	<u>.259**</u>	.073
	4. Ingestión de alimentos engordantes	.100	.089	.065	.102	<u>.179*</u>	.068
	5. Peso estable	-.089	-.149	-.005	.048	-.085	.082
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación	<u>.207*</u>	<u>.212**</u>	.124	.105	<u>.203*</u>	<u>.157*</u>
	2. Elección estricta de los alimentos	.095	<u>.170*</u>	-.032	-.016	.131	.039
	3. Patrones de alimentación rígidos	.016	.031	.007	-.081	.066	.043
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	-.027	.060	.082	.132	.025	<u>.178*</u>
	2. Sobrevaloración del ejercicio	.114	.128	.053	<u>.181*</u>	.076	.082
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	.049	.133	.141	<u>.242**</u>	.057	.048
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	.099	<u>.245**</u>	<u>.203**</u>	<u>.195**</u>	<u>.171*</u>	<u>.171*</u>

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota: ♀= mujer, ♂= hombre; IP= instrumentalidad positiva, IN= instrumentalidad negativa, EP= expresividad positiva, EN= expresividad negativa

Tabla 13. Relación entre la instrumentalidad negativa y los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal.

En la bulimia para ambos sexos los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta poseen una relación positiva estadísticamente significativa con la instrumentalidad rebelde social. De manera específica en hombres los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta se vinculan positivamente con la instrumentalidad machista y autoritaria. Mientras que en la mujeres la sobreingesta, las conductas compensatorias y la ingestión de alimentos engordantes se asocian positivamente con la instrumentalidad rebelde social.

---

---

En el caso de la ortorexia la preocupación excesiva por la alimentación en ambos sexos se asocia positivamente con la instrumentalidad machista y rebelde social. Mientras que sólo en los hombres la elección estricta de alimentos se vincula positivamente con la instrumentalidad machista.

En el caso la vigorexia sólo en los hombres se encontraron relaciones estadísticamente significativas, la cuales nos indican que la percepción negativa corporal se asocia positivamente con la instrumentalidad rebelde social; mientras que la sobrevaloración del ejercicio y la valoración excesiva tanto del cuerpo como de la belleza se vinculan con la instrumentalidad autoritaria.

En lo que respecta la insatisfacción con la imagen corporal, se encontró que relaciono positivamente en ambos sexos con la instrumentalidad autoritaria y rebelde social, sólo en los hombres con la instrumentalidad machista.

En el caso de los rasgos que integran la expresividad positiva se encontró (*tabla 14*) de manera específica que en la anorexia para ambos sexos la expresividad-afiliativa la cual favorece el intercambio e interacción social en caminados al cuidado y bienestar común, tiene una relación positiva estadísticamente significativa con los pensamientos y conductas negativas hacia la comida. Y sólo en los hombres el control estricto de la alimentación y el ejercicio se asocian positivamente con la expresividad romántica soñadora caracterizada por rasgos como ser romántico, soñador, emocional, sensible, etc.

En la bulimia sólo en los hombres la sobreingesta, la ingestión de alimentos engordantes y un peso estable se relaciona positivamente con la expresividad-afiliativa.

Cabe mencionar que ninguno de los factores que evalúa el riesgo a padecer ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal se vincula con los rasgos pertenecientes a la expresividad positiva.

		Expresividad positiva			
		E. – afiliativo		Romántico soñador	
		♀	♂	♀	♂
ANOREXIA	1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida	-.058	.125	-.001	.056
	2. Control estricto de la alimentación y el ejercicio	-.082	.039	.043	.166*
	3. Estilos alimenticios positivos	.267**	.248**	.090	-.108
BULIMIA	1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta	-.019	.133	.062	.074
	2. Sobreingesta	-.011	.181*	-.128	-.053
	3. Conductas compensatorias	.014	.115	-.061	.061
	4. Ingestión de alimentos engordantes	.001	.180*	-.055	.006
	5. Peso estable	.129	.215**	-.091	-.005
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación	-.032	-.121	.001	.023
	2. Elección estricta de los alimentos	-.140	-.021	-.110	.115
	3. Patrones de alimentación rígidos	-.051	-.042	.029	-.076
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	.094	.070	.061	.006
	2. Sobrevaloración del ejercicio	-.019	.047	-.055	.039
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	.048	.057	.014	.105
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	-.024	.065	.127	.122

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota 2: ♀= mujer, ♂= hombre; IP= instrumentalidad positiva, IN= instrumentalidad negativa, EP= expresividad positiva, EN= expresividad negativa

Tabla 14. Relación entre la expresividad positiva y los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal.

En el caso de la expresividad negativa (*tabla 15*) se encontró que para ambos sexos en la anorexia, el factor denominado pensamientos y conductas negativas hacia la comida posee una relación positiva estadísticamente significativa con la expresividad emotivo—negativo-egocéntrico, vulnerable-emocional y control externo-pasivo-negativo, rasgos que hacen alusión a las características típicamente asociadas al estereotipo femenino en su versión

---

---

negativa, como ser sensible, mentiroso, quejumbroso, etc.. Mientras que el control estricto de la alimentación y el ejercicio en los hombres se relaciona positivamente con la expresividad vulnerable-emocional, y en las mujeres con el control externo-pasivo-negativo.

En la bulimia, los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta se relacionan positivamente con la expresividad vulnerable-emocional, y en las mujeres con el control externo-pasivo-negativo.

Mientras que la sobreingesta, las conductas compensatorias y la ingestión de alimentos engordantes se asocian positivamente con la expresividad vulnerable-emocional. Y sólo en las mujeres la expresividad vulnerable-emocional se vincula positivamente con la sobreingesta y las conductas compensatorias; mientras que la expresividad control externo-pasivo-negativo se relaciona positivamente con la sobreingesta, las conductas compensatorias y la ingestión de alimentos engordantes.

En la ortorexia para ambos sexos la preocupación excesiva por la alimentación se relaciona positivamente con la expresividad control-externo-negativo. Y sólo en hombres la expresividad vulnerable-emocional posee una relación positiva estadísticamente significativa con la preocupación excesiva por la alimentación, la elección estricta de los alimentos y los patrones de alimentación rígidos; así como el control externo-pasivo-negativo se asocia positivamente con los patrones de alimentación rígidos.

Respecto a la vigorexia la expresividad vulnerable-emocional en ambos sexos se asocia positivamente con la percepción corporal negativa y la valoración excesiva del cuerpo y belleza; mientras que la expresividad control externo-pasivo-negativo se relaciona positivamente con la percepción corporal negativa. Y sólo en las mujeres la sobrevaloración del ejercicio se relaciona positivamente con la expresividad control externo-pasivo-negativo; mientras que la valoración excesiva del cuerpo y la belleza se vincula con la expresividad emotivo-negativo-egocéntrico y el control externo-pasivo-negativo.

En el caso de la insatisfacción con la imagen corporal para ambos sexos se vinculo con la expresividad vulnerable-emocional y control externo-pasivo-negativo; solo en las mujeres con la expresividad emotivo-negativo-egocéntrico.

		Expresividad negativa					
		Emotivo – negativo – egocéntrico		Vulnerable – emocional		Control externo – pasivo – negativo	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂
ANOREXIA	1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida	<u>.199*</u>	<u>.189*</u>	<u>.223**</u>	<u>.272**</u>	<u>.366**</u>	<u>.189*</u>
	2. Control estricto de la alimentación y el ejercicio	.152	.000	.095	<u>.242**</u>	<u>.314**</u>	.112
	3. Estilos alimenticios positivos	-.017	.079	-.041	-.039	-.074	.016
BULIMIA	1. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta	<u>.263**</u>	<u>.217**</u>	<u>.282**</u>	<u>.340**</u>	<u>.395**</u>	<u>.234**</u>
	2. Sobreingesta	<u>.330**</u>	<u>.220**</u>	<u>.205*</u>	.072	<u>.250**</u>	.017
	3. Conductas compensatorias	<u>.220**</u>	<u>.193*</u>	<u>.209**</u>	.122	<u>.193*</u>	.095
	4. Ingestión de alimentos engordantes	<u>.269**</u>	<u>.214**</u>	.092	.141	<u>.213**</u>	.031
	5. Peso estable	.146	.151	.094	.018	-.055	-.046
ORTOREXIA	1. Preocupación excesiva por la alimentación	.149	.110	.075	<u>.279**</u>	<u>.168*</u>	<u>.206**</u>
	2. Elección estricta de los alimentos	-.024	.014	-.042	<u>.180*</u>	.049	.057
	3. Patrones de alimentación rígidos	-.033	.010	.135	<u>.163*</u>	.043	<u>.155*</u>
VIGOREXIA	1. Percepción corporal negativa	.104	.099	<u>.225**</u>	<u>.224**</u>	<u>.208*</u>	<u>.216**</u>
	2. Sobrevaloración del ejercicio	.078	.148	.004	.087	<u>.245**</u>	.064
	3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	<u>.278**</u>	-.001	<u>.251**</u>	<u>.155*</u>	<u>.275**</u>	-.056
IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	<u>.235**</u>	.131	<u>.270**</u>	<u>.276**</u>	<u>.323**</u>	<u>.181*</u>

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Nota 2: ♀= mujer, ♂= hombre; IP= instrumentalidad positiva, IN= instrumentalidad negativa, EP= expresividad positiva, EN= expresividad negativa

Tabla 15. Relación entre la expresividad negativa características son típicamente asociadas al estereotipo femenino en su versión negativa

### ***5.5 Detección de efectos principales en la presencia de comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal en hombres y mujeres.***

Por último, para delimitar el impacto que tiene la presencia y combinación de los rasgos instrumentales y expresivos, se llevó a cabo un análisis de varianza. En primer lugar se agruparon las personas en función de los perfiles de personalidad instrumental, expresiva, andrógina e indiferenciada tanto positivas como negativas que poseen hombres y mujeres (reportados por Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2007). Posteriormente se comparó la tendencia presentar comportamientos, actitudes y creencias asociada a los trastornos de la imagen corporal y conducta alimentaria en función del perfil.

Como podemos observar en la *tabla 16*, los resultados indican que una persona que posee un perfil instrumental positivo sin importar su sexo, suelen presentar en estilos positivos alimenticios vinculados a la anorexia, pero también sobreingesta y un peso estable correspondientes ambos factores a la bulimia.

		<b>Bajos</b>	<b>Altos</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
Instrumental positivo N= 146	<b>Anorexia</b> 3. Estilos alimenticios positivos	-.1842	.2172	13.713	.000
	<b>Bulimia</b> 1. Sobreingesta	-.1446	.1626	5.451	.020
	5. Peso estable	-.0939	.1200	4.832	.028

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Tabla 16. Efecto principal la instrumentalidad positiva en la anorexia y bulimia.

Mientras que las personas que tienen un perfil instrumental negativo (*tabla 17*) presentan un control estricto de la alimentación y el ejercicio, estilos positivos alimenticios positivos vinculados a la anorexia, un peso estable correspondiente a la bulimia, preocupación excesiva por la alimentación en la ortorexia e insatisfacción con la imagen corporal.

		<b>Bajos</b>	<b>Altos</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
Instrumental negativo N= 160	<i>Anorexia</i> 2. <i>Control estricto de la alimentación y el ejercicio</i> 3. <i>Estilos alimenticios positivos</i>	-.1038	.1210	5.374	.021
	<i>Bulimia</i> 5. <i>Peso estable</i>	.0217	-.2682	5.549	.019
	<i>Ortorexia</i> 1. <i>Preocupación excesiva por la alimentación</i>	-.1745	.1583	4.709	.031
	<i>Insatisfacción con la imagen corporal</i>	-.1377	.1506	4.193	.042

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Tabla 17. Efecto principal de la instrumentalidad negativa en la anorexia, bulimia, ortorexia e insatisfacción con la imagen corporal.

Mientras que un perfil expresivo negativo (*tabla 18*) se vincula con la presencia de pensamientos y conductas negativas hacia la comida relacionadas al anorexia, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, sobreingesta, conductas compensatorias, ingestión de alimentos engordantes correspondientes a la bulimia.

		<b>Bajos</b>	<b>Altos</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
Expresivo negativo N= 163	<i>Anorexia</i> 1. <i>Pensamientos y conductas negativas hacia la comida</i>	-.2161	.1853	4.136	.043
	<i>Bulimia</i> 1. <i>Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta</i> 2. <i>Sobreingesta</i> 3. <i>Conductas compensatorias</i> 4. <i>Ingestión de alimentos engordantes</i>	-.3214	.2840	6.781	.010
		-.2332	-.0991	6.233	.013
		-.1972	-.1753	4.167	.042
		-.2844	.0323	4.808	.029

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Tabla 18. Efecto principal de la expresividad negativa en la anorexia y bulimia.

Por su parte, las interacciones dadas por la instrumentalidad positiva y negativa en sus distintos niveles, nos indican que ante la presencia de un perfil



instrumental negativo se experimentan más pensamientos y conductas negativas sobre la ingesta (tabla 19).

		<b>F</b>	<b>Sig.</b>	<b>Perfil</b>	<b>Puntaje</b>	<b>N</b>
Anorexia	1. Pensamientos y conductas negativas hacia la comida	5.555	.019	Indiferenciado IPB/ENB	-.2916	88
				Instrumental positivo IPA/ENB	-.0927	55
				Instrumental negativo IPB/ENA	<u>.3335</u>	80
				Instrumental positivo IPA/ENA	.0470	83

Nota: ♀= mujer, ♂= hombre; IP= instrumentalidad positiva, IN= instrumentalidad negativa, EP= expresividad positiva, EN= expresividad negativa

Tabla 19. Interacciones de los rasgos de instrumentalidad y expresividad en la anorexia.

En el caso de la interacciones obtenidas entre la instrumentalidad negativa, la expresividad positiva y negativa (tabla 20), podemos darnos cuenta que para ambos sexos el tener características andróginas es un indicador para determinar que una persona tiene estilos positivos alimenticios positivos.

		<b>F</b>	<b>Sig.</b>	<b>Perfil</b>	<b>Puntaje</b>	<b>N</b>
MUJERES	3. Estilos alimenticios positivos	3.966	.047	Indiferenciado INB/EPB/ENB	-.2166	33
				Expresivo positivo INB/EPA/ENB	-.2760	4
				Expresivo negativo INB/EPB/ENA	-.3837	21
				Expresivo INB/EPA/ENA	.0866	31
				Instrumental negativo INA/EPB/ENB	-.2104	7
				Andrógino INA/EPA/ENB	<u>.5655</u>	12
				Instrumental INA/EPB/ENA	.0912	12
				Andrógino negativo INA/EPA/ENA	<u>.3611</u>	32

		F	Sig.	Perfil	Puntaje	N
HOMBRES	3. Estilos alimenticios positivos	3.966	.047	Indiferenciado INB/EPB/ENB	-.1711	42
				Expresivo positivo INB/EPA/ENB	-.0618	9
				Expresivo negativo INB/EPB/ENA	-.0350	16
				Expresivo INB/EPA/ENA	-.3984	12
				Instrumental negativo INA/EPB/ENB	.1004	20
				Andrógino INA/EPA/ENB	<u>.3781</u>	16
				Instrumental INA/EPB/ENA	.1486	15
				Androgino negativo INA/EPA/ENA	.3054	30

Nota: ♀= mujer, ♂= hombre; IP= instrumentalidad positiva, IN= instrumentalidad negativa, EP= expresividad positiva, EN= expresividad negativa

Tabla 20. Interacciones de los rasgos de instrumentalidad y expresividad en la anorexia.

En el caso de la valoración excesiva del cuerpo y la belleza se encontró que la expresividad negativa es un factor que influye directamente en su presencia (tabla 21).

		F	Sig.	Perfil	Puntaje	N
Vigorexia 3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	5.007	.026	Indiferenciado IPB/ENB N= 87	-.2424	87	
			Expresivo negativo IPB/ENA N= 80	<u>.1710</u>	80	
			Instrumental positivo IPA/ENB N= 55	.1597	55	
			Androgino IPA/ENA N= 83	.0403	83	

Nota: ♀= mujer, ♂= hombre; IP= instrumentalidad positiva, IN= instrumentalidad negativa, EP= expresividad positiva, EN= expresividad negativa

Tabla 21. Interacción entre los rasgos de instrumentalidad y expresividad con la vigorexia

Respecto a la manera en que impacta la insatisfacción corporal a presencia de síntomas asociados a los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, se encontró que (tabla 22) la insatisfacción positiva, es decir, el deseo por obtener un menor peso, se vincula con la presencia de un control estricto de la alimentación y el ejercicio, preocupación excesiva por la alimentación, elección estricta de los alimentos, valoración excesiva del cuerpo y la belleza, y en el caso específico de las mujeres con una percepción corporal negativa.

		<b>Puntaje</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
<b>Insatisfacción positiva</b> N= 69	<b>Anorexia</b> 2. Control estricto de la alimentación y el ejercicio	.2330	10.559	.000
	<b>Ortorexia</b> 1. Preocupación excesiva por la alimentación 2. Elección estricta de los alimentos	.2182	10.977	.000
		.1930	8.632	.000
	<b>VIGOREXIA</b> 1. Percepción corporal negativa(solo en mujeres) 3. Valoración excesiva del cuerpo y la belleza	.2914	5.118	.007
		.2138	11.254	.000

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a + .01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Tabla 19. Efecto principal e interacciones entre la insatisfacción positiva y la tendencia en síntomas asociados a los trastornos.

Mientras que la satisfacción tiene que ver con la presencia de estilos positivos en ambos sexos (tabla 20).

		<b>Puntaje</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
<b>Satisfacción</b> N= 70	3. Estilos alimenticios positivos	.4503	25.646	.000

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a + .01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Tabla 20. Efecto principal e interacciones entre la satisfacción y la tendencia en síntomas asociados a los trastornos.

Por último, se encontró que si una persona experimenta insatisfacción negativa presenta sentimientos negativos posteriores a la sobre ingesta, patrones de alimentación rígidos y solo en hombres una percepción corporal negativa (tabla 21).

		<i>Puntaje</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Insatisfacción negativa N= 169	BULIMIA 1. <i>Sentimientos negativos posteriores a la sobre ingesta</i>	.3694	5.767	.003
	Ortorexia 3. <i>Patrones de alimentación rígidos</i>	.2352	6.547	.002
	VIGOREXIA 1. <i>Percepción corporal negativa (solo en hombres)</i>	-.0116	5.118	.007

Nota 1: Los puntajes en Z van de -3 a +3; los valores iguales o mayores a +.01 nos indican que hay una mayor tendencia a presentar síntomas o rasgos asociados al factor en cuestión, un resultado igual a .0 que se esta en el promedio, y de -.1 en adelante, que hay una menor tendencia a presentar dichas características o síntomas asociados al factor.

Tabla 21. Efecto principal e interacciones entre la insatisfacción negativa y la tendencia en síntomas asociados a los trastornos.

## *Capítulo 6: Discusión y conclusiones*



EL PRIVILEGIO DE TODA UNA VIDA ES SER QUIEN ERES  
JOSEPH CAMPBELL

ISBN 978-95-03-07111-1

## **6.1 Discusión**

### **6.1.1 Anorexia**

Se encontró que las mujeres en comparación con los hombres presentan más comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia, como pensamientos y conductas negativas relacionadas a la comida, sentimientos de culpa derivados de la ingesta y la práctica de conductas compensatorias (como por ejemplo, el vómito auto inducido, el uso de laxantes, etc.). Mientras que los hombres presentan mejores estilos de alimentación, como disfrutar la comida.

Cabe destacar que si una persona, sin importar su sexo, presenta pensamientos y conductas negativas hacia la comida, tiene además una mayor predisposición a mostrar comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la bulimia, ortorexia y vigorexia, lo cual nos indica que entre estos trastornos una característica que comparten es el miedo y culpa hacia la ingesta, así como la práctica de conductas compensatorias.

De igual manera un hombre o una mujer que tiene un control estricto de la alimentación y el ejercicio presentan comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la ortorexia y vigorexia, y solo las mujeres vinculadas a la bulimia.

Mientras que una persona de igual manera si importar su sexo, que presenta estilos positivos de alimentación tiende a tener un peso estable, de manera específica en solo en las mujeres se relaciona a una menor preocupación por la alimentación y patrones menos rígidos hacia la comida, y solo en los hombres la presencia de episodios de sobreingesta y una percepción corporal negativa.

La manera en como se comportan estos resultados nos indican en primera instancia que tanto hombres como mujeres presentan conductas y sentimientos considerados como negativos hacia su cuerpo y la alimentación,

---

---

sin embargo, las mujeres de esta muestra tiene tendencias que van sobre una misma línea, mientras que los hombres fluctúan de una a otra.

Respecto a la instrumentalidad y expresividad, se entró que una persona sin importar su sexo que muestre inestabilidad emocional y dependencia al entorno social tiene un mayor riesgo de experimentar pensamientos y conductas negativas hacia la comida.

Mientras que de manera específica en los hombres los pensamientos y conductas negativas hacia la comida se asocian con la búsqueda de la satisfacción personal y el dominio sobre otros, y solo en las mujeres con la falta de interés y flexibilidad social.

También se encontró que en ambos sexos el tener características vinculadas con la búsqueda del dominio sobre otros es un factor de riesgo asociado al control estricto de la alimentación. Siendo solo en los hombres vinculadas estas dos variables de idealización e inestabilidad emocional, y en las mujeres la búsqueda del poder sobre otros y un patrón de feminidad tradicional en términos de su abnegación y sumisión.

Mientras que en ambos sexos la búsqueda del bienestar individual y común favorece la adopción de estilos positivos de alimentación.

Estos hallazgos son contrarios a los reportados por diversos estudios realizados por autoras como Behar (1992) y Alvarez et. al. (2002) los cuales concluyen que la feminidad es el principal rasgo de identidad de género en pacientes y mujeres con predisposición a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria; en esta muestra en particular es posible observar que tanto la instrumentalidad como la expresividad negativas inciden en la presencia de comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia no sólo en mujeres sino también en hombres. Y de manera coincidente con estas autoras la androginidad se presentó como un factor protector que incide en la presencia de estilos positivos alimenticios en ambos sexos.

De igual manera, los resultados coinciden con lo propuesto por Padmal de Silva (en Ussher y Baker, 1993) ya que pareciera ser que no sólo las mujeres sino también los hombres experimentan un forcejeo con ellas/os mismas/os, para encontrar un balance entre los nuevos ideales de realización y las expectativas tradicionales del rol de género, lo cual suele desencadenar en la presencia de comportamientos, actitudes y creencias vinculadas con los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia, este punto es sobre todo evidente en el control estricto de la alimentación y el ejercicio.

### *6.1.2 Bulimia*

Se encontró que ambos sexos muestran comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la bulimia, las mujeres por su parte experimentan más sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y conductas compensatorias, mientras que los hombres tienen más atracones, lo cual nos indica que no existe un patrón claro sobre la prevalencia de este trastorno, al menos en esta muestra; esto es contrario a las estadísticas reportadas por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México y por la Fundación Ellen West (2006), quienes estiman una mayor prevalencia en las mujeres, incluso en un 90% como lo reporta esta última institución.

Y de manera coincidente contrario a lo reportado por la Fundación Ellen West (2006) quienes estiman que en el caso de la población universitaria la prevalencia de bulimia oscila entre el 19 y 30%, en esta muestra en particular el nivel educativo no se relaciona con la presencia de comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la bulimia.

También se encontró que estos comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la bulimia están vinculados a la vigorexia en ambos sexos, pero solo se asocian a la ortorexia en las mujeres. Lo cual alude a la incidencia sobre todo en las mujeres de la bulimia tipo compulsivo/purgativa, caracterizada por atracones y recurrentes dietas restrictivas.



---

---

Respecto a la instrumentalidad y expresividad, se encontró que en ambos sexos el ser inestables emocionalmente y dependientes del entorno social es un factor de riesgo vinculado con todos los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la bulimia. Cabe destacar que en los hombres los sentimientos negativos posteriores a la ingesta también se vinculan con la búsqueda del poder sobre otros, y en las mujeres la falta de interés y flexibilidad social con la presencia de todos los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la bulimia.

Siendo a su vez un perfil asociado a la búsqueda de la satisfacción individual y común un factor de riesgo ante la sobreingesta, pero también un factor protector ante la estabilidad del peso corporal. En los hombres de manera específica el tener un peso corporal estable se vincula la búsqueda del bienestar individual y común.

Estas características de personalidad en las mujeres coinciden con lo propuesto por Jonson y Connors, en 1987 (Chinchilla, 2003), los cuales plantearon que las personas con este padecimiento son más extrovertidas, simpáticas, emocionalmente lábiles e impulsivas y con conductas más desorganizadas. Siendo también evidente la reafirmación de lo propuesto por Padmal de Silva, no solo en las mujeres, sino también en los hombres.

Y en este caso contrario a lo propuesto por Behar (1992) y Alvarez et. al. (2002) sobre la androginidad como un factor protector en la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, se presentó la instrumentalidad positiva como un rasgo que favorece el mantenimiento de un peso estable.

### *6.1.3 Ortorexia*

En el caso de la ortorexia hay una mayor prevalencia de comportamientos, actitudes y creencias en las mujeres, aunque cabe mencionar que estos resultados no son significativos, sin embargo, sería importante tomarlos en cuenta, dado que aun no existen tendencias claras sobre este trastorno.

En los hombres se encontró que una mayor edad es un factor predisponente para el desarrollo de estas conductas y en mujeres un nivel de escolaridad más alto. Es interesante observar esta diferencia, ya que en los hombres podría estar repercutiendo la búsqueda de la reafirmación de su masculinidad a través de los años y en las mujeres sería el resultado del conflicto entre sus nuevos ideales y los tradicionales.

También se encontró que los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a este trastorno se vinculan sobre todo en los hombres con la vigorexia, aunque no de manera exclusiva. Es importante destacar este punto ya que Baile (2005; en Muñoz y Martínez, 2007) propone que uno de las características comunes en las personas vigorexicas es un control estricto de la alimentación con la finalidad de mejorar su aspecto físico.

Respecto a la instrumentalidad y expresividad se encontró que la preocupación excesiva por la alimentación es experimentada con mayor frecuencia por una persona que busca el dominio sobre los otros a través de la manipulación y agresividad.

Cabe mencionar todos los comportamientos, actitudes y creencias relacionadas con este trastorno como la preocupación por la elección de los alimentos así como los patrones rígidos de alimentación se asociaron con la inestabilidad afectiva. Y se mostraron como factores protectores los rasgos asociados con la búsqueda del bienestar individual acompañado del común.

Es importante observar, como este trastorno es resultado de la apropiación de hombres y de mujeres de los rasgos instrumentales y expresivos negativos, resultado evidente del conflicto existente en hombres y mujeres de la lucha interna entre los rasgos tradicionales y los promovidos en la actualidad como ideales.

---

---

#### 6.1.4 Vigorexia

En el caso de la vigorexia se encontró que significativamente los hombres poseen una mayor tendencia a presentar comportamientos, actitudes y creencias asociadas a este trastorno, lo cual, concuerda por lo propuesto por Rosario y Martínez (2007). Siendo la edad y escolaridad factores irrelevantes, lo cual también es coincidente con la literatura ya que los rangos de edad que se estiman sobre las personas afectadas van de 15 a 30 años, de 23 a 37 e incluso de 18 a 35.

Respecto a la manera en como repercuten la instrumentalidad y expresividad se encontró que la percepción corporal negativa esta asociada con ambos sexos en la inestabilidad emocional, la abnegación y sumisión. Y solo en los hombres la sobrevaloración del ejercicio se ve relacionada con la búsqueda de la satisfacción individual, la falta de flexibilidad y desinterés social.

En el caso de la valoración excesiva del cuerpo y la belleza experimentada con mayor frecuencia por mujeres fue vinculada con la inestabilidad emocional y dependencia del entorno. Lo cual coincide por lo mencionado por Martínez-Fornés (1994, en Álvarez 2002) quien indica que la educación que se da desde la infancia a las mujeres es muy diferente a la de los hombres, pues se les inculca una mayor preocupación por su cuerpo y por la imagen corporal que a los varones. Ya que en el caso de la cultura occidental, se ha considerado a la belleza como atributo primordial de la mujer, la cual exige ciertos criterios estéticos, como actualmente lo es la delgadez.

Vale la pena retomar que al igual que en la anorexia, bulimia y ortorexia, la vigorexia es resultado de la lucha entre los ideales de realización actuales y las expectativas tradicionales del rol masculino, como lo mencionan Manilla (2004) y Castillo (2000) este trastorno es de los más promovidos socialmente ya que los medios de comunicación desde el cine hasta la publicidad, promueven el modelo de hombre fuerte y atlético, esculturalmente marcado, como prototipo de salud y éxito, lo que provoca obsesión por el culto al cuerpo

---

---

y una frustración en los adolescentes que no logra una complexión que cubra este requisito.

### *6.1.5 Imagen Corporal*

Se encontró en las mujeres una mayor insatisfacción con la imagen corporal, vinculada con la búsqueda de un peso corporal menor, mientras que los hombres aunque es menor esta insatisfacción con el peso corporal es relevante observar que la diferencia entre los que buscan obtener un menor peso y los que buscan un mayor peso es muy corta, en comparación con la mujeres.

Siendo solo en las mujeres el 20.3% y en los hombres el 24.3% los que se encuentran satisfechos con su imagen corporal.

Respecto a la insatisfacción con la imagen corporal no se encontró ninguna asociación entre la edad y la educación.

Es importante observar que todos los trastornos se vinculan con la insatisfacción de la imagen corporal, esto es coincidente de acuerdo a los criterios especificados en el DSM IV para la anorexia y bulimia, al igual que por lo propuesto por Baile (2005; en Muñoz y Martínez, 2007) sobre la vigorexia, sin embargo, en el caso de la ortorexia Bratman (2003) menciona que la distorsión de la imagen corporal no es relevante en el padecimiento de este trastorno, valdría la pena reconsiderar este criterio, ya que a partir de la información obtenida en esta investigación es posible observar que los comportamientos, actitudes y creencias característicos de este trastorno también son asociados con una preocupación por la figura corporal, al menos por esta población.

También se encontró que la expresividad positiva es un factor de riesgo en la presencia de la insatisfacción corporal sin importar si se busca un mayor o menor peso, en ambos sexos.

---

---

Sin embargo, también la expresividad positiva pero sobre todo la instrumentalidad positiva es vinculada con la satisfacción corporal. Lo cual nos hace notar que rasgos como ser cumplido, determinante, y arriesgado, favorecen nuestra percepción corporal.

## *6.2 Conclusiones*

A través de la presente investigación fue posible confirmar lo que proponen autoras como Meler y Burín, 1998; Matud, 2004; y Patiño 2005; que la identidad de género es un proceso social complejo y dinámico, el cual nunca aparece sólo, sino que se entrecruza con otras variables que juegan un papel crucial en la constitución de las personas como individuos, como lo es la raza, la clase social, la religión, la escolaridad, entre otras. Siendo por ende importante en los estudios sobre salud, conocer la relación que tienen los rasgos de género en las formas distintas de enfermar en hombres y mujeres.

De igual manera se ratifico que los rasgos de instrumentalidad y expresividad inciden en la tendencia a presentar comportamientos, actitudes y creencias asociadas a los trastornos de la imagen corporal y conducta alimentaria (anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia e insatisfacción con la imagen corporal).

Contrario a lo reportado por Behar (1992) y Alvarez et. al. (2002), en esta muestra en particular tanto la instrumentalidad como la expresividad negativas inciden en la tendencia a padecer comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la anorexia no solo en mujeres sino también en hombres. Presentándose como factores protectores en el caso de la anorexia la androginidad y en la bulimia la instrumentalidad negativa.

Respecto a la prevalencia de manera desagregada por sexo en el caso de la bulimia no se encontró una dirección clara, lo cual es contrario a las encuestas realizadas por diversas instituciones (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México y por la Fundación Ellen West, 2006), cuestión que no ocurre en el caso de la anorexia, ortorexia e insatisfacción

---

---

corporal que se presentan con mayor incidencia en las mujeres, y la vigorexia que prevalece en los hombres.

Cabe mencionar que los comportamientos, actitudes y creencias asociadas a todos los trastornos se vinculan con la insatisfacción de la imagen corporal, esto es coincidente de acuerdo a los criterios especificados en el DSM IV para la anorexia y bulimia, al igual que por lo propuesto por Baile (2005; en Muñoz y Martínez, 2007) sobre la vigorexia, sin embargo, en el caso específico de la ortorexia teóricamente no se ve como eje central pero valdría la pena reconsiderar este criterio, ya que a partir de la información obtenida en esta investigación es posible observar que los síntomas característicos de este trastorno también son asociados con una preocupación por la figura corporal, al menos por esta población.

Y por último, de manera coincidente a lo propuesto por Padmal de Silva (en Ussher y Baker, 1993) la presencia de comportamientos, actitudes y creencias asociadas a los trastornos tanto de la imagen corporal como de la conducta alimentaria pareciera ser que son el resultado en hombres y mujeres de la lucha interior por encontrar un balance entre los nuevos ideales de realización y las expectativas tradicionales del rol de género. En donde las ganancias adquiridas socialmente por tener un físico ideal son mayores a los costos en la salud derivados de estos trastornos.

Respecto a los alcances de esta investigación se considera que al ser una muestra no clínica el que las tendencias indiquen la presencia de comportamientos, actitudes y creencias en hombres y mujeres, nos permite observar que los trastornos de la conducta alimentaria y de la imagen corporal se dan con mayor frecuencia de la que creemos; además los datos muestran que estos trastornos no sólo inciden en un sexo u otro, sino en ambos y que a pesar de que en la preadolescencia y adolescencia, de acuerdo a diversas instituciones hay una mayor incidencia en la presencia de estos trastornos, también en otras etapas del desarrollo se experimenta una preocupación por la imagen corporal.

---

---

También se logró reflejar que los rasgos instrumentales y expresivos se relacionan con la tendencia de comportamientos, actitudes y creencias asociadas a la bulimia asociados a estos trastornos, y no solo la feminidad.

Sin embargo, dentro de las limitaciones se encontró que los instrumentos no son suficientemente sensibles para esta problemática ya que son fáciles de alterar, de falsear las respuestas así como en ocasiones poco sensibles a la población Mexicana a pesar de haber sido ya validados.

Además dado que los trastornos de la conducta alimentaria y de la imagen corporal son fenómenos multifactoriales, lo aportado en esta investigación solo permite vislumbrar una pequeña parte de la problemática, dejando de lado datos importantes como la influencia de los medios masivos de comunicación sobre los estereotipos de género, la validación social de los hábitos alimenticios negativos, el significado del cuerpo, entre otros.

Por tanto, a través de los resultados derivados de esta investigación se propone:

➤ Desarrollar nuevas investigaciones con perspectiva de género sobre trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal que:

- Incluyan a hombres y mujeres.
- Que no se enfoquen en un sólo rango de edad.
- Que tomen en cuenta las características socioculturales de la población

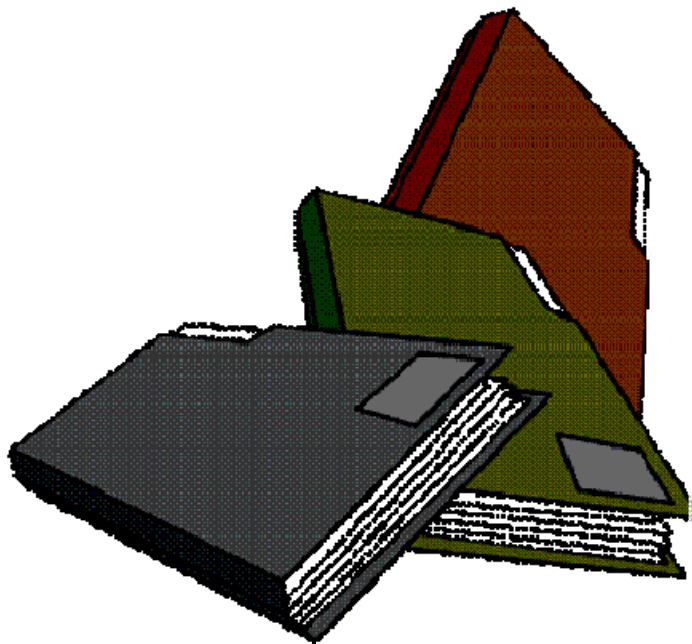
Con la finalidad de:

- Construir instrumentos sensibles a la población Mexicana, que no se han tan evidentes en lo que miden y que se puedan aplicar a ambos sexos.

- Generar campañas de prevención para ambos sexos.
- Desarrollar talleres vivenciales con perspectiva de género para hombres y mujeres de todas las edades en donde se trabaje: el desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas y sociales enfatizando la prevención de trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal. Dado que se ha demostrado que estos trastornos son multifactoriales.
- Como fin último, sería indispensable formular políticas públicas que regulen los mensajes que se dan a nivel masivo sobre el cuerpo ideal en hombres y mujeres.



## *Apéndice A*



### *Eating Attitudes Test (EAT-40)*

El análisis factorial arrojó en un principio 6 factores, los cuales en conjunto explicaron el 49.84% de la varianza total del instrumento, dada la constitución de los mismos, se hizo un corte dejando sólo 3 factores, los cuales de manera global explicaron el 37.24% de la varianza total, lo anterior se hizo en razón de que teóricamente eran los que mayor congruencia tenían.

Cabe mencionar que el número de factores que se obtuvieron para esta muestra en particular no coinciden con lo propuesto por Álvarez (2000) y Saucedo (2004), quienes mencionan respectivamente que esta constituido por 7 y 5 factores.

En este análisis los *reactivos 2, 8, 11, 21 y 25* no fueron anclados a alguna de estas tres categorías, sin embargo, se realizó una correlación de Pearson para encontrar las posibles relaciones entre los ítems y los factores, con la finalidad de mejorar la confiabilidad interna de cada factor; el único reactivo que no obtuvo una relación estadísticamente significativa con alguno de los factores fue el 11, el cual alude a la sensación experimentada después de cada ingesta, por tanto fue eliminado de los análisis posteriores.

De acuerdo al análisis factorial se observo lo siguiente:

El *primer factor* explicó el 17.97% de la varianza total y tuvo una alfa de cronbach igual a 0.878; alude a pensamientos obsesivos hacia la comida y conductas asociadas a la preocupación experimentada en relación a la sobreingesta, por ello fue nombrado como *Pensamientos y conductas negativas hacia la comida*. Los reactivos que lo conformaron son:

Ítem	Peso factorial
14. Me siento muy culpable después de comer	.754
39. Tengo ganas de vomitar después de comer	.752
33. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome por la comida	.678
13. Vómito después de haber comido	.665
5. Procuero no comer aunque tenga hambre	.634
34. Tengo estreñimiento	.619
3. Me pongo nerviosa/o cuando se acerca la hora de comer	.615
27. Tomo laxantes (purgantes)	.568
35. Me siento incomoda/o después de comer dulces	.557
32. Noto que los demás me presionan para que coma	.549
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	.542
30. Siento que los alimentos controlan mi vida	.524
4. Me da mucho miedo pesar demasiado	.511
15. Me preocupa el deseo de estar delgada/o	.508
17. Me peso varias veces al día	.507
37. Me gusta sentir el estomago vacío	.478
6. Me preocupo mucho por la comida	.379
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	.371
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	.325**

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 3. Primer factor de la anorexia:

*Pensamientos y conductas negativas hacia la comida*

El *segundo factor* explicó un 12.83% de la varianza total con una alfa de cronbach de 0.780; mide conductas vinculadas creencias sobre la alimentación estricta y el ejercicio, fue llamado *Control estricto de la alimentación y el ejercicio*. Los reactivos que lo conformaron son:

Ítem	Peso factorial
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	.731
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	.672
10. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej. pan, arroz, papas, etc.)	.654
24. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	.632

Ítem	Peso factorial
29. Como alimentos dietéticos	.624
28. Procuo no comer alimentos con azúcar	.623
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	.620
36. Me comprometo a hacer dietas	.567
31. Me controlo en las comidas	.515
20. Me levanto pronto por las mañanas	.449
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños	.364**
21. Cada día como los mismos alimentos	.307**
25. Tardo en comer más que las demás personas	.404**

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 4. Segundo factor de la anorexia: *Control estricto de la alimentación y ejercicio*

El *tercer factor* explicó el 6.43% de la varianza total y tuvo una alfa de cronbach igual a 0.634; con él se evaluaron patrones de alimentación positivos, como disfrutar comer, por ello fue nombrado como *Estilos alimenticios positivos*. Los reactivos que lo conforman son:

Ítem	Peso factorial
26. Disfruto comiendo en restaurantes	.652
23. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o	.648
19. Disfruto comiendo carne	.541
38. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	.506
1. Me gusta comer con otras personas	.498
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	.466

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5. Tercer factor de la anorexia: *Estilos alimenticios positivos*

De acuerdo a los reactivos tomados en cuenta por estos tres factores, el test de manera global posee una alfa de cronbach igual a 0.840, ligeramente mayor al reportado por Álvarez (2000) y Saucedo (2004), los cuales respectivamente obtuvieron un alfa de 0.72 y 0.83.

### *Bulimia Test (B.U.L.I.T.)*

El análisis factorial en un principio arrojó 6 factores, los cuales en conjunto explicaron el 54.99% de la varianza total del instrumento, dado la construcción de los mismos se recodificaron los reactivos 19, 2, 1, 30 y 6; quedando de esta manera sólo 5 factores, los cuales de manera global explicaron el 51.04% de la varianza total; en contraste con el número de factores reportados por Álvarez (2000) y Vázquez (2007), en esta muestra se obtuvieron dos más. Los factores se comportaron de la siguiente manera:

El *primer factor* explicó el 16.03% de la varianza total y tuvo una alfa de cronbach de 0.877; refleja los sentimientos experimentados por la pérdida de control sobre la comida, por lo cual fue llamado, *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta*. Los reactivos que lo componen son:

Ítem	Peso factorial
20. Me siento triste o deprimida/o después de comer más de lo que había planeado comer	.810
14. Me siento mal conmigo misma/o después de comer demasiado	.785
26. Si como demasiado por la noche, me siento deprimida a la mañana siguiente	.734
29. Me siento deprimida inmediatamente después de comer demasiado	.653
13. Temo comer algo por miedo de no ser capaz de parar	.603
28. Creo que la comida controla mi vida	.579
12. ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?	.562
19. He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas	.547
10. ¿Con qué frecuencias estás preocupada/o por comer entre comidas?	.522
2. Estoy satisfecha/o con mis hábitos alimenticios	.478
24. Me podría llamar, actualmente un/a "comedor/a compulsiva/o" (episodios de ingesta incontrolada)	.347
6. ¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?	.347

Tabla 6. Primer factor de bulimia:  
*Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta*

El *segundo factor* explicó el 14.22% de la varianza total y posee una alfa de cronbach de 0.857; hace referencia a episodios en los que se consume grandes cantidades de alimento fácilmente digerible y con alto contenido calórico durante

un periodo corto de tiempo, fue nombrado *Sobreingesta*. Los reactivos que lo componen son:

Ítem	Peso factorial
22. La cantidad de alimento que como es mayor en comparación con la mayoría de la gente:	.814
34. ¿Piensas que tu apetito es mayor comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?	.799
11. La gente que conozco se asombra de la cantidad de comida que puedo consumir de un jalón	.792
31. Cuando comes una gran cantidad de alimento ¿con que frecuencia lo haces rápidamente?	.636
18. Mis hábitos alimenticios son diferentes de los hábitos alimenticios de la mayoría de la gente	.563
17. Como mucho incluso cuando no estoy hambrienta/o	.560
4. ¿Te autodenominas actualmente una tragona/o?	.489
1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena/o (atracándote)?	.456
3. ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?	.452

Tabla 7. Segundo factor de bulimia: *Sobreingesta*

El *tercer factor* explicó el 8.61% de la varianza total y posee una alfa de cronbach de 0.718; mide el tipo de conductas compensatorias inadecuadas que tiene la finalidad de prevenir el incremento de peso, específicamente el vomito inducido, uso de laxantes, y diuréticos, fue llamado *Conductas compensatorias*. Los reactivos que lo componen son:

Ítem	Peso factorial
7. Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso	.725
30. ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?	.688
15. ¿Con que frecuencia te provocas vomito después de comer?	.657
8. Como hasta sentirme demasiado cansada/o para continuar comiendo	.552
27. ¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?	.450

Tabla 8. Tercer factor de bulimia: *Conductas compensatorias*

El *cuarto factor* explicó el 6.96% de la varianza total, tiene un alfa de cronbach de 0.634 y evalúa la frecuencia con que una persona consume alimentos altos en calorías, por ello fue llamado *Ingestión de alimentos engordantes*. Los reactivos que lo componen son:

Ítem	Peso factorial
9. ¿Con qué frecuencia prefieres comer helado, malteadas o dulces entre comidas?	.814
21. Entre comida tiendo a comer alimentos altos en calorías (dulces y harinas)	.750
16. ¿Con que frecuencia comes entre comidas?	.697
23. Uno de tus mejores amigos sugiere inesperadamente que ambos podrían comer en un nuevo restaurante esa noche. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente llena/o ¿Te sentirías bien al llegar a casa?	.382

Tabla 9. Cuarto factor de bulimia: *Ingestión de alimentos engordantes*

Y el *último factor* explicó el 5.21% de la varianza total y posee una alfa de cronbach de 0.630; evalúa la estabilidad del peso a través del tiempo, por ello fue denominado como *Peso estable*. Los reactivos que lo componen son:

Ítem	Peso factorial
32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado una vez al mes?	.748
25. ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?	.722
33. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso	.583

Tabla 10. Quinto factor de bulimia: *Peso estable*

De manera global el test obtuvo un alfa de cronbach igual a 0.903, mayor al reportado por Álvarez (2000) y Vázquez (2007), los cuales reportan un alfa de 0.88 y de 0.89, así como 0.82, respectivamente.

Por ultimo cabe mencionar que el reactivo 5, el cual alude a la preferencia de comer solo/a o acompañado/a, no pertenece a ningún factor, cuestión que tampoco es mencionada por los autores antes mencionados.

### *Body Shape Questionnaire (BSQ)*

El análisis factorial arrojó 1 sólo factor, el cual explicó el 56.73% de la varianza total del instrumento, cabe mencionar que el reactivo 13 fue eliminado como parte constitutiva de esta categoría.

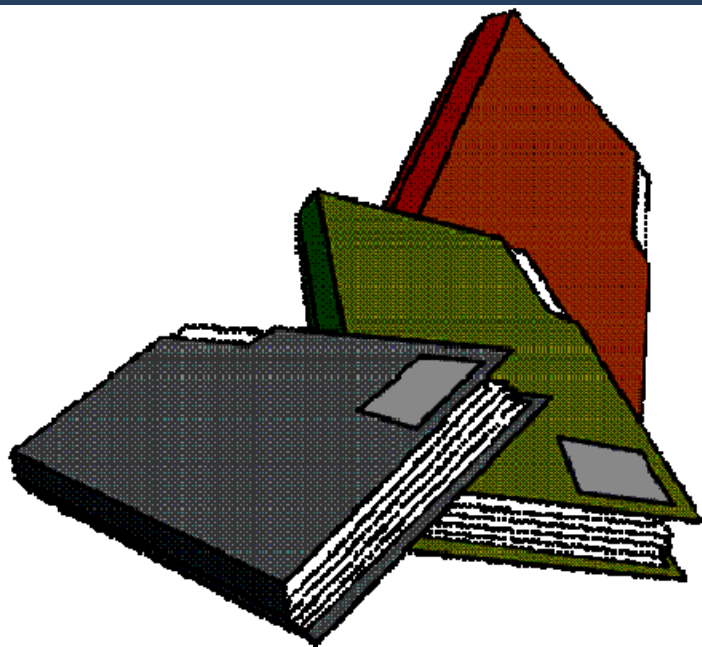
Este factor posee un alfa de cronbach igual a 0.956, y hace alusión a la autoevaluación, sentimientos y actitudes negativas hacia el cuerpo y/o partes del mismo, por ello ha sido denominado como *Insatisfacción con la imagen corporal*; los reactivos se comportan de la siguiente forma:

Ítem	Peso factorial
6. ¿Te sientes excesivamente grande y redondo/a?	.908
5. ¿Cuándo estas comiendo dulces, pasteles u otras comidas altas en calorías te sientes gordo/a?	.891
4. ¿Cuando estas desnudo/a, como cuando tomas un baño, te sientes gordo/a?	.882
7. ¿Te sientes avergonzado/a de tu cuerpo?	.866
2. ¿La presencia de personas delgadas te han hecho sentirte cohibido sobre tu cuerpo?	.812
12. ¿Tiendes a notar el cuerpo de otra persona de tu mismo sexo y sientes que tu figura comparada con la de ella/el es desfavorable?	.798
10. ¿Has estado preocupado/a acerca de que otra persona vea la grasa alrededor de tu cintura o estomago?	.783
8. ¿Por la preocupación sobre tu figura has hecho dieta?	.769
11. ¿Sientes que no eres tan bella/o cuando esta con otra persona de tu mismo sexo que quisieras desaparecer?	.749
1. ¿Te has sentido preocupado/a acerca de tu figura, que sientes que tienes que hacer dieta?	.736
3. ¿Has notado el cuerpo de otra persona y te has comparado desfavorablemente?	.694
14. ¿La preocupación acerca de tu figura te hace sentir que debes hacer ejercicio?	.641
9. ¿Te sientes muy feliz por tu cuerpo cuando tu estomago esta vacío (ej. en las mañanas)?	.547

Tabla 17. Factor de imagen corporal: *Insatisfacción con la imagen corporal*



## *Apéndice B*



### *Cuestionario para evaluar la obsesión por la apariencia*

El análisis factorial arrojó en un principio 5 factores, los cuales en conjunto explicaron el 47.72% de la varianza total del instrumento, dada la constitución de los mismos, se hizo un corte dejando sólo 3 factores, los cuales de manera global explican el 36.62% de la varianza total; estos factores se comportan de la siguiente manera:

El *primer factor* explicó el 16.21% de la varianza total y posee una alfa de cronbach de 0.783; evalúa la percepción del sujeto sobre su propio cuerpo así como los sentimientos relacionados al mismo, y a sido nombrado como *Percepción corporal negativa*. Los reactivos que lo conforman son:

Ítem	Peso factorial
14. Cuando veo a otra personas de mi mismo sexo que son atractivas, tengo la sensación de que son una amenaza para mí	.698
10. He evitado determinadas situaciones sociales porque no disponía de la vestimenta adecuada	.611
18. Soy muy susceptible a los comentarios sobre mí aspecto	.595
19. Los anuncios sobre moda ejercen mucha influencia sobre mí	.584
11. La forma en que me ven los demás no coincide habitualmente con la imagen que yo tengo de mí mismo/a	.556
9. Uso ropa de moda para compensar la percepción negativa que tengo de mi físico	.528
23. Me he sometido a alguna operación de cirugía estética	.506
17. Estoy convencido/a de que mi vida mejoraría si mí cara o mí cuerpo fueran distintos	.468
24. A menudo me siento como si estuviera representando un papel	.463
21. La imagen que tengo de mi físico depende de mi estado de animo	.445
4. Por lo menos una semana al mes hago dieta	.396
15. Actúo de forma completamente diferente en función de la situación en que me encuentro y de las personas que me rodean	.376

Tabla 14. Primer factor de vigorexia: *Percepción corporal negativa*

El *segundo factor* explicó el 10.33% de la varianza total, y cuenta con una alfa de cronbach de 0.617; mide patrones y creencias relacionadas al ejercicio, por

ello se le a dado el nombre de *Sobrevaloración del ejercicio* Lo ítems que lo conforman son:

Ítem	Peso factorial
7. Comprando artículos deportivos libero mi estrés	.681
2. Me siento angustiado/a si dejo de asistir a una sesión del gimnasio	.664
1. Hago ejercicio por lo menos tres días a la semana	.573
5. Me peso una o más veces al día	.558
3. Tomo decisiones hasta que pierda peso o me ponga en forma	.524

Tabla 15. Segundo factor de vigorexia: *Sobrevaloración del ejercicio*.

El *tercer factor* explicó el 10.07% de la varianza y posee una alfa de cronbach igual a 0.643; mide el grado de influencia social que el sujeto percibe en relación a su cuerpo así como la manera en como afronta dicha situación, a sido denominado como *Valoración excesiva del cuerpo y la belleza*. Los reactivos que lo conforman son:

Ítem	Peso factorial
22. La gente hace ejercicio sobre todo para mejorar su figura	.641
16. Creo que nuestra sociedad da demasiada importancia a la apariencia	.604
20. Creo firmemente que una persona puede conseguir un control absoluto sobre su peso	.542
13. Me gustaría adelgazar	.482
8. A menudo comparo mi apariencia física con la de otras personas	.462
6. Me siento obligado/a a mostrar siempre buen aspecto	.424
25. Como más de la cuenta por lo menos una vez a la semana	.367
12. No salgo a la calle al menos que éste seguro/a de que estoy bien arreglado/a	.332

Tabla 16. Tercer factor de vigorexia: *Valoración excesiva del cuerpo y la belleza*

De manera global el test posee un alfa de cronbach igual a 0.815. y al igual que el instrumento anterior este es el primer dato sobre la confiabilidad del instrumento.

### *Test de actitudes hacia la Ortorexia.*

El análisis factorial arrojó en un principio 5 factores, los cuales en conjunto explicaron el 57.27% de la varianza total del instrumento, dada la constitución de los mismos y la congruencia teórica, se hizo un corte dejando sólo 3 factores, los cuales de manera global explicaron el 45.89% de la varianza total; los cuales se comportan de la siguiente manera:

El *primer factor* explicó el 20.98% de la varianza total y reporta una alfa de cronbach de 0.841; evalúa patrones de alimentación como pasar determinado tiempo planeando la dieta a seguir o sentirse culpable si se ingieren ciertos tipos de alimentos, por ello fue llamado *Preocupación excesiva por la alimentación*. Los reactivos que lo conforman son:

Ítem	Peso factorial
14. ¿Pasas más de tres horas al día pensando, incluso dándole vueltas, a tu dieta sana?	.723
3. ¿Llegas a sentir malestares como debilidad, cansancio, mareo, dolor de cabeza cuando disminuyes lo que comes o te pones a dieta?	.659
18. ¿Te aísla socialmente tu manera de comer?	.629
19. ¿Te has vuelto más estricto contigo mismo en cuanto a la selección de tus alimentos?	.587
15. ¿Conforme disminuye la calidad de tu comida, crees que disminuye tu calidad de vida?	.565
7. ¿Tus hábitos alimenticios obstaculizan algunos aspectos de tu vida cotidiana (trabajo, familia, amistades)?	.556
16. ¿Te sientes culpable cuando no cumples tus reglas dietéticas?	.545
8. ¿Observas lo que otra gente come y lo comparas para determinar que o cuanto comerás tu?	.531
1. ¿Terminas de comer por que crees que debes de hacerlo, en lugar de hacerlo cuando tu cuerpo está satisfecho?	.530
17. ¿Planificas hoy cada detalle de lo que vas a comer mañana?	.512

Tabla 11. Primer factor de ortorexia: Preocupación excesiva por la alimentación

El *segundo factor* explicó el 14.71% de la varianza total y posee una alfa de cronbach de 0.756; mide los criterios de selección de los alimentos a ingerir, ha sido llamado *Elección estricta de alimentos*. Los reactivos que lo conforman son:

Ítem	Peso factorial
11. ¿Pones demasiada atención en lo que comes (composición, preparación y recipientes donde se cocinan)?	.782
12. Antes de ingerir un alimento ¿investigas su procedencia?	.774
10. ¿Excluyes de tu alimentación carnes, grasas y alimentos tratados con herbicidas o pesticidas?	.629
9. ¿Acostumbras a seleccionar tus comidas en base a la cantidad de calorías que tienen?	.570

Tabla 12. Segundo factor de ortorexia: *Elección estricta de alimentos*

El *tercer factor* explicó el 10.19% de la varianza total y obtuvo una alfa de cronbach de 0.631; hace referencia a rutinas asociadas a la alimentación por ello fue llamado *Patrones de alimentación rígidos*. Los reactivos que lo conforman son:

Ítem	Peso factorial
6. ¿Estableces una forma específica para comer (hora, cantidad, lugar)?	.698
4. ¿Crees que tu alimentación es una combinación de alimentos sanos?	.682
2. ¿Eliges tus alimentos tomando en cuenta aquellos que disfrutas más?	.509
5. ¿Disfrutas tu alimentación?	.486
20. ¿Aumenta tu autoestima cuando crees que comes alimentos sanos?	.431
13. ¿Te sientes culpable cuando comes fuera de casa?	.423

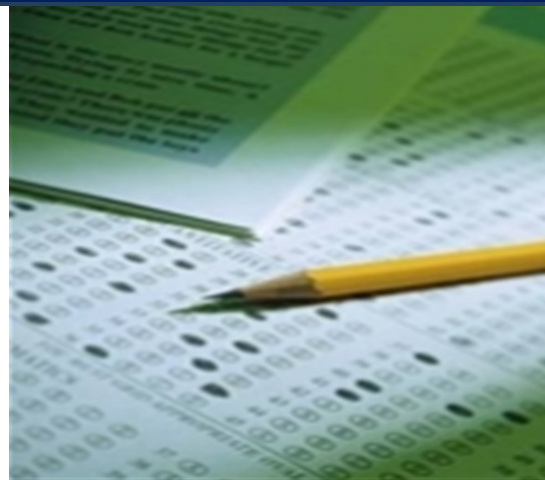
Tabla 13. Tercer factor de ortorexia: *Patrones alimenticios rígidos*

De acuerdo a los reactivos tomados en cuenta por estos tres factores, el test posee un alfa de cronbach de 0.871. Es importante mencionar, que este es el primer dato reportado sobre la confiabilidad de este instrumento, el cual nos indica es constante a través del tiempo.

---

---

## *Anexo*



---

---

## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Este cuestionario es parte de una investigación que se está realizando sobre la salud de hombres y mujeres dentro de la universidad, por tal motivo su participación es importante. Recuerde que todas sus respuestas son anónimas y confidenciales, no existen respuestas correctas, todo es resultado de su propia experiencia. Su honestidad al responder es indispensable. Gracias por su colaboración.

1. Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )
2. Edad: \_\_\_\_\_ (años)
3. Escolaridad: Sin estudios ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )  
Preparatoria ( )  
Licenciatura ( ) Postgrado ( )
4. Ocupación o Trabajo actual:
5. Situación de Pareja Actual:  
Tengo Pareja ( ) No tengo Pareja ( ) Vivo con mi pareja ( )
6. Peso Actual (en kilos): \_\_\_\_\_

7. Altura: \_\_\_\_\_

8. ¿Cuándo fue la última vez que te pesaste?

- Un mes o menos ( ) Mas o menos 6 meses ( ) Un año o más ( )  
Nunca ( ) No me acuerdo ( )

**NOTA:** No olvide responder todas las preguntas y ser lo más honesto/a posible respecto a lo que se pregunta. Si es de su interés recibir retroalimentación sobre los resultados de este cuestionario indique aquí como \_\_\_\_\_ contactarlo/a \_\_\_\_\_ posteriormente:

\_\_\_\_\_

**MUCHAS GRACIAS**

**PARTE I**

A continuación indica por favor con una “X” sobre la línea que mejor describa que tanto cada una de las características en negritas identifica como eres. Entre más cerca estés a uno u otro extremo, esto significa que la característica te describe por completo o en menor proporción respectivamente. Tu sinceridad es muy importante. Gracias por tu colaboración.

Ejemplo 1:

Las siguientes características me describen:

**1. Maduro** Nada      Muchísimo

La respuesta anterior implica que es una persona totalmente madura, más que el resto de la gente.

**Responde con sinceridad y no dejes en blanco ninguna pregunta.**

Las siguientes características me describen:

<b>1. Cumplido (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>2. Arriesgado (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>3. Violento (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>4. Mandón (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>5. Descortés</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>6. Amoroso (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>7. Sensible</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>8. Burlón (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>9. Llorón (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>10. Conformista</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>11. Idealista</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>12. Cariñoso (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>13. Orgullosa (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>14. Responsable</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>15. Ordenado (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>16. Competente</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>17. Tenaz</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>18. Oportunista</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo

<b>19. Dominante</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>20. Manipulador (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>21. Sentimental</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>22. Curioso (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>23. Trabajador (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>24. Atrevido (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>25. Valiente</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>26. Problemático(a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>27. Terco (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>28. Cabal</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>29. Insistente</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>30. Patán (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>31. Metiche</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>32. Mentiroso (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>33. Arrojado (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>34. Ambicioso (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>35. Organizado (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>36. Determinado (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>37. Rudo (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>38. Tierno (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>39. Agresivo (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>40. Dulce</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>41. Fiel</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>42. Tosco (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>43. Cautos (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>44. Cumplidor (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>45. Seguro (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>46. Vengativo (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>47. Desagradecido</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>48. Desatento (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>49. Comprensivo (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>50. Irreflexivo (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>51. Soñador (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>52. Latoso (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>53. Emocional</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>54. Chismoso (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>55. Quejumbroso</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<b>56. Chillón (a)</b>	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muchísimo



57. Miedoso (a)	Nada	_____	_____	_____	_____	_____	Muchísimo
58. Maternal	Nada	_____	_____	_____	_____	_____	Muchísimo
59. Débil	Nada	_____	_____	_____	_____	_____	Muchísimo
60. Ingenuo (a)	Nada	_____	_____	_____	_____	_____	Muchísimo
61. Preocupón (a)	Nada	_____	_____	_____	_____	_____	Muchísimo
62. Infantil	Nada	_____	_____	_____	_____	_____	Muchísimo
63. Penoso (a)	Nada	_____	_____	_____	_____	_____	Muchísimo
64. Sumiso (a)	Nada	_____	_____	_____	_____	_____	Muchísimo
65. Indeciso (a)	Nada	_____	_____	_____	_____	_____	Muchísimo

**Parte II**

A continuación se presentan una serie de frases por favor marca con una cruz “X” en el espacio que mejor refleje tu opinión respecto a cada una. **Por favor responde en función de lo que tú piensa.**

	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	A menudo 4	Casi siempre 5	Siempre 6
1. Me gusta comer con otras personas	1	2	3	4	5	6
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	1	2	3	4	5	6
3. Me pongo nerviosa/o cuando se acerca la hora de comer	1	2	3	4	5	6
4. Me da mucho miedo pesar demasiado	1	2	3	4	5	6
5. Procuero no comer aunque tenga hambre	1	2	3	4	5	6
6. Me preocupo mucho por la comida	1	2	3	4	5	6
7. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de	1	2	3	4	5	6

parar de comer						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños	1	2	3	4	5	6
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	1	2	3	4	5	6
10. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej. pan, arroz, papas, etc.)	1	2	3	4	5	6
11. Me siento llena/o después de comer	1	2	3	4	5	6
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	1	2	3	4	5	6
13. Vómito después de haber comido	1	2	3	4	5	6
14. Me siento muy culpable después de comer	1	2	3	4	5	6
15. Me preocupa el deseo de estar delgada/o	1	2	3	4	5	6
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	1	2	3	4	5	6
17. Me peso varias veces al día	1	2	3	4	5	6
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	1	2	3	4	5	6
19. Disfruto comiendo carne	1	2	3	4	5	6
20. Me levanto pronto por las mañanas	1	2	3	4	5	6
21. Cada día como los mismos alimentos	1	2	3	4	5	6
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	1	2	3	4	5	6

	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	A menudo 4	Casi siempre 5	Siempre 6
23. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o	1	2	3	4	5	6
24. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	1	2	3	4	5	6
25. Tardo en comer más que las demás personas	1	2	3	4	5	6
26. Disfruto comiendo en restaurantes	1	2	3	4	5	6
27. Tomo laxantes (purgantes)	1	2	3	4	5	6
28. Procuero no comer alimentos con azúcar	1	2	3	4	5	6
29. Como alimentos dietéticos	1	2	3	4	5	6
30. Siento que los alimentos controlan mi vida	1	2	3	4	5	6
31. Me controlo en las comidas	1	2	3	4	5	6
32. Noto que los demás me presionan para que coma	1	2	3	4	5	6
33. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome por la comida	1	2	3	4	5	6
34. Tengo estreñimiento	1	2	3	4	5	6
35. Me siento incomoda/o después de comer dulces	1	2	3	4	5	6
36. Me comprometo a hacer dietas	1	2	3	4	5	6
37. Me gusta sentir el estomago vacío	1	2	3	4	5	6

38. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	1	2	3 6	4	5
39. Tengo ganas de vomitar después de comer	1	2	3 6	4	5

**PARTE III**

Responde a cada pregunta poniendo una cruz “X” sobre la respuesta que se ajuste mejor a tú caso. RECUERDA QUE NO HAY RESPUESTA CORRECTAS NI INCORRECTAS, la mejor respuesta es la que corresponda con lo que a ti te suceda particularmente. Por favor, responde cada pregunta con sinceridad. Recuerda que toda la información que nos des será estrictamente confidencial

- 1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena/o (atracándote)?**  
**a) una vez al mes o menos (o nunca)**  
**b) 2-3 veces al mes**  
**c) una vez o dos veces a la semana**  
**d) 3-6 veces a la semana**  
**e) una vez al día o más**

- 2. Estoy satisfecha/o con mis hábitos alimenticios**  
**a) siempre**  
**b) casi siempre**  
**c) algunas veces**  
**d) casi nunca**  
**e) nunca**

- 3. ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?**  
**a) siempre**  
**b) casi siempre**  
**c) algunas veces**  
**d) casi nunca**  
**e) nunca**

---

---

4. ¿Te autodenominas actualmente una tragona/o?

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

**5. Prefiero comer sola/o en casa:**

- a) siempre**
- b) casi siempre**
- c) algunas veces**
- d) casi nunca**
- e) nunca**

6. ¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

**7. Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso**

- a) una vez al día o más**
- b) 3-6 veces por semana**
- c) una o dos veces por semana**
- d) 2-3 veces al mes**
- e) una vez al mes o nunca**

8. Como hasta sentirme demasiado cansada/o para continuar comiendo

- a) por lo menos una vez al día
- b) 3-6 veces por semana
- c) de una a dos veces por semana
- d) 2-3 veces al mes
- e) una vez al mes o nunca

**9. ¿Con qué frecuencia prefieres comer helado, malteadas o dulces entre comidas?**

- a) siempre**
- b) casi siempre**
- c) algunas veces**
- d) casi nunca**
- e) nunca**

10. ¿Con qué frecuencias estás preocupada/o por comer entre comidas?

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

**11. La gente que conozco se asombra de la cantidad de comida que puedo consumir de un jalón**

- a) siempre**
- b) casi siempre**
- c) algunas veces**
- d) casi nunca**
- e) nunca**

12. ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

**13. Temo comer algo por miedo de no ser capaz de parar**

- a) siempre**
  - b) casi siempre**
  - c) algunas veces**
  - d) casi nunca**
  - e) nunca**
- 
-

---

---

14. Me siento mal conmigo misma/o después de comer demasiado

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

15. **¿Con que frecuencia te provocas vomito después de comer?**

- a) dos o más veces a la semana**
- b) una vez a la semana**
- c) 2-3 veces al mes**
- d) una vez al mes**
- e) nunca**

16. ¿Con que frecuencia comes entre comidas?

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

17. **Como mucho incluso cuando no estoy hambrienta/o**

- a) siempre**
- b) casi siempre**
- c) algunas veces**
- d) casi nunca**
- e) nunca**

18. Mis hábitos alimenticios son diferentes de los hábitos alimenticios de la mayoría de la gente

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

19. **He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas**

- a) no, en el año pasado**
- b) una vez, en el año pasado**
- c) 2-3 veces, en el año pasado**
- d) 4-5 veces, en el año pasado**
- e) más de 5 veces, en el año pasado**

20. Me siento triste o deprimida/o después de comer más de lo que había planeado comer

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

21. **Entre comida tiendo a comer alimentos altos en calorías (dulces y harinas)**

- a) siempre**
- b) casi siempre**
- c) algunas veces**
- d) casi nunca**
- e) nunca**

22. La cantidad de alimento que como es mayor en comparación con la mayoría de la gente:

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

---

---

23. Uno de tus mejores amigos sugiere inesperadamente que ambos podrían comer en un nuevo restaurante esa noche. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente llena/o ¿Te sentirías bien al llegar a casa?

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

24. Me podría llamar, actualmente un/a “comedor/a compulsiva/o” (episodios de ingesta incontrolada)

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

25. ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?

- a) más de 8 kilos
- b) de 6-8 kilos
- c) de 3-5 kilos
- d) de 1-2 kilos
- e) menos de 1 kilo

26. Si como demasiado por la noche, me siento deprimida a la mañana siguiente

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

27. ¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

28. Creo que la comida controla mi vida

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

29. Me siento deprimida inmediatamente después de comer demasiado

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) algunas veces
- d) rara vez o nunca
- e) no como demasiado

30. ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?

- a) nunca
- b) una vez al mes
- c) 2-3 veces al mes
- d) una vez a la semana
- e) 2 o más veces a la semana

31. Cuando comes una gran cantidad de alimento ¿con que frecuencia lo haces rápidamente?

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado una vez al mes?

- a) más de 8 kilos
- b) de 6-8 kilos
- c) de 3-5 kilos
- d) de 1-2 kilos
- e) menos de un kilo

**33. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso**

- a) una vez al día o más**
- b) 3-6 veces a la semana**
- c) una o dos veces a la semana**
- d) 2-3 veces al mes**
- e) nunca**

34. ¿Piensas que tu apetito es mayor comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) casi nunca
- e) nunca

#### PARTE IV

Por favor, marca con una cruz "X" las frases que representen lo que tú haces o sientes cotidianamente. Recuerde que toda la información que nos des será estrictamente confidencial

1.  Hago ejercicio por lo menos tres días a la semana
2.  Me siento angustiado/a si dejo de asistir a una sesión del gimnasio
3.  Tomo decisiones hasta que pierda peso o me ponga en forma
4.  Por lo menos una semana al mes hago dieta
5.  Me peso una o más veces al día
6.  Me siento obligado/a a mostrar siempre buen aspecto
7.  Comprando artículos deportivos libero mi estrés
8.  A menudo comparo mi apariencia física con la de otras personas
9.  Uso ropa de moda para compensar la percepción negativa que tengo de mi físico
10.  He evitado determinadas situaciones sociales porque no disponía de la vestimenta adecuada
11.  La forma en que me ven los demás no coincide habitualmente con la imagen que yo tengo de mí mismo/a
12.  No salgo a la calle al menos que éste seguro/a de que estoy bien arreglado/a
13.  Me gustaría adelgazar
14.  Cuando veo a otra personas de mi mismo sexo que son atractivas, tengo la sensación de que son una amenaza para mí
15.  Actúo de forma completamente diferente en función de la situación en que me encuentro y de las personas que me rodean
16.  Creo que nuestra sociedad da demasiada importancia a la apariencia
17.  Estoy convencido/a de que mi vida mejoraría si mi cara o mi cuerpo fueran distintos
18.  Soy muy susceptible a los comentarios sobre mi aspecto
19.  Los anuncios sobre moda ejercen mucha influencia sobre mí
20.  Creo firmemente que una persona puede conseguir un control absoluto sobre su peso
21.  La imagen que tengo de mi físico depende de mi estado de ánimo
22.  La gente hace ejercicio sobre todo para mejorar su figura
23.  Me he sometido a alguna operación de cirugía estética
24.  A menudo me siento como si estuviera representando un papel
25.  Como más de la cuenta por lo menos una vez a la semana

**PARTE V**

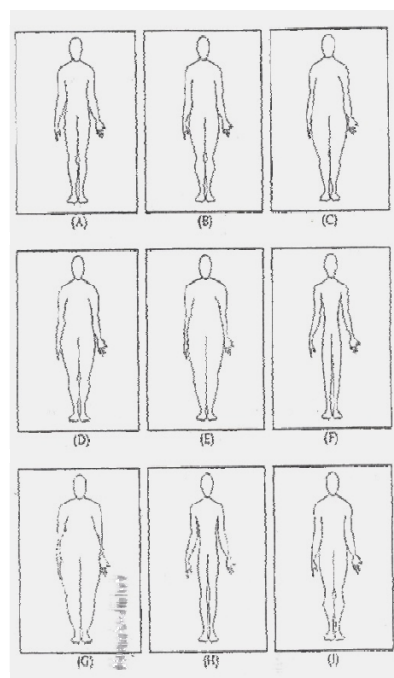
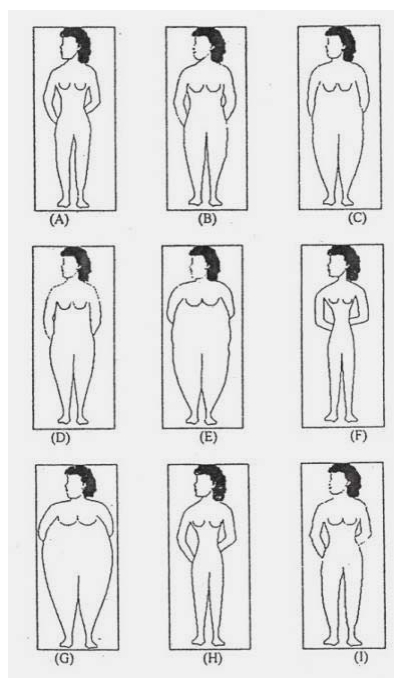
Por favor traza una “X” sobre el número que mejor representa la frecuencia con la que tú piensas o haces cada una de las actividades señaladas a continuación.

	siempre 1	casi siempre 2	rara vez 3	casi nunca 4	nunca 5
1. ¿Terminas de comer por que crees que debes de hacerlo, en lugar de hacerlo cuando tu cuerpo está satisfecho?	1	2	3	4	5
2. ¿Eliges tus alimentos tomando en cuenta aquellos que disfrutas más?	1	2	3	4	5
3. ¿Llegas a sentir malestares como debilidad, cansancio, mareo, dolor de cabeza cuando disminuyes lo que comes o te pones a dieta?	1	2	3	4	5
4. ¿Crees que tu alimentación es una combinación de alimentos sanos?	1	2	3	4	5
5. ¿Disfrutas tu alimentación?	1	2	3	4	5
6. ¿Estableces una forma específica para comer (hora, cantidad, lugar)?	1	2	3	4	5
7. ¿Tus hábitos alimenticios obstaculizan algunos aspectos de tu vida cotidiana (trabajo, familia, amistades)?	1	2	3	4	5
8. ¿Observas lo que otra gente come y lo comparas para determinar que o cuanto comerás tu?	1	2	3	4	5
9. ¿Acostumbas a seleccionar tus comidas en base a la cantidad de calorías que tienen?	1	2	3	4	5
10. ¿Excluyes de tu alimentación carnes, grasas y alimentos tratados con herbicidas o pesticidas?	1	2	3	4	5

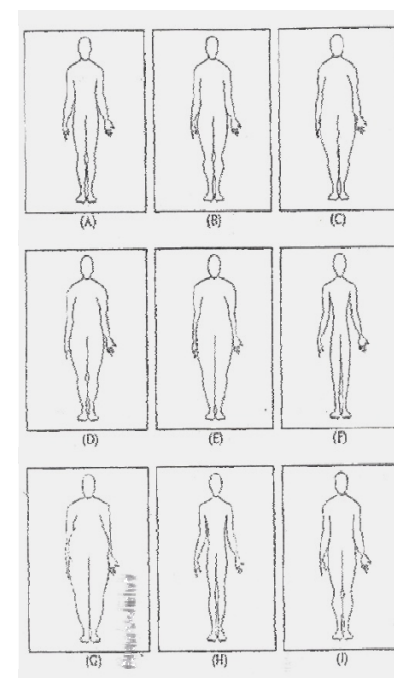
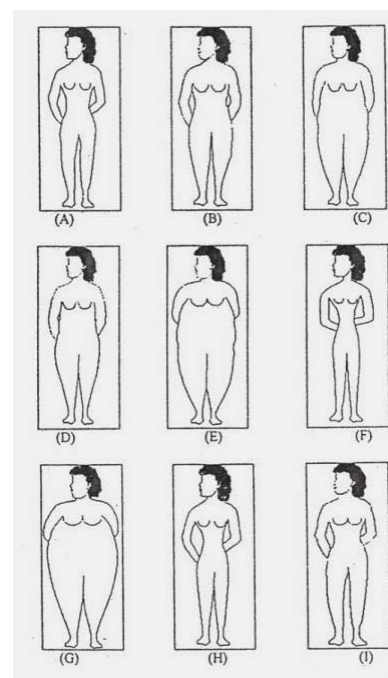
11. ¿Pones demasiada atención en lo que comes (composición, preparación y recipientes donde se cocinan)?	1	2	3	4	5
12. Antes de ingerir un alimento ¿investigas su procedencia?	1	2	3	4	5
13. ¿Te sientes culpable cuando comes fuera de casa?	1	2	3	4	5
14. ¿Pasas más de tres horas al día pensando, incluso dándole vueltas, a tu dieta sana?	1	2	3	4	5
15. ¿Conforme disminuye la calidad de tu comida, crees que disminuye tu calidad de vida?	1	2	3	4	5
16. ¿Te sientes culpable cuando no cumples tus reglas dietéticas?	1	2	3	4	5
17. ¿Planificas hoy cada detalle de lo que vas a comer mañana?	1	2	3	4	5
18. ¿Te aísla socialmente tu manera de comer?	1	2	3	4	5
19. ¿Te has vuelto más estricto contigo mismo en cuanto a la selección de tus alimentos?	1	2	3	4	5
20. ¿Aumenta tu autoestima cuando crees que comes alimentos sanos?	1	2	3	4	5

PARTE VI

Observa con cuidado las siguientes siluetas y **escoge aquella que más se parece o más se aproxima a tu figura corporal actual**  
Enciérrela en un círculo.



Observe con cuidado las siguientes siluetas y **escoge aquella que más te gustaría tener**.  
Enciérrela en un círculo





**PARTE VII**

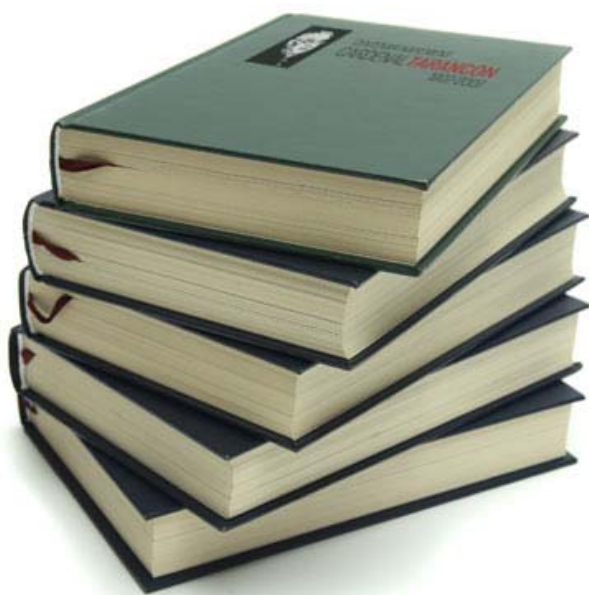
Nos gustaría saber cómo es que te has sentido sobre tú apariencia en las dos últimas semanas. Traza una “X” sobre el número que mejor representa la frecuencia con la que tú haz sentido de acuerdo a las frases.

	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	A menudo 4	Casi siempre 5	Siempre 6
1. ¿Te has sentido preocupado/a acerca de tu figura, que sientes que tienes que hacer dieta?	1	2	3	4	5	6
2. ¿La presencia de personas delgadas te han hecho sentirte cohibido sobre tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has notado el cuerpo de otra persona y te has comparado desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Cuando estas desnudo/a, como cuando tomas un baño, te sientes gordo/a?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Cuándo estas comiendo dulces, pasteles u otras comidas altas en calorías te sientes gordo/a?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Te sientes excesivamente grande y redondo/a?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te sientes avergonzado/a de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Por la preocupación sobre tu figura has hecho dieta?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Te sientes muy feliz por tu cuerpo cuando tu estomago esta vacío (ej. en las mañanas)?	1	2	3	4	5	6

10. ¿Has estado preocupado/a acerca de que otra persona vea la grasa alrededor de tu cintura o estomago?	1	2	3	4	5	6
11. ¿Sientes que no eres tan bella/o cuando esta con otra persona de tu mismo sexo que quisieras desaparecer?	1	2	3	4	5	6
12. ¿Tienes a notar el cuerpo de otra persona de tu mismo sexo y sientes que tu figura comparada con la de ella/el es desfavorable?	1	2	3	4	5	6
13. ¿Eres particularmente conciente acerca de tu figura cuando estas en compañía de otras personas?	1	2	3	4	5	6
14. ¿La preocupación acerca de tu figura te hace sentir que debes hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN 😊

# *Bibliografia*



Andersen. A.E. y Di Domenico L. (1992). *Diet vs shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders?* International Journal of Eating Disorders. 11 (3), 283-287.

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

Álvarez, G., Vázquez, R., López, X., Bosques, E. y Mancilla, J. (2002) *Estudio exploratorio de la asociación entre roles sexuales y sintomatología de trastorno alimentario*. La psicología social en México, 9, 109-114.

American Psychiatric Association (1994) *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson

Baile, J. (2007) *¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marques de San Adrián*. Centro Asociado de la UNED de Tudela.

Barberá, E. y Martínez, I. (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Behar, R. (2003). *Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria*. Revista médica de Chile, 131 (7), 748-758.

Behar, R. (2002). *Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer*. Revista médica de Chile. 130 (9), 964-975.

Berry, T. R. y Howe, B. L. (2000). *Risk Factors for disordered eating in female university athletes*. Journal of sport behavior.

Bragunsky, J. (1996) *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.

Bratman, MD. (2003) *What is Orthorexia? The Orthorexia Home Page*. Extraído el 21 de Octubre de 2007 desde <http://www.orthorexia.com/>

Bonino, L. (2002). *Masculinidad hegemónica e identidad masculina*. Dossiers feministes, 6, 7-36.

Bustos Romero, Olga L. (1994) *La formación del género: El impacto de la socialización a través de la educación*. Antología de la sexualidad humana. Miguel Angel Porrúa. Grupo Editorial: México.

---

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

CIE 10 (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor: Madrid.

Casper R, Eckert E, Halmi K, Goldberg S. and Davis J. (1980) *Bulimia: Its incidence and importance in patients with anorexia nervosa*. *Arch Gen Psychiatry*, 34, 87-99

Casper R. (1990) *Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa*. *Psychosomatic Med*, (52), pp. 156-170

Castillo, M. (2004) *Vigorexia: mentes enfermas en cuerpos sanos*. Extraído el 21 de Octubre de 2007 desde <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,4825,00.html>

Chinchilla, A. (1995) *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. España: Masson.

Chinchilla, A. (2003) *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. España: Masson.

Colom, R y Zaro M. (2004) *La Psicología de las diferencias de sexo*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Contreras J. (1993). *Antropología de la alimentación*. Madrid: Eudema.

Coopersmith, S. (1967) *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.

Crispo, R.; Figueroa, E. y Guelar, D. (1994) *Trastornos del comer*. Barcelona: Herder.

Díaz-Loving, R., Rocha, E. y Rivera, S. (2004) *Elaboración, validación y estandarización de un inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad*. *Revista Interamericana de Psicología*, 28 (2), 263-276.

Díaz-Loving, R., Rocha, E. y Rivera, S. (2007) *La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Don Sabo, (2000) *Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género*. Población ocasional N. 4: Organización mundial de la salud.

---

DSM-IV. (1994). *Diagnostic and statistical anual of mental disorders*. APA: Washington, D.C

Etxebarria I. y Pérez J. (2003). *¿Qué nos hace sentir culpa? Categorías de eventos en adolescentes y adultos de uno y otro sexo*. Estudios de psicología (Ejemplar dedicado a: Reflexiones y Revisiones. Conciencia, metacognición y moral), 24(2), 241-252.

Fallon, L., Katzman, M. y Wooley, H. (1994). *Feminist perspectives on eating disorders*. U.S.A: Guilford Press.

Facchini, M. (2006) *La imagen corporal en la adolescencia ¿es un tema de varones?* Arch. Argent. Peditr, 104(2), 177-184.

Fernández, J. y colaboradores (1996) *Varones y Mujeres: desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.

Fernández, A. y Túron, V. (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica e tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.

Fernández, J. (2000) *¿Es posible hablar científicamente de género sin presuponer una generología?* Papeles del Psicólogo,75, 43-75.

Ferrer, J. (2006) *Revelan que genes son responsables de la anorexia*. Extraído el Viernes, 18 de Enero de 2008 de <http://www.ovegastro.com/pdf/Revista%20Gen%20N2%202008.pdf>

García Díaz, N. (2000) *Mujeres y discapacidad*. Minusval, 126, pp. 33-38

Geller, J. (2002). *What a motivacional approach is and what a motivacional approach isn't: reflections and responses*. European Eating Disorders Review, 10, 155-60.

Gómez Peresmitré, G. (1993). *Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso*. Revista Mexicana de Psicología, 3(1), 95-112.

Gómez Peresmitré, G. (1995). *Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal*. Revista Mexicana de Psicología, 12, 185-198.

Gómez Peresmitré, G. (1997). *Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes*. Revista Mexicana de Psicología, 14, 31-40.

Gómez Peresmitré, G. (1998). *Imagen Corporal: ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo"*. Psicología y Ciencias Sociales, 2, 27-33.

---

Gómez Peresmitré, G. y Acosta, M.V. (2000). *Imagen Corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España*. Revista Clínica y Salud, 11 (2), 35-58. Madrid: España.

González, J. (2003). *Ortogorexia: obsesión por la comida sana hasta un punto patológico*. Psicocentro. Extraído el 21 de Octubre de 2007 desde [http://www.psicologíaenpsicocentro\\_com.htm](http://www.psicologíaenpsicocentro_com.htm)

Granados, C. y Ortiz, H. (2003) *Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género*. Salud mental, 26(1), 42-50.

Grilo, C. (2006) *Eating and weight disorders*. New York: Psychology Press

Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1997) *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. Barcelona: Masson

Gutiérrez, M. (2005) *Distorsión en la imagen corporal en hombres prepuberes*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM

Hardy-Bayle, M. (1996) *El diagnostico en psiquiatría*. Biblioteca nueva: España

Hsu, L.G (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press

Lamas, M. (1996). *Perspectiva de género*. La Tarea, revista de educación y cultura de la sección 47 del SNTE. 8.

López, A. (2006). *Vigorexia, trastorno dismórfico corporal: una revisión teórica*. Tesina de licenciatura. UNAM: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Mancilla, J. (1999) *Factores de riesgo en los trastornos alimentarios*. Revista mexicana de psicología. 16 (1), UNAM: Campus Iztacala.

Martell, A. (2006) *Vigorexia: enfermedad o adaptación*. Efdportes.com. 11 (99). Extraído el 21 de Octubre de 2007 desde <http://www.efdeportes.com/>

Martinez, B. (2004) *Diferencia sexual y salud: un análisis desde las políticas de igualdad de género*. En. Barberá, E. y Martínez, B (coords.) Psicología y género (259-322). Madrid: Pearson educación.

Matud, M.P., Rodríguez, C., Marrero, R.J. y Carballeira, M. (2002). *Psicología del género: implicaciones en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.

---

Burin, M. y Meler, I. (1998). *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Medina, B. y Rodríguez, T. (2000) *Ortorexia: ¿un trastorno de la alimentación?* Tesis de licenciatura. UNAM: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Meyer, C., Leung, N., Waller, G., Perkins, S., Paice, N. & Mitchell, J. (2005). Anger and bulimic psychopathology: Gender differences in a nonclinical group. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 69-71.

Muñoz, R. y Martínez, A. (2007) *Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria?* pp. 457-482

*Género y salud mental de las mujeres (2005)*. Organización Mundial de la Salud. Extraído el 21 de Octubre de 2007 en <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>

Paéz, D. y Martina, M. (comps.) (2000) *Cultura y alexitimia. ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* Buenos Aires: Paidós.

Patiño, P. (2005) *Género y Salud Mental*. En Rubio M. (Compiladora) *Espacios de género*. Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Picard, C. L. (1999). *The level of competition as a factor for the development of eating disorders in female collegiate athletes*. *Journal of youth and adolescence* 28 (5,) 583.

Pope, H.G. y Katz, D.L. (1987): *Bodybuilder's psychosis (letter)*. *Lancet*, 1, 863.

Pope, H.G. y Katz, D.L. (1988): *Affective and psychotic symptoms associated with anabolic steroid use*. *The American Journal of Psychiatry*. 145 (4), 487-490.

Pope HG. y Katz DL. (1994). *Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroids: a controlled study of 160 athletes*. *Archives General Psychiatry*, 51, 375-382.

Pope HG, Katz DL. y Hudson JL. (1993). *Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders*. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (6), 406-409.

Pope HG, Gruber A, Choi P, Olivardia R. y Phillips KA. (1997). *Muscle Dysmorphia: an underrecognized form of Body Dysmorphic Disorder*. *Psychosomatics*, (38), 548-557.

---

Pope HG Jr, Katz DL y Hudson JL. (1993) *Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders*. Compr Psychiatry, 34 (6), 406-9.

Pope H.G., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., de Col, C., Jouvent, R. y Hudson, J.I. (2000). *Body image perception among men in three countries*. Am J Psychiatry 157, 1297-1301.

Raich, R. (2000) *Imagen Corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

Salas, C. (2006). *Los trastornos de la conducta alimentaria desde la perspectiva de género*. Tesis de licenciatura, UNAM: Facultad de Psicología.

Saldaña, C. (1994) *Trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Fundación Universidad

Saucedo, T. y Cantú, N. (2002) *Trastornos de la conducta alimentaria: influencia sociocultural en púberes de ambos sexos*. La psicología social en México, 9, 128-133.

Suzanne, A. y Llewellyn-Jones, D. (1994) *Anorexia y bulimia: desordenes alimenticios*. Madrid: Alianza

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

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

Turón, V (1997). *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson

Vázquez, M. (2002) *Trastornos de la conducta alimentaria*. Extraído el Jueves, 25 de Octubre de 2007 en [www. Trainmed.com](http://www.Trainmed.com)

Ussher, J.M. y Baker, C.D. (1993). *Psychological perspectives on sexual problems: New directions in theory and practice*. London: Routledge

Ziolko, H.-U. (1996). *Bulimia: A historical outline*. International Journal of Eating Disorders, 20(04), 345-358.