



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN HOMBRES CON DIFERENTE NIVEL DE EJERCICIO E INDICE DE MASA CORPORAL

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)**

ARACELI OTERO GONZÁLEZ

Directora: Dra. **ROSALIA VÁZQUEZ ARÉVALO**

Dictaminadores: Dra. **XOCHITL LÓPEZ AGUILAR**

Dr. **JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ**



Trabajo apoyado por PAPIIT IN309609-3

Los Reyes Iztacala, Edo de México, octubre 2010



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 CHUCHITO

Por amarme, protegerme y guardar mi corazón en silencio, ya que siempre ha estado a mi lado sin pedir nada a cambio.

A TI MAMÁ

Por tu infinito amor, comprensión y apoyo, por enseñarme a tú manera a luchar en la vida y trabajar para conseguir los sueños que uno anhela, siempre te he admirado por tu fortaleza porque jamás en la vida te das por vencida. Gracias por ayudarme a que este momento llegará, es el triunfo de las dos.

A TI PAPÁ

Por ser el mejor padre y hombre del mundo, eres mi adoración, siempre te amare pase lo que pase o digan lo que digan nunca podre decir lo contrario, porque siempre me has acompañado en los buenos y malos momentos, así que este éxito también te pertenece a ti.

A TI ALBERTO

Por ser mi único hermanito y un modelo a seguir en toda mi vida. Gracias por compartir una niñez extraordinaria que siempre la tendré en mis mejores recuerdos; por querer protegerme y querer lo mejor para mi, quiero que sepas que este triunfo lo aprendí de ti.

A MI FAMILIA

Pues son lo más preciado que tengo en la vida. A ti abuelita Eusebia que sin tus cuidados nunca hubiera podido estudiar, te doy gracias por darme tus mejores años llenos de amor, cuidados y protección. A mis tíos adorados Vicente, Martha y Fran que siempre los he admirado por ser seres humanos fuertes y trabajadores. A mis primos traviosos Aurora, Toño, Mari y Julio por alegrarme la vida con su compañía, les deseo lo mejor del mundo y espero que sean personas profesionales y que tengan la oportunidad de vivir esta felicidad que hoy siento.

A TI GABY

Qué te puedo decir, a ti mi amiga del alma, sí a diario te digo lo mucho que te quiero, simplemente no tengo palabras para explicar lo que significas en mi vida, contigo puedo hacer hasta lo imposible pues tú amistad es lo mejor que me ha pasado en la vida y espero que este final sea el principio de nuestras vidas juntas.

A TI ROSALIA

Por ser una maestra y mujer ejemplar, te doy las gracias por tú tiempo, paciencia y dedicación a mi formación profesional y personal, no tiene precio lo que has hecho por mí en este tiempo.

A TODOS LOS QUE SON PARTE DEL PROYECTO DE NUTRICIÓN

Por brindarme la confianza y la oportunidad de concluir mis estudios y en especial a Xochitl por estar pendiente en mi desempeño académico y por esos momentos tan alegres que pasamos juntas. Gracias a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Por abrirme sus puertas de la gran casa de estudios, ya que sin ella no fuera posible este logro en mi vida, espero siempre llevarla en alto.

A MIS AMIGOS

Presentes y pasados que me han demostrado su amistad al estar siempre a mi lado en el trayecto de este éxito y en mi vida.

Realmente no tengo palabras para describir la alegría que me da poder terminar este triunfo profesional en donde profesores y compañeros dejan parte de su vida en este trabajo para dar vida a las ilusiones que nacieron cuando era niña y hoy se hacen realidad. Sólo sé que este camino es el comienzo de una gran historia.

¡Gracias a todos!

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	6
ANTECEDENTES.....	8
1. IMAGEN CORPORAL	
1.1 Concepto.....	8
1.2 Factores relacionados con la imagen corporal.....	11
2. EL EJERCICIO	
2.1 Breve historia del deporte	14
2.2 Concepto.....	16
2.3 Clasificación.....	17
2.4 Dependencia al ejercicio	18
3. FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (TCA) EN VARONES	24
JUSTIFICACIÓN	30
OBJETIVO.....	31
MÉTODO	36
Participantes	36
Instrumentos	39
Procedimiento	41
Análisis de datos.....	42
RESULTADOS	43
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES.....	55
PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN	56
REFERENCIAS	57

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue comparar la percepción de la imagen corporal y conducta alimentaria en hombres con diferente nivel de ejercicio e índice de masa corporal. Para ello se contó con una muestra de tipo no probabilística de 135 hombres con un rango de edad de 17 a 40 años, conformado por estudiantes universitarios y usuarios de gimnasio, los cuales se agruparon en *Obesos* (n=23), *Normopeso sin Ejercicio* (n=36), *Normopeso con Ejercicio* (n=36) y *Usuarios de Gimnasio* (n=40). Todos los participantes respondieron a cuatro cuestionarios; 1) Dependencia hacia el Ejercicio (EDS), 2) Imagen Corporal (BSQ), 3) Inventario de Trastornos del Comportamiento Alimentario para Hombres (ITCAH-R) y 4) Obsesión por la Musculatura (DMS), posteriormente a cada uno de los participantes se le tomaron medidas antropométricas.

Al analizar los cuestionarios se observó que todos los grupos presentaron casos de insatisfacción corporal, siendo el grupo de *Obesos* (17.39%) el que obtuvo mayor porcentaje, seguido del grupo *Normopeso sin Ejercicio* (11.11%). En lo que respecta a la interiorización de la figura musculosa el grupo de *Usuarios de Gimnasio* fue el que presentó mayor porcentaje (22.5%), así como un 60% de consumo de suplementos alimentarios. Asimismo, son éstos los que se encuentran en riesgo de presentar conductas de dependencia al ejercicio, al realizar con más frecuencia e intensidad su entrenamiento, además de mayor perfeccionismo e influencia de la publicidad. En las conductas compensatorias y el atracón no se hallaron diferencias significativas entre los grupos.

De acuerdo con los datos, la insatisfacción corporal no caracterizó a ninguno de los grupos, sin embargo, el grupo *Obesos* y el grupo *Normopeso sin Ejercicio* son los que mostraron mayor malestar con la imagen corporal. En cuanto a los *Usuarios de Gimnasio*, podría ser el grupo más vulnerable a desarrollar un comportamiento patológico relacionado al ejercicio, al interiorizar y desear un cuerpo excesivamente musculoso.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha manifestado una preocupación excesiva por mantener una figura perfecta, generalmente el estudio de la imagen corporal se ha analizado principalmente en población femenina. Sin embargo, se dispone de datos importantes que refieren una cierta inconformidad de la estética en los varones.

Actualmente, el modelo ideal masculino se encuentra asociado a la delgadez y a la musculatura, nombrado como “modelo fitness” (Fanjul, 2008). Algunas investigaciones han identificado que el peso corporal y el desarrollo muscular son factores predictivos de la insatisfacción corporal (Carlson & Crawford, 2005; Ricciardelli, McCabe, Lillis & Thomas, 2006), ya que las estadísticas reportan un alto porcentaje de población masculina que lo desearía (Frederick, Fessler & Haselton, 2005; Frederick et al., 2007) lo que explica el incremento de la práctica del ejercicio en los gimnasios (Baile, Monroy & Garay, 2005).

Hasta cierto punto el ejercicio ha emergido en nuestra sociedad como algo favorable, ya que ha sido de apoyo para la salud física y psicológica (Landers, 1997) al prevenir y controlar enfermedades tales como: hipertensión, diabetes, obesidad y mejorar el estado de ánimo. No obstante, cuando su uso es excesivo se puede convertir en un factor de riesgo para determinadas patologías (Pope, Katz & Hunson, 1993) como, por ejemplo el Trastorno Dismórfico Muscular (TDM) conceptualizado como una preocupación patológica por no ser lo suficientemente musculoso (Pope et al., 1997). A pesar de su relevancia aun no se cuenta con los suficientes datos epidemiológicos y clínicos para catalogar a este fenómeno dentro de las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Sin embargo, se ha considerado dentro del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Por ello, Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips (1997) junto con Olivardia (2001) plantean algunos criterios diagnósticos que puedan ser útiles para investigaciones posteriores.

En los criterios propuestos se menciona una preocupación que conlleva a un malestar clínico al continuar con el entrenamiento, seguido de una dieta hiperproteica y uso de sustancias anabólicas, todo ello afectando la vida social e individual de la persona.

Ante todo esto no podemos dejar de lado la importante influencia de la alimentación, y aun más en relación con ciertas conductas alimentarias que pueden estar relacionadas a los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) en hombres, ya que ellos modifican su comportamiento alimentario como vía de adelgazamiento o incremento de la musculatura (Olivardia et al., 2004), en los últimos años ha existido un mayor interés por estudiar el tema, ya que no se encuentran exentos de presentar alteraciones en el comportamiento alimentario.

Por tanto, la intención de la presente investigación fue comparar la percepción de la imagen corporal y conducta alimentaria en hombres con diferente nivel de ejercicio e índice de masa corporal.

En los antecedentes se señala la importancia de la imagen corporal en los hombres, mencionando una breve historia del deporte enmarcando el lado negativo que puede tener el ejercicio y que puede influir en el comportamiento alimentario. Posteriormente se presentan los apartados que describen los datos obtenidos y el análisis de los mismos: método, resultados, discusión y conclusiones.

ANTECEDENTES

1. IMAGEN CORPORAL

1.1. Concepto

A través de la historia, la imagen corporal ha sido conceptualizada en diferentes formas debido a las problemáticas sociales, culturales y psicológicas relacionadas a ésta.

Buendía y Rodríguez (1996) realizan un trascendente recorrido histórico:

A principios del siglo XX era vista como una habilidad del cerebro para detectar peso, limitar forma y tamaño e incorporar éstos dentro de los esquemas mentales (Mead,1920). Para 1959 Kolb introduce dos aspectos importantes, los emocionales y actitudinales, definiéndolos como un concepto complejo que contiene cuadros de la superficie, profundidad y postura del cuerpo, así como actitudes, emociones y reacciones personales de los individuos hacia su propio cuerpo. Por su parte, Slade y Russell (1973) proponen dos aspectos de la imagen corporal: la precisión en la estimación del tamaño corporal y los sentimientos hacia el cuerpo y las distintas partes del mismo. Pero no es hasta 1981 que Garner y Garfinkel hablan por primera vez de la distorsión de la imagen corporal a un nivel cognitivo, distinguiendo principalmente dos aspectos; por un lado un componente afectivo (desprecio de la forma corporal) y por otro, los aspectos perceptuales dirigidos a una idea errónea del tamaño corporal (sobreestimación del propio cuerpo).

Posteriormente, en los años noventa Thompson (1990) describe cuatro componentes que constituyen el concepto de imagen corporal:

- a) *Un componente perceptual*, que aborda la percepción del tamaño corporal en su totalidad así como en partes.

b) Un componente conductual, que refiere aquellas conductas relacionadas a la percepción y los sentimientos corporales.

C) Un componente cognitivo, que incluye cogniciones y valoraciones que derivan el cuerpo.

b) Un componente afectivo, que se conforma por sentimientos, actitudes, respecto al propio cuerpo.

Así Raich (2000) llega a la conclusión de que la imagen corporal es la percepción que una persona tiene de su cuerpo y cada una de sus partes, así como los pensamientos, sentimientos, actitudes y valoraciones que dicha imagen le provoca.

Por tanto, el término de imagen corporal es apropiado para describir aspectos no sólo físicos (estatura, peso y volumen), sino también autoevaluativos, referidos a la experiencia corporal generalmente basada en normas sociales —delgadez = belleza = éxito— (Bruchon, 1992; Riobo, 2001).

Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) mencionan que cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecuan a la realidad, con frecuencia se genera algún malestar que interfiere de manera negativa en la vida de la persona que lo padece.

Esta preocupación con el cuerpo se puede presentar de manera generalizada en la población, no obstante, en algunos casos puede llegar a manifestarse patológicamente (Devlin & Zhu, 2001). Por ello Vázquez et al. (2010) sugiere tres grados de inconformidad con la apariencia física, haciendo una diferencia entre un descontento normativo y un proceso psicopatológico:

- **Malestar normativo con la imagen corporal:** Inconformidad que presentan la mayoría de la población hacia un rasgo definido del cuerpo, no afectando el desarrollo biopsicosocial.

- **Insatisfacción corporal:** Devaluación del aspecto físico al compararlo con un ideal, lo que motiva a la realización de conductas nocivas como el consumo de pastillas para adelgazar, realización de dietas restrictivas y/o hiperproteicas, el ejercicio excesivo y abuso de laxantes, entre otras.
- **Trastorno Dismórfico Corporal:** Preocupación exagerada por algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física, que produce malestar clínico significativo y que afecta a una o varias áreas de la vida, el cual se encuentra en el DSM IV-TR (APA, 2002) cuyos criterios diagnósticos son:
 - Preocupación por algún defecto imaginario del aspecto físico, cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
 - La preocupación ocasiona malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad del individuo.
 - La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo (insatisfacción con el tamaño y la silueta corporal en la anorexia nerviosa).

Diferentes estudios muestran la importancia que han tenido los ideales estéticos, tanto de delgadez como de musculatura en población masculina, cabe entender la preocupación por el aspecto físico cotidiano de un importante número de jóvenes, Kogan (2003) encuentra que el 77% de los hombres le atribuyen una gran importancia a su apariencia física.

En este sentido, se ha mostrado una progresiva preocupación corporal en hombres, ya que 43% de hombres no estaban satisfechos con su apariencia física (Pope, Phillips & Olivardia, 2000), un año más tarde Devlin y Zhu (2001) identifican que va en aumento la estadística, al observar que el 52% de hombres mostraron sentimientos de inconformidad corporal. Por su parte, Lugli y Vivas (2006) comparan el malestar corporal a lo largo de 25 años; observando que en 1972 sólo un 15% de hombres estaban en desacuerdo con su cuerpo, una década

después este porcentaje se duplicó, pasando al 34% —llegando a ser similar a la presencia en mujeres—, en los doce años siguientes fue aún más impactante el descontento corporal, ya que en 1997, alcanzó el 62%. Al respecto, Ramos, Pérez, Liberal y Latorre (2003) aluden que más de la mitad (60%) manifiestan un deseo de cambiar su imagen corporal. Ya que la encuesta de *Psychology Today* reveló que los puntos más comunes de malestar corporal son: el abdomen (63%), el tono muscular (45%) y el pecho (38%) (Knoesen, 2009).

En México existen algunas investigaciones sobre la percepción de la imagen corporal en varones. Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla (2004) encontraron que un 5.5% de hombres mexicanos mostraron insatisfacción corporal. Posteriormente, Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Ruiz (2006) evaluaron a una muestra de varones con diferentes edades, encontrando que un 6.60% de los niños informaron insatisfacción corporal, mientras que en los jóvenes fue de 11.90%. Estos datos quizás expliquen el porque cada vez más jóvenes comienzan a implementar una serie de conductas inadecuadas para mejorar su aspecto, como dietas especiales, uso de productos de belleza, práctica de ejercicio excesivo, entre otras (Baile, Monroy & Garay, 2005).

1.2. Factores Relacionados con la Imagen Corporal

A lo largo de los años, el cuerpo es y ha sido producto de una construcción social, el cual se ha adaptado y transformado a costumbres y creencias de lo corporal, en cada época. Actualmente para muchos jóvenes lo importante no es el cuerpo que uno tiene, sino el cuerpo que uno puede llegar a tener.

El estudio de Leit, Pope y Gray (2001) es ilustrativo al respecto, ya que ellos evalúan el ideal masculino mediante modelos expuestos en la revista *Playgirl Centerfold* en un periodo de 25 años, encontrando que éstos han adoptado una figura más musculosa en comparación con los que se presentaban en años pasados.

Así, parece ser que el ideal masculino es el denominado “*modelo fitness*”, Fanjul (2008) observa que el 80.5% de una muestra masculina opina que este modelo estético es el predominante en la publicidad, hombre joven, blanco, atlético, musculoso, bajo en grasa prototipo de salud y éxito. Un 65.1% señaló que le gustaría llegar a parecerse a éste y el 67.2% lo consideró un ideal estético a alcanzar. Así el *modelo “fitness”* surge como la figura anhelada e interiorizada por ellos.

La exhibición de modelos publicitarios musculosos influye dentro de la valoración corporal de los hombres, repercutiendo en la percepción y evaluación de manera negativa; por ejemplo, se ha reportado que el 45% de hombres valoran la influencia que ejercen las imágenes de estos modelos en la percepción y valoración de su propia constitución corporal. De acuerdo con Leit, Gray y Pope (2002) los hombres expuestos a imágenes de personas musculosas, tienden apreciarse con menor masa muscular.

Se puede pensar en la posible influencia de este estereotipo masculino como un factor o causa, de la insatisfacción o alteración en la percepción del ideal masculino dentro de la sociedad occidental (Bergstrom, Stenlund & Svedjehall, 2006; Fanjul, 2008). Jeffrey, Gray y Pope (2005) encuentran que los hombres taiwaneses presentan menor insatisfacción corporal en comparación con los hombres occidentales. Por lo que podemos decir que la sociedad occidental moderna tiene un mayor deseo de poseer un modelo corporal más delgado y musculoso del que presentan o perciben otras culturas (Pope et al., 2000).

Dentro de la preocupación corporal un factor influyente es la edad (Carlson & Crawford, 2005), por ejemplo, algunos estudios muestran que desde una edad temprana se encuentra presente el deseo por la delgadez, como consecuencia del malestar corporal (Dohnt & Tiggemann, 2006; Lowes & Tiggemann, 2003) manifestado en la pubertad (Ricciardelli & McCabe, 2004). Es posible que los niños y adolescentes se vuelvan cada vez más vulnerables al impacto de las imágenes de cuerpos delgados y musculosos, al poseer mayor inquietud por su

cuerpo. Isik, Orsel, Akdemir y Ozbay (2005) han observado que el 18.3% de una muestra de niños prefieren estar más delgados, ya que la mayoría de ellos optaban por una figura esbelta. Ramos, Pérez, Liberal y Latorre (2003) han encontrado que ya en la edad adulta un 44% estarían dispuestos a adelgazar para mejorar su imagen física. Al respecto, Baile, Guillén y Garrido (2002) indican que el malestar corporal se va adquiriendo en el período de los 12 a los 16 años, alcanzando un determinado grado de insatisfacción corporal mantenida en la adultez, además de presentar subestimación corporal y tendencia a autoevaluarse en términos de peso y figura corporal (Facchini, 2006). A pesar de que la insatisfacción corporal no es tan evidenciada en niños y jóvenes, ellos exhiben un mayor malestar con su imagen corporal (Vázquez et al., 2006).

La temática sobre la imagen corporal en los hombres sigue siendo cada vez más estudiada. Sin embargo, no es claro si la preocupación por el aspecto y cuidado físico a temprana edad son más comunes hoy en día que hace unas cuantas generaciones atrás o simplemente es más reconocida actualmente. Pero, no hay duda de que la inquietud corporal representa una morbilidad importante por su relación con comportamientos patológicos, lo que puede tener importantes implicaciones para la salud física y psicológica del hombre (Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997; Pope, Olivardia, Gruber, & Borowiecki, 1999).

2. EL EJERCICIO

2.1. Breve Historia del Deporte

Hoy en día no se puede negar que la actividad deportiva estuvo presente en el hombre desde sus orígenes, a pesar de que no sabemos con exactitud en qué momento surge ésta. Algunos aseguran que fue un fenómeno espontáneo, ligado a las necesidades fisiológicas del ser humano y otros defienden la existencia de una tendencia instintiva que incita al hombre a jugar (Calderón, 1999).

Olimpia pequeña localidad de la antigua Grecia, es el lugar donde se originaron los acontecimientos deportivos más prestigiados y duraderos de la historia “*los juegos Olímpicos de la Grecia Clásica*”, se cree que éstos venían celebrándose de forma constante desde antes del 776 a. C. los cuales duraban cinco días. Durante la primera jornada los atletas rendían juramento ante la estatúa de Zeus, dios protector de los juegos, las pruebas deportivas comenzaban el segundo día con las carreras de cuadrigas, lanzamiento de disco, salto de longitud, pruebas de velocidad y lucha. En este sentido, la figura del ganador era usada como modelo de inspiración para los artistas, la cual se representaba mediante una escultura, resaltando el atractivo corporal masculino originando un concepto de lo bello a través del arte; siendo objeto de admiración pública, estimado como el más atractivo y saludable. La fuerza, la belleza física, la serenidad, eran determinantes dentro de la posición social de un varón, sin embargo, la apariencia física era un factor fundamental de una imagen corporal perfecta (Elias & Dunning, 1996). Es por ello que los juegos han sido parte importante de la cultura griega.

Más adelante en la Edad Media, con la supresión de los Juegos Olímpicos por parte del último emperador romano Teodosio I, se conjeturó un episodio más en la lucha que mantenía el nuevo Estado Confesional contra el paganismo y el desmesurado culto al cuerpo efectuado por griegos y romanos. Las cruzadas y las guerras entre feudales originan los grandes torneos, lo que da pauta a la preparación física, ya que el hombre estaba en la obligación de cultivar el alma de

manera exclusiva; aquella persona que le dedicaba a su cuerpo mucho tiempo le faltaba tiempo para orar y ponía en peligro su alma.

El torneo es el deporte medieval por excelencia, se celebra por primera vez en Francia en el siglo XI con el propósito de que los caballeros terminen su preparación como hombres de acción; incluía el saber montar, manejo de espadas y lanza, imitando batallas, no obstante, tanto la iglesia como los monarcas de los reinos lo prohibieron. Las celebraciones de los torneos quedaron reservados a la nobleza tales como coronaciones o casamientos de reyes. De esta forma, lo que fue una simple preparación de guerra adquirió valor de rivalidad deportiva (Calderón, 1999).

Poco antes de la Revolución Francesa, Voltaire escritor y filósofo francés que figura como uno de los principales representantes de la Ilustración, mencionaba que... *“para ser feliz bastaba con tener cuerpo de atleta y espíritu prudente”*... (Calderón, 1999, p. 25). Este tipo de pensamiento marca la esencia en el alma. Algo similar a la frase muy conocida *“mente sana en cuerpo sano”* del poeta Juvenal, lo cual expresa que la salud es una condición vital para el espíritu, formando parte de un todo inherente; lo que demuestra un cambio importante en la doctrina educativa. Sin embargo, la Iglesia se oponía a reconocer que la fuerza física fomentaba una mejora en la educación moral del pueblo. Por lo tanto, se afirma que el deporte medieval se encontraba bajo los principios de utilidad social y religiosa.

Durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del XX, Inglaterra sorprende con dos hallazgos sociales y culturales importantes, los cuales cambiarían no solamente al país sino a todo el mundo. Por un lado la difusión de modelos industriales de producción, organización y trabajo y por otro, la difusión de actividades en tiempos libres, conocido como deporte. Se comienza a practicar el deporte para después expandirse a otros países, el sistema educativo inglés en el año 1842 ya tenía tres medias jornadas a la semana dedicadas para el deporte, lo que estableció clubes, sociedades deportivas y las necesidades de

esparcimiento de los trabajadores de las fábricas. Dando origen a la industrialización y la urbanización mejor conocida como la Revolución Industrial, la cual sin duda jugó un papel muy importante en el desarrollo y difusión de la transformación de las sociedades europeas que exigían mayor regularidad; condenando a los hombres a largas jornadas de duro trabajo, lo que conllevó a sentirse esclavo de la máquina y pronto echar de menos la falta de tiempo para el ocio y el esparcimiento (Elias & Dunning, 1996).

En efecto Inglaterra ha sido la cuna de la Revolución Industrial y de los deportes modernos más caracterizados, creando una nueva etapa en la civilización humana e industrial. Lo más destacado de lo ocurrido en estos años en Gran Bretaña fue que todos estos cambios sentaron las bases de lo que hoy llamamos deporte moderno.

2.2. Concepto

Etimológicamente la palabra deporte viene de la lengua provenzal y de ella pasa a otras lenguas como el francés y castellán y no como se ha venido creyendo del inglés *sport*. La Real Academia define el deporte como “recreación, pasatiempo, placer, diversión o ejercicio físico, por lo general al aire libre, de manera individual o grupal, con el fin de superar marcas o adversarios, siempre con sujeción a ciertas reglas” (p.682).

El ejercicio es generalmente considerado como cualquier forma de actividad física realizada con el propósito de la salud o estado físico (Shaw, Gorely & Corban, 2005). Cuando se habla de ejercicio desde una perspectiva de las ciencias de la conducta humana, concierne distinguirlo entre lo que es la actividad física entendida como todo movimiento corporal producido por la contracción de los músculos esqueléticos y cuyo resultado es un aumento sustancial del gasto energético en relación con el gasto en reposo (Manidi & Dafflon, 2002). Shaw, Gorely y Corban (2005) menciona que la principal diferencia entre estos dos es la

competencia y la diferencia en que el ejercicio generalmente no requiere el mismo grado de institucionalización que caracteriza al deporte.

2.3. Clasificación

El deporte es una actividad tan compleja que puede delimitar distintos ámbitos. Se puede clasificar la actividad deportiva según los propósitos de los deportistas, ya que la realización está en función de la demanda de trabajo, que establece el entorno deportivo. Así, se puede considerar la división de los ámbitos de la práctica del deporte por los objetivos siguientes (Viadé, 2003).

- 1) **Deporte de competición.** Consiste en demostrar el nivel de dominación de una actividad deportiva concreta alcanzado en un enfrentamiento deportivo en comparación con otro deportista o con él mismo.
- 2) **Deporte de iniciación.** Consiste en formar a la persona desde una edad temprana en sus capacidades básicas, necesarias para su desarrollo integral. Ello debe servir para mejorar sus capacidades de aprendizaje como para adaptarse mejor en un futuro al ámbito deportivo, es decir, en este tipo de actividad deportiva de iniciación debe pretender el aprendizaje de acciones deportivas diversificadas.
- 3) **Deporte de ocio.** El objetivo de las personas que realizan este deporte es ocupar el tiempo libre con una actividad.
- 4) **Deporte por la salud.** Una de las prácticas más usadas hoy en día es hacer ejercicio con la intención de obtener buena salud, ya que es uno de los temas que más preocupa a las personas en el sentido preventivo y terapéutico, en este caso el deporte puede ser una buena opción.

2.4. Dependencia al Ejercicio

El deporte es un movimiento social directamente adaptado a la cultura y se encuentra cada vez más presente en la vida diaria de las personas, originando formas de actuar y modas.

El deporte y el ejercicio pueden favorecer la calidad de vida, relacionados con una buena salud y bienestar. Sin embargo, existe el riesgo de que el ejercicio físico comience a tener un aspecto negativo sobre la salud física y mental, cuando se refiere a la apariencia física, que está cada vez más apegada a los cánones de belleza, “estar en forma” y “verse bien físicamente”. Indicando que el ejercicio en una gran cantidad de individuos es algo más que una saludable actividad motora.

Desde los años 70, en países de América y Europa se han publicado algunos estudios relacionados al ejercicio excesivo (Adams & Kirkby, 1998; Baekeland, 1970; Davis & Fox, 1993; Pierce et al, 1993; Thornton & Scott, 1995;). A lo largo de las investigaciones se ha tratado de describir el fenómeno “dependencia al ejercicio”, pero han sido varias cuestiones las que han quedado sin resolver (Davis, 2000; Yates, 1991). Algunos autores han sugerido que podría ser semejante a la Anorexia Nerviosa (AN) (Thornton & Scott, 1995; Yates et al. 1983). Otros que la dependencia al ejercicio debería verse como un trastorno mental distinto, o que ambos, son variantes de un Trastorno Compulsivo-Obsesivo (Hollander & Benzaquen, 1997).

El número de personas involucradas en el ejercicio ha aumentado sustancialmente en los últimos años. Por ejemplo, ya en 1991 Yates en Estados Unidos indicaba que en general un 49% de la población realizaba algún tipo de ejercicio diario. Después de cuatro años Thornton y Scott (1995) hallan que el 77% de deportistas masculinos se consideraban dependientes a su actividad física. Por su parte, Anderson, Basson y Geils (1997) han observado que tanto hombres como mujeres podían presentar una alta dependencia al ejercicio, por lo que se ha encontrado que 26% de hombres lo consideran un hecho obligatorio (Slay, Hayaki, Napolitano & Brownell, 1998). Asimismo, son millones de personas las que practican

actividades físicas de forma irregular y en varias ocasiones sin alguna supervisión profesional (Arbinaga, 2004).

En 1979 Morgan fue uno de los primeros en proponer algunas características de lo que podría ser dependencia al ejercicio:

- 1) Insistencia en practicar ejercicio físico diariamente, como si ello fuera todo en la vida.
- 2) Experimentación de síntomas de abstinencia tales como irritabilidad, ansiedad y depresión cuando se imposibilita el ejercicio.
- 3) Mantenimiento del ejercicio físico a pesar de estar contraindicado por motivos sociales o médicos.

Para 1994, Pierce lo conceptualiza como el proceso que compromete al sujeto en el ejercicio a pesar del malestar y las dificultades generadas, resultando en síntomas físicos y psicológicos cuando el ejercicio es retirado o impedido.

Señalando ciertas características principales de la dependencia al ejercicio:

- Una preocupación excesiva con el ejercicio, originando rituales y estereotipos.
- Síntomas de abstinencia cuando el ejercicio es retirado o impedido (alteraciones en el estado de ánimo, irritabilidad e insomnio).
- Se sigue en el deporte a pesar de las consecuencias negativas (lesiones, problemas familiares, laborales u otros).
- La preocupación causa malestar clínico y significativo.
- Provocando alteraciones importantes en áreas de funcionamiento importantes para la persona (vida social, laboral o familiar).
- La preocupación por el ejercicio no se explica mejor por otras alteraciones.

Millar y Graus (2003) creen que para hablar de dependencia al ejercicio, la persona debería ajustarse a un patrón desadaptativo de conductas de ejercicio que lleven a un deterioro o malestar clínico, formulado por tres o más de las siguientes características durante un periodo de 12 meses:

- 1- *Tolerancia* a) una necesidad de reincrementar la práctica del ejercicio (frecuencia, duración y/o intensidad) para conseguir el efecto deseado, b) el efecto de la misma práctica del ejercicio disminuye claramente con su práctica continuada.
- 2- *Abstinencia*. a) síndrome de abstinencia característico, donde puede observarse: ansiedad, depresión, irritabilidad, tensión, frustración, culpabilidad, letárgica y malestar en ausencia del ejercicio, b) se realiza ejercicio para aliviar o evitar el síndrome de abstinencia.
- 3- El ejercicio ocurre con frecuencia en cantidad mayor o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4- Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir la práctica del ejercicio.
- 5- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la práctica del ejercicio.
- 6- Importantes áreas de la vida social, laboral, lúdica o recreacional se ven reducidas de forma secundaria al incremento de la práctica del ejercicio.
- 7- Se continúa realizando ejercicio a pesar de tener conciencia de los importantes problemas psicológicos o físicos persistentes o en actividades sociales, laborales o recreativas debido a la misma práctica del ejercicio.

Una parte importante en el aumento de la actividad deportiva parece ser explicada por la insatisfacción del propio cuerpo. Camacho, Fernández y Rodríguez (2006) afirman que dicha insatisfacción corporal se da en aquellos practicantes de actividades relacionados con la modelación del cuerpo (aeróbico y musculatura),

mientras que la práctica del deporte organizado propiamente independiente, se asocia a un bienestar físico. Parece ser que la figura corporal se encuentra medida por el tipo de deporte que se realiza.

Algunos estudios demuestran que casi la mitad de los usuarios de gimnasios presentan una preocupación moderada con respecto a su imagen corporal, y diez de cada cien muestra una preocupación grave (Baile, Monroy & Garay, 2005). Por lo que se ha visto un importante incremento en el número de personas que acuden a los gimnasios con el fin de obtener el prototipo de cuerpo musculoso, mediante un entrenamiento riguroso, sin importar las condiciones climáticas ni corporales que presenten indisposiciones físicas o médicas y algunos casos con síndrome de abstinencia (Pérez, Valencia, Rodríguez & Gempeler, 2007). Otros estudios han hallado ciertas características de dependencia al ejercicio en algunos deportistas, ya que la mitad de ellos alguna vez han tenido la sensación de que sus actividades físicas les gustan tanto que los llevan a descuidar otros aspectos de su vida, reconociendo que no es suficiente el tiempo para realizar otras actividades debido al tiempo que pasan en el gimnasio, por ejemplo, pueden entrenar alrededor de 1 a 8 horas a la semana y a veces hasta más tiempo. Al respecto, Vives y Garcés de los Fayos (2003) han encontrado que un 20.7% de sujetos pueden realizar una rutina de 10 horas, mientras que el 7.1% de hasta 14 horas e inclusive 2.6% puede practicar por 18 horas.

La mayoría de los usuarios de gimnasios creen que el ejercicio mediante pesas los llevarán a parecerse cada vez más al modelo estético ideal deseado (Salinas, 2009). Las investigaciones indican que los levantadores de pesas y fisicoculturistas son particularmente más vulnerables a desarrollar alteraciones patológicas en su apariencia que otros hombres, percibiéndose a sí mismos como más pequeños de lo que son realmente (Knoesen, 2009; Olivardia et al., 2000; Pope et al., 1997). Sin embargo, existen patrones que diferencian a estos grupos, Montoya y Ayala (2003) encontraron que los grupos de fisicoculturistas poseen niveles más altos de preocupación en los factores de dietas,

suplementación, protección física, dependencia al ejercicio, tamaño, simetría y farmacología. Algo similar aluden Olivardia, Pope y Hudson (2000) al sugerir que este mismo grupo presenta un deterioro importante, incluyendo la insatisfacción corporal y el uso de esteroides anabolizantes, los cuales con el tiempo ocasionarán daños al organismo, a nivel metabólico y emocional (Montoya & Ayala, 2003).

Respecto al uso de esteroides anabolizantes, a partir de estudios realizados en Estados Unidos se ha encontrado un alto porcentaje de consumo, por lo menos 1 millón de hombres han utilizado anabolizantes alguna vez en su vida (Kanayama, Gruden, Pope, Borowiecki & Hudson, 2000; Pope et al., 2000) en especial en personas dedicadas al deporte, aun que se estima que el abuso de este tipo de sustancias es muy alto en los fisiculturistas (Olivardia, Pope & Harrison, 2000) desarrollando características de dismorfia muscular (Pope & Katz, 1994) y afectando la percepción corporal (Bahrke, Yesalis, Kopstein & Stephens, 2000; Kanayama, Barry, Hudson & Pope, 2006; Olivardia, 2001) Así, los trastornos de la imagen corporal puede ser tanto un factor de riesgo del uso de este tipo de sustancias y una consecuencia de ella también (Kanayama, Gruden, Pope, Borowiecki & Hudson, 2001).

La extensa discrepancia entre la musculatura real del hombre y de sus ideales corporales ayudan a explicar el aumento del uso de esteroides anabolizantes (Pope et al., 2000). El uso de éstos sugiere una fuerte asociación con la imagen corporal y también a los roles masculinos tradicionales, contribuyendo a la dependencia a largo plazo de estas sustancias (Kanayama, Barry, Hudson & Pope, 2006). Pope y Katz (1994) encontraron que 18.2% del grupo de fisiculturistas consumen algún tipo de anabolizantes esteroides, desarrollando características de dismorfia muscular. Asimismo, la motivación explícita del consumo de éstos de acuerdo con Irigoyen-Coll (2005) se da por dos razones: el poder adquirir “mayor fuerza” y “mayor resistencia”, de esta manera el 35% de los practicantes buscan mayor fuerza, estética y resistencia, observando que las

edades en el inicio de consumo es entre los 21 y 27 años, mayor en hombres 6.4% que en mujeres 3.3%, además de identificar que el consumo se presenta con más frecuencia en hombres occidentales que en asiáticos (Jeffrey, Gray & Pope, 2005).

La misma presión social ha favorecido la práctica compulsiva del ejercicio y la preocupación por el peso corporal, que junto con la alimentación se convierten en ejes de análisis de la imagen corporal o podrían facilitar la presencia de algún trastorno del comportamiento alimentario. Aunque Olivardia, Pope, Borowiecki y Cohane (2004) han identificado que el peso y la preocupación por la musculatura representan vías diferentes con la insatisfacción corporal en los varones. Una de ellas es la relación entre la adiposidad elevada, la insatisfacción corporal y una preocupación por bajar de peso ya que la mitad de los hombres (52.8%) desearían pesar menos y tienen miedo a ganar peso (Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández, 2003). La otra vía se centra en la insatisfacción corporal en cuestiones de la musculatura, los chicos con menor índice de masa corporal (IMC) quieren mejorar su musculatura (Lora & Saucedo, 2006). Es importante señalar que los tipos de relaciones demuestran que tanto el IMC menor como el mayor, tienen implicaciones en algunas conductas alimentarias inadecuadas asociadas a los Trastornos del Comportamiento Alimentario entre los varones.

3. FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (TCA) EN VARONES

La preocupación por la imagen corporal adyacente a la realización de ejercicio excesivo, sin duda nos lleva al campo de los TCA, entendidos como aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y conductas respecto a la ingestión de alimentos; basada en una alteración psicológica que se acompaña de una excesiva preocupación por su imagen corporal y de un miedo intenso a la obesidad (Vázquez, Ruiz, Álvarez, Mancilla & Suck, 2010). Los cuales sabemos que tienen efectos adversos en la vida de las personas y su origen es multicausal, es decir, se necesita una combinación de factores individuales, familiares, interpersonales, biológicos y socioculturales (Jeremiejczyk, 2007).

Álvarez et al. (2003) mencionan que en México, las investigaciones sobre los TCA han sido exploradas principalmente en mujeres. Sin embargo, en los últimos años se ha presentado un interés por su estudio en hombres. Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002) han detectado que 1.5% de hombres de 13 a 15 años y 2.2% de ellos de 16 a 18 años se encuentran en riesgo de presentar conductas alimentarias de riesgo como: atracones, seguimientos de régimen dietético restrictivo, ayunos, vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos y/o anfetaminas, así como el ejercicio excesivo (Unikel et al., 2006).

Existen pocos datos respecto a este conjunto de conductas por lo que es relevante señalar la presencia de sintomatología de TCA en población mexicana. En un estudio de Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez y Mancilla (2000) se manifestó una sintomatología de TCA en población masculina en 2%, la cual se relaciona con la motivación para adelgazar; así estando presente en hombres el deseo de adelgazar y el malestar por la imagen corporal. Posteriormente, Álvarez, Franco,

Vázquez, Escarria, Haro y Mancilla (2003) reportan que casi la tercer parte de la población estudiada presentó sintomatología TCA, donde el 12.7% representaba a la población masculina. Por ejemplo, otro estudio ha dado a conocer que 13.9% de las mujeres y 6.4% de los hombres lo muestran (Vázquez, López, Álvarez, Franco & Mancilla, 2004). Específicamente una de las primeras aproximaciones para conocer la presencia de sintomatología en hombres mexicanos han sido las investigaciones hechas por Vázquez et al. (2005) al observar mayor frecuencia en conductas como el Vómito 1.8%, laxantes o diuréticos 1.5%, ayuno o dieta restrictiva muy severas 13.9% encontrando que entre los hombres los TCANE o síndrome parcial son más frecuentes en hombres al obtener 3 casos que equivale a 1.27%, lo cual evidencia la presencia de dietas restrictivas, así como los atracones, después de conductas compensatorias no purgativas, como el ejercicio en exceso, ya que es uno de los métodos más utilizados por adolescentes para bajar de peso, sin importar la categoría del IMC que presenten (Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández, 2003; Unikel, Saucedo, Villatoro & Fleiz, 2002). Aunque, parece que los métodos de tipo purgativo para bajar de peso, se han vuelto igual de populares entre los jóvenes. Algunos datos muestran que en un periodo de seis años de 1997 a 2003 se ha incrementado la frecuencia de dichas conductas, siendo los varones adolescentes de 12 y 13 años los más afectados al señalar 1.3% en 1997 y 3.8% en 2003 (Unikel et al., 2006). Ya para el 2005 se había identificado un mayor porcentaje en varones adolescentes residentes del área metropolitana, quizás por la mayor presión de los estándares de peso de las grandes ciudades (Herrero, Conrado & Viña, 2005).

No obstante, estudios a nivel nacional confirman que la problemática también se encuentra presente; por ejemplo en el estado de Morelos, se han detectado en jóvenes entre 11 y 24 años una prevalencia de 1.1% y 5% en mujeres (Escobar, 2004). Respectivamente, datos de la ciudad de Pachuca indican que el sexo masculino muestra 2.9% y en femenino 8.4% en sintomatología (Saucedo-Molina & Unikel, 2010). Pareciera ser que la prevalencia se mantiene en casos femeninos; por ejemplo, Vázquez, Ruiz, Mancilla y Álvarez (2008) obtuvieron

datos de sintomatología de TCA y está, fue mayor en las mujeres (6.90%) que en los hombres (3.80%). Sin embargo, otros estudios han indicado que quizás el ingresar a la carrera de nutrición podría ser un factor influyente en los hombres para ser más susceptibles a la manifestación de sintomatología de TCA, insatisfacción corporal y conductas de riesgo en comparación con las mujeres (Cruz, Ávila, Cortes, Vázquez & Mancilla, 2008).

Lo que no se puede negar es que en ambos sexos se encuentran presentes las conductas alimentarias inadecuadas y que entre los factores de riesgo más comunes está la insatisfacción corporal (Acosta & Gómez, 2003; Vázquez et al., 2004; Vázquez et al., 2005) y la dieta restrictiva (Jeremiejczyk, 2007). Estudios al respecto han identificado que cada vez hay un mayor número de jóvenes mexicanos que realizan algún tipo de dieta, debido a que se encuentran insatisfechos con su imagen corporal (Acosta, Llopis, Gómez & Pineda, 2005). Referente a la restricción alimentaria o dieta pareciera ser la práctica más común entre hombres y mujeres como método de reducción de peso, sin importar los efectos que pudieran llegar a manifestar el propio organismo (Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez & Mancilla, 2000).

Actualmente, es posible pensar que los niños y jóvenes se vuelven cada vez más vulnerables al impacto de la figura corporal idealizada, ya que la adolescencia se considera la etapa de diversos cambios desequilibrados en la apariencia física, cognitivos y sociales que ocurren durante el desarrollo de éste. Referente a la presencia de una alta asimilación de modelos estéticos de delgadez en hombres Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez y Mancilla (2000) hallaron 21 casos. Conllevando cambios corporales generalmente a conductas referidas a dietas; siendo un desafío, para algunos adolescentes que están dispuestos a reconocer las preocupaciones, al sentirse incómodo y expresar los sentimientos negativos por su apariencia (Buendía, 1996; Hargreaves & Tiggemann, 2004).

Se ha registrado que los adolescentes de ambos sexos y edades con sobrepeso y/o obesidad, son los que muestran mayor puntuación en conductas alimentarias

de riesgo (Unikel, Saucedo, Villatoro & Fleiz, 2002). De acuerdo a Vázquez et al., (2000) la presencia de sintomatología de TCA se asocia primero con un malestar corporal y a la vez éste se relaciona con la preocupación del sobrepeso, llegando al deseo de estar más delgado. Lo anterior, puede indicar que los hombres comienzan a presentar conductas relacionadas con la apariencia física. Así los intentos de perder peso o controlar en los hombres pudieran ser porque la mayoría de ellos que realizan dieta tienen sobrepeso determinado.

Gempeler (2004) menciona que una previa historia de sobrepeso real, parece actuar como un factor desencadenante de las preocupaciones por la forma del cuerpo. Aunque otros autores han identificado que un 29% de adolescentes se pueden percibir gordos cuando en realidad se encuentran en la norma (Ramos et al., 2003), lo cual puede ocasionar modificaciones en actitudes y conductas como la preocupación por engordar y la realización de dietas; por ejemplo, se ha identificado que un 19.1% de adolescentes alguna vez en su vida han seguido algún tipo de dietas (Lameiras et al., 2003; Ramos et al., 2003) con el propósito de aumentar su masa muscular o disminuir el peso (McCreary & Sasse, 2000).

Una de las consecuencias más frecuentes de la restricción alimentaria son los atracones¹. En lo que respecta a ellos, Sánchez, Borda, Torres y Lozano (2002) encontraron que un 8.5% de los adolescentes entre 15 y 20 años reconocen darse atracones con mayor frecuencia, mientras que un 6.8% de preadolescentes de 13 y 14 años también lo hacen pero en menor frecuencia. Se ha encontrado que la práctica de atracones aumenta en los varones de 12 a 15 años y disminuye en aquellos con edad de 17 a 19 años, pero a pesar de eso este tipo de conducta en ellos ha ido en aumento de 2.6% en 1997 a 6.3% en 2003 (Unikel et al., 2006). Sin embargo, respecto a la edad Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002) han

¹ De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002) el atracón se define como un episodio caracterizado por las dos condiciones siguientes: Ingestión, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuándo está comiendo).

encontrado lo contrario al reportar que un 7.3% de hombres en edades de 16 a 18 años aumentan su conducta de atracón y sólo el 4.6% la disminuye a la edad de 13 a 15 años; es interesante observar que la preocupación por engordar y los atracones, se incrementa con la edad y con el aumento del IMC. Aun no es claro si los atracones en varones han aumentado en las últimas décadas –como en el caso de las mujeres- ya que la sobreingestión en ellos puede atribuirse por patrones culturales normativos asociado a su fuerza y masculinidad.

En investigaciones como en la de Álvarez et al. (2003) la sobreingestión es considerada mayor en hombres. Algo similar señala Mancilla et al. (2004) al obtener puntuaciones altas en relación a episodios de sobrealimentación. Por su parte, Andersen (1996) menciona que sólo se ha visto la presencia del Trastorno por Atracón (TPA) en 25 de cada 100 pacientes obesos. Por lo que Grilo y Masheb (2005) han reportado que los hombres obesos con TPA generalmente presentan mayores síntomas depresivos y baja autoestima.

Asimismo, se ha encontrado que también el perfeccionismo se considera como factor de riesgo asociado a las conductas alimentarias inadecuadas. Los resultados han revelado que tanto hombres como mujeres con TCA demuestran niveles significativos de perfeccionismo (Franco, 2007; Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995; Vázquez et al., 2004). Por su parte, Álvarez et al. (2003) han encontrado mayor nivel de perfeccionismo junto con la desconfianza interpersonal en hombres. Asimismo, Bastiani, Rao, Weltzin y Kaye (1995) mencionan que existen puntuaciones altas de perfeccionismo entre población con Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y con TPA.

Así que la conducta perfeccionista se puede atribuir a factores genéticos y ambientales. Por un lado las personas perfeccionistas reaccionan ante influencias sociales (modelo de delgadez) y por el otro, el perfeccionismo junto con la insatisfacción corporal, la preocupación por la figura y peso corporal aumenta el riesgo de TCA. Al respecto, Franco (2007) dentro de su investigación muestra que las personas con mayor perfeccionismo presentaron mayor sintomatología del

TCA e influencia del modelo estético corporal que las personas con bajo nivel de perfeccionismo, especificando que la muestra de varones con perfeccionismo alto se caracterizó por presentar mayor insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, atracones, influencia publicitaria y de relaciones sociales. Lo anterior muestra que éstos son afectados por la influencia publicitaria y que además se encuentran inconformes con su peso y figura corporal.

La preocupación por la imagen corporal, la búsqueda de musculatura, la presencia de insatisfacción corporal y actitudes negativas corporales, implicando patrones alimentarios y de actividad física no saludables, deben de ser motivo para una mayor atención y prevención ya que pueden tener consecuencias físicas y psicológicas adversas en varones cada vez más jóvenes.

JUSTIFICACIÓN

La imagen corporal en varones ha sido objeto de varias investigaciones durante las dos últimas décadas, al exteriorizar un malestar corporal. Actualmente, ellos desean un cuerpo musculoso, por lo que comienzan a realizar ejercicio de manera excesiva y a veces a consumir algún tipo de anabólicos que a futuro podrían dañar su salud y estado emocional. Hasta cierto punto el ejercicio ha sido un componente positivo para la prevención de ciertas enfermedades degenerativas, como la obesidad. Sin embargo, existe el riesgo de pretender conseguir una musculatura preponderante bajo el ejercicio mal empleado, afectando la vida de la persona y de su entorno. Sin embargo, actualmente hay pocos estudios que indiquen la prevalencia o incidencia de este fenómeno conocido hoy en día como dependencia al ejercicio y a un más en relación con algunas conductas alimentarias relacionadas a los TCA.

En cuanto a la presencia de estas conductas en varones, se ha despertado cierto interés en el estudio ya que se ha incrementado el número de población adolescente en riesgo de padecerlo. Lo que ha ocasionado que también modifiquen su comportamiento alimentario o hábitos alimentarios, como vía de adelgazamiento o musculatura. De esta manera, la preocupación corporal en ellos se centra en la forma del cuerpo, por un lado están aquellos que quisieran ganar peso, para tonificar el músculo y los que quisieran perderlo con el fin de adelgazar. En los dos casos, los llevan a la realización de algún tipo de dieta logrando manifestar psicopatologías.

La identificación de las conductas alimentarias inadecuadas a temprana edad, admite crear estrategias de prevención y atención en las personas que lo padecen. Por lo que sería de gran importancia comparar la percepción de la imagen corporal y conducta alimentaria en hombres con diferente nivel de ejercicio e índice de masa corporal.

OBJETIVO GENERAL

Comparar la percepción de la imagen corporal y conducta alimentaria en hombres con diferente nivel de ejercicio e índice de masa corporal.

Objetivos Particulares

- Identificar el nivel de insatisfacción corporal en varones con diferente nivel de ejercicio e índice de masa corporal.
- Comparar conductas alimentarias inadecuadas en varones con diferente nivel de ejercicio e índice de masa corporal.
- Analizar el nivel de consumo de suplementos alimentarios en hombres con diferente actividad física e índice de masa corporal.

Variables de Agrupación

Índice de Masa Corporal (IMC)

Nivel de Ejercicio

Variables de Análisis

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL. Malestar normativo e insatisfacción corporal.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS INADECUADAS. Atracón alimentario, conductas compensatorias, perfeccionismo e influencia publicitaria (véase tabla 1).

Tabla 1. DEFINIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINIÓN CONCEPTUAL	DEFINIÓN OPERACIONAL
Índice de Masa Corporal (IMC)	Establece una relación de proporción del peso con la estatura, a través de la cual es posible obtener un diagnóstico rápido del déficit o exceso ponderal; por medio de la fórmula (kg/m^2) (Vázquez, Álvarez, López, Ocampo & Mancilla; 2003).	Se usaron los rangos de IMC propuestos por Vargas y Casillas (1993) bajo peso - 15 a 18.9 normal - 19 a 24.9 sobrepeso - 25 a 29.9 obesidad - ≥ 30
IMAGEN CORPORAL La percepción que una persona tiene de su cuerpo y cada uno de sus partes, así como los pensamientos, sentimientos, actitudes y valoraciones que dicha imagen evoca (Raich, 2000).		
Malestar Corporal “normativo”	Inconformidad con el cuerpo o alguna de sus partes que puede estar presente en la mayoría de la población, no afectando su vida cotidiana (Devlin & Zhu, 2001).	Se evaluó con: - Factor Malestar con la Imagen corporal del cuestionario de Imagen Corporal BSQ (Vázquez et al., 2004) para población mexicana, mediante los ítems 2, 4, 5, 6, 9, 17, 22, 24, 34. puntuación mínima 9 puntuación máxima 54 Escala Malestar corporal y Motivación para adelgazar del ITCAH-R (López, 2009) con los siguientes ítems 11, 13, 1, 50, 38, 43, 30, 71, 10, 70. puntuación mínima 10 puntuación máxima 60

Continuación

Insatisfacción Corporal	Devaluación de la propia apariencia al compararla con algún ideal, lo que conlleva a la realización de conductas nocivas para la modificación corporal, como el consumo de pastillas para adelgazar, realización de dietas restrictivas o el ejercicio excesivo (Devlin & Zhu, 2001).	Se evaluó con: -El cuestionario de Imagen Corporal BSQ con un punto de corte \geq a 110 propuesto por Vázquez, Galán, Álvarez, Franco y López (2004)
<p>CONDUCTAS ALIMENTARIAS INADECUADAS</p> <p>Conjunto de acciones alteradas que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada a la ingestión alimentaria. Entre ellos se encuentra el atracón alimentario, seguimiento de dietas restrictivas, ayuno, vómito autoinducido, abuso de laxantes o diuréticos, el ejercicio excesivo y el perfeccionismo (Saucedo-Molina, 2003; Unikel et al., 2000).</p>		
Atracón Alimentario	El consumo de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo superior a la que la mayoría de las personas consumirían en circunstancias muy similares (DSM-IV-TR, APA, 2002).	-Escala de Atracón Alimentario del ITCAH-R (López, 2009), con los ítems 8, 20, 57, 66, 74, 39, 29, 56. Puntuación mínima 8 Puntuación máxima 24
Conductas Compensatorias	De acuerdo con el DSM-IV-TR son métodos inapropiados dirigidos a la pérdida de peso, como por ejemplo, el ayuno y/o la práctica de ejercicio intenso.	-Escala Conductas compensatorias del ITCAH-R (López, 2009) con los reactivos 73, 43, 31, 59, 28. Puntuación mínima 5 Puntuación máxima 15

Continuación

Influencia de la Publicidad	El interés que tienen las personas por el bombardeo de productos adelgazantes a través de libros, revistas y la televisión (López, 2009).	-Escala Influencia de la Publicidad del ITCAH-R (López, 2009) mediante los reactivos 24, 22, 60, 14, 68, 46, 64, 32, 15, 44. Puntuación mínima 10 Puntuación máxima 30
Perfeccionismo	Es el establecimiento de metas personales excesivamente altas (Franco, 2007).	-Escala de Perfeccionismo del ITCAH-R (López, 2009) con los reactivos, 53, 54, 72, 26. Puntuación mínima 4 Puntuación máxima 12
<p>EJERCICIO Actividad física emprendida de forma voluntaria, que se realiza con el propósito deliberado de mejorar la forma física, la fuerza y la resistencia; que comparte una satisfacción social y generalizada (García, 1990).</p>		
Dependencia al Ejercicio	Es un proceso que compromete al sujeto en el ejercicio a pesar del malestar y las dificultades generadas, resultando en síntomas físicos y psicológicos cuando el ejercicio es retirado o Impedido (Pierce, 1994).	-Escala de Dependencia al Ejercicio EDS, (Hausenblas & Siymons-Downs,2001) considerando los siguientes criterios: -Efectos de abstinencia, ítems 1, 15, 8. -Continuidad, ítems 2, 9, 16. -Tolerancia, ítems 3, 10, 17. -Falta de control, ítems 4, 11, 18. -Reducción de actividades, ítems 5, 12, 19. -Tiempo, ítems 6, 13, 20. -Efectos de intención, ítems 7, 14, 21. Puntuación mínima 21 Puntuación máxima 126

Continuación

<p>Motivación por la Musculatura</p>	<p>Deseo de obtener un cuerpo musculoso, el cual tiene cierto malestar que puede interferir de manera negativa en la vida del que lo padece conllevando conductas como la realización de ejercicio en exceso, dietas altas en proteínas y consumo de suplementos alimentarios o anabólicos (Montoya & Araya, 2003; Rivarola & Penna, 2006).</p>	<p>Se evaluó con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de motivación por la musculatura DMS, con un punto de corte ≥ 45 (MCCreary & Sasse, 2000) mediante sus dos factores siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Actitudes orientadas hacia la musculatura, con los ítems 1, 7, 9, 11, 13, 14, 15. Puntuación mínima 7 Puntuación máxima 42 - Conductas orientadas a la musculatura, con los ítems 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12. Puntuación mínima 8 Puntuación máxima 48 -Escala de Motivación por la figura del ITCAH-R (López, 2009) mediante los ítems 52, 33, 35, 7, 9, 4. Puntuación mínima 6 Puntuación máxima 18
<p>Suplementos Alimentarios y anabólicos</p>	<p>Productos sintéticos derivados de la testosterona, que contienen nutrientes, como proteínas, fibra, vitaminas, minerales, aminoácidos, que buscan promover el crecimiento muscular añadidos a un régimen de alimentación (Irigoyen-Coll, 2005; Rivarola & Penna, 2006).</p>	<p>Sí consumían</p> <p>No consumían</p>

MÉTODO

Tipo de Diseño

Fue **no experimental**, ya que no se realizó manipulación alguna sobre variables, de tipo **transversal** siendo los datos recabados y analizados en un tiempo dado. De alcance **descriptivo** debido a que se analizó descripciones comparativas entre cuatro grupos diferentes.

Muestra

Se trabajó con una muestra voluntaria de tipo no probabilística, conformada por 184 estudiantes universitarios de la FES Iztacala, de los cuales se seleccionaron 102 que contaban con los criterios de inclusión. Mientras que con los usuarios de gimnasio, la muestra se conformó por 34 sujetos de los cuales 1 fue eliminado, por tanto, la muestra total estuvo constituida por 135 varones con un rango de edad de 17 a 40 años, divididos en cuatro grupos.

Los criterios de inclusión para cada grupo fueron los siguientes:

Grupo de Obesos:

-Tener un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 .

Grupo de Normo Peso:

-Podrían realizar ejercicio o no y cuando lo realizaran, éste no debe exceder las 2 horas al día.

-Tener un IMC de 20 a 25.

Grupo de Usuarios de Gimnasio:

-Asistir regularmente al gimnasio al menos 5 horas por semana

-Durante los últimos seis meses.

-No tener un IMC ≥ 30 , presencia de obesidad.

Una vez realizada la recolección de los participantes, debido a las características encontradas dentro del grupo Normopeso, éste se dividió en dos subgrupos de acuerdo a su actividad física. Por lo tanto, las características de cada grupo se presentan en la siguiente Tabla 2:

Tabla 2. Descripción de las características encontradas en los cuatro grupos de acuerdo a su actividad física.

GRUPOS	EDAD PROMEDIO	n	PROCEDENCIA	CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO
1)NORMOPESO SIN EJERCICIO	21.16 <i>DE = 1.99</i>	36	FES IZTACALA	<ul style="list-style-type: none"> - No realizaban ninguna práctica deportiva constante. - Presentaron en promedio un IMC de 22.81.
2)NORMOPESO CON EJERCICIO	21.53 <i>DE= 2.82</i>	36	FES IZTACALA	<ul style="list-style-type: none"> - Presentaron en promedio un IMC de 22.19. - Realizaban 3 días a la semana alguna práctica deportiva. - La actividad la efectuaban en 1 hora y media al día y a la semana en promedio 6 horas. - La actividad deportiva la llevaban practicando en promedio hace 5 años. - Los 36 participantes realizaban los siguientes deportes: <ul style="list-style-type: none"> - 5 pesas, 5 natación, 2 atletismo, 2 basquetbol, 1 ciclismo, 13 futbol, 1 caminata, 2 karate, 2 corren, 1 baile, 1 spinning y 1 gimnasia. - Sólo 9 reportaron realizar otro tipo de actividad deportiva las cuales son: 2 pesas, 1 natación, 2 basquetbol, 1 ciclismo, 1 futbol, 1 corre y 1 fisiconstruccionismo.

Continuación

<p>3) OBESOS</p>	<p>22.22 <i>DE= 3.72</i></p>	<p>23</p>	<p>FES IZTACALA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presentaron en promedio un IMC de 33.03. - 11 obesos eran sedentarios y 12 realizaban las siguientes actividades deportivas: - 3 pesas de los cuales sólo 1 realizaba otro tipo de ejercicio basquetbol, 5 futbol, 2 karate, 1 corre y 1 futbol americano. - Practicaban la actividad de 1 a 2 días a la semana. - En promedio 40 minutos al día y a la semana 2 horas. - Realizaban el deporte desde hace 1 año y medio o 2 años.
<p>4) USUARIOS DE GIMNASIO</p>	<p>25.16 <i>DE = 6.27</i></p>	<p>40</p>	<ul style="list-style-type: none"> - GIMNASIO DE LA FES IZTACALA - 2 GIMNASIOS DE LA ZONA DE TLANEPANTLA - 2 GIMNASIOS DE LA ZONA DE NAUCALPAN 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentaron en promedio un IMC de 20.37, aunque cabe aclarar que 3 casos reportaron un IMC \geq 30, por su notable masa muscular. - Asistían al gimnasio de 5 a 7 días a la semana. - Ejecutaban el entrenamiento durante un rango de 1 hora y media a 2 horas al día y a la semana en promedio 8 horas. - Llevaban entrenando en promedio 4 años y medio. - 23 practicaban otro tipo de los siguientes deportes: 5 futbol, 1 basquetbol, 1 karate, 10 fisiconstructivismo, 1 patineta, 1 tenis, 1 futbol americano, 1 clavados, 1 box y 1 carrera.

Instrumentos

Escala de Dependencia al Ejercicio (Exercise Dependence Scale, EDS) desarrollado por Hausenblas y Symons-Downs (2001), tiene como objetivo operacionalizar los criterios de dependencia al ejercicio considerando algunos criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV (DMS-IV) para la dependencia de sustancias, así como de ejercicio. La escala del EDS está conformada por 21 preguntas con siete opciones de respuesta en escala tipo likert, con una estructura de siete factores:

- 1) **Efectos de abstinencia** (la cantidad de ejercicio es adoptado para evitar o adaptar los síntomas de abstinencia); $\alpha=.82$.
- 2) **Continuidad** (el ejercicio no es interrumpido a pesar de tener problemas físicos o psicológicos); $\alpha=.77$
- 3) **Tolerancia** (necesidad de una cantidad mayor de ejercicio); $\alpha=.91$
- 4) **Falta de control** (deseo o fuerza persistente de controlar el ejercicio); $\alpha=.89$
- 5) **Reducción de actividades** (abandono o desinterés de actividades sociales, laborales o recreativas); $\alpha=.83$
- 6) **Tiempo** (gran cantidad de tiempo dedicado al ejercicio); $\alpha=.85$
- 7) **Efectos de intención** (el ejercicio es tomado con frecuencia y duración mayor); $\alpha=.96$

Cuestionario de Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ). Fue creado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) validado en población estadounidense. Su propósito es evaluar la presencia de preocupación e insatisfacción con la imagen corporal. Consta de 34 preguntas que se puntúan en una escala de 1 a 6 tipos Likert y no posee factores. En México el BSQ ha sido validado por Vázquez et al. (2004) en población mexicana clínica y control. Su estructura se forma de 2 factores los cuales han resultado ser confiable, al conservar una consistencia interna alta. El factor 1 denominado **Malestar Normativo**, posee un Alfa de Cronbach de .95 y el factor 2 conocido como

Malestar Patológico, posee con un Alfa de Cronbach de .94. Esta última versión del BSQ se conforma por 34 preguntas con seis opciones de respuesta tipo Likert.

Escala Obsesión por la Musculatura (Drive for Muscularity Scale, DMS) desarrollado por McCreary y Sasse (2000) validado en población estadounidense. Lo que evalúa es si las personas se perciben musculosas o si desean serlo, así como las conductas que llevan a cabo con la finalidad de tener un cuerpo musculoso. El DMS ha demostrado ser confiable porque reporta un Alfa de Cronbach de .93 total, además de tener un punto de corte ≥ 45 . Es un cuestionario de autoreportes que consta de 15 afirmaciones tipo likert con 6 opciones de respuesta. Se Identifican dos factores:

- 1) **Actitudes orientadas hacia a la musculatura** ($\alpha=.84$)
- 2) **Conductas orientadas a la musculatura** ($\alpha=.96$)

El DMS ha sido adaptado por Escoto et al. (2007) para población mexicana.

Se identifican tres factores:

- 1) **Motivación para incrementar musculatura**
- 2) **Obsesión por el entrenamiento**
- 3) **Consumo de suplementos**

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaría para Hombres (ITCAH-R) estructurado por López (2009) evalúa sintomatología y factores asociados a los TCA en varones. El ITCAH-R se agrupa en 2 dimensiones 1) **Signos y síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria** y 2) **Factores asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario**. El instrumento se conforma por 55 preguntas agrupadas en 9 factores, presentando un Alfa de Cronbach de .88 total, por tanto, es un instrumento confiable y apropiado para la detección de sintomatología de TCA en varones.

Se conforma por dos factores:

Signos y síntomas de Trastornos del Comportamiento Alimentario

Malestar corporal y motivación para adelgazar ($\alpha = .84$)

Atracón alimentario ($\alpha = .77$)

Sentimientos negativos posteriores con el atracón ($\alpha = .66$)

Conductas compensatorias ($\alpha = .70$)

Factores asociados a los Trastornos del Comportamiento Alimentario

Influencia de la publicidad ($\alpha = .83$)

Miedo a madurar ($\alpha = .72$)

Desconfianza Interpersonal ($\alpha = .70$)

Motivación por la figura musculosa ($\alpha = .74$)

Perfeccionismo ($\alpha = .64$)

Procedimiento

Con los **grupos de Obesos y Normopeso**, se acudió a las instalaciones universitarias de la FES Iztacala, para establecer un primer contacto con los grupos de estudiantes e informar sobre el propósito del estudio, así como señalar que toda información obtenida sería utilizada para fines de investigación, además de ser estrictamente confidenciales. Posteriormente se les repartió a cada uno de ellos el consentimiento informado, la hoja de datos generales y el conjunto de cuestionarios BSQ, DMS, EDS y ITCAH-R, por último se les tomó las medidas antropométricas a partir del IMC propuesto; para posteriormente devolverles resultados. Es necesario aclarar que algunos de ellos fueron cambiados al grupo de Usuarios de Gimnasio, ya que cumplían con los criterios de inclusión para ese grupo.

Posteriormente con el **grupo Usuarios de Gimnasio**, se dirigió a dos gimnasios dentro de las zonas de Tlanepantla y Naucalpan, por último el de la FES Iztacala. En el momento que se tuvo acceso a los lugares previamente visitados se dio a

conocer el propósito del estudio, así como la información clara de que la participación era de manera voluntaria y que todo dato obtenido será utilizado solamente para fines de investigación de manera confidencial. Posteriormente se les repartió el consentimiento informado y se llevó a cabo la aplicación de los mismos instrumentos con cada uno de los participantes, dándoles las adecuadas instrucciones dentro de los gimnasios. Por último, se les tomaron las medidas antropométricas y se les devolvieron resultados. Considerando los criterios de tiempo y constancia de actividad física de cada grupo, algunos usuarios de gimnasio fueron cambiados a los grupos de Obesos por el IMC y algunos a los Normopeso con ejercicio.

Análisis de Datos

- Los datos se capturaron mediante el programa computacional **SPSS versión 18**.
- Con el propósito de analizar los datos obtenidos se utilizó la **Estadística Descriptiva**.
- Se analizaron las comparaciones de las medias entre los grupos con relación a los factores de las variables estudiadas, con una prueba de tipo **PARAMÉTRICA** conocida como **análisis de varianza** (por sus siglas en inglés, **ANOVA**) y una prueba de corrección llamada **Scheffé**, ya que los grupos no contaban con la misma cantidad de participantes.

RESULTADOS

Se analizaron los casos que superaron el punto de corte del instrumento DMS, de acuerdo a McCreary y Sasse (2000), el cual evalúa si las personas se perciben y/o desean ser musculosas, así como las conductas realizadas para tal fin. En la tabla 3 se puede observar que el DMS fue el cuestionario que obtuvo mayor número de casos que rebasaron el punto de corte, siendo más elevado la frecuencia en el grupo de Usuarios de Gimnasio (GYM). Por tanto, se puede decir que en este grupo es donde se encontró el mayor número de sujetos con deseo de poseer un cuerpo musculoso.

En el caso del instrumento BSQ el cual tiene como propósito evaluar la presencia de la preocupación e insatisfacción con la imagen corporal. Se hallaron casos con insatisfacción corporal en todos los grupos, en total se presentaron 12 que rebasaron el punto de corte, siendo el grupo de Obesos y Normopeso sin Ejercicio (NsE) los que muestran mayor porcentaje. Por tanto, se observó que los participantes del grupo que no realiza ejercicio y el de mayor IMC, son los que demostraron mayor insatisfacción corporal.

Tabla 3. Porcentaje en cada grupo de casos que rebasaron el punto de corte de los cuestionarios DMS y BSQ.

CUESTIONARIO	CASOS QUE SUPERARON EL PUNTO DE CORTE				
	<i>Normopeso sin Ejercicio (n=36)</i>	<i>Normopeso con Ejercicio (n=36)</i>	<i>Obesos (n=23)</i>	<i>Usuarios de Gimnasio (n=40)</i>	<i>Total (n=135)</i>
Motivación por la musculatura DMS ≥45	11.11% (4)	11.11% (4)	13.04% (3)	22.5% (9)	14.81% (20)
Insatisfacción Corporal BSQ≥110	11.11% (4)	5.55% (2)	17.39% (4)	5.0% (2)	8.88% (12)

En la tabla 4 se señala el uso de suplementos alimentarios. Cabe señalar que sólo se registro un caso, que dijo haber consumido anabólicos que era del grupo GYM, por lo que se decidió presentar sólo el consumo de los suplementos alimentarios. Como se puede observar el grupo de GYM fue el que tuvo mayor porcentaje (60%). No obstante, se registraron casos de consumo en los grupos de Normopeso con Ejercicio (11.11%) y Obesos (13.04%).

Tabla 4. Consumo de suplementos alimentarios

GRUPOS	n	SI	NO
NORMOPESO SIN EJERCICIO	36	0	36
NORMOPESO CON EJERCICIO	36	11.11% (4)	88.88% (32)
OBESOS	23	13.04% (3)	86.95% (20)
USUARIOS DE GIMNASIO	40	60% (24)	40% (16)
TOTAL	135	22.96% (31)	77.03% (104)

Al comparar a los grupos en la puntuación total del instrumento BSQ no encontramos diferencias significativas (véase tabla 5), además ninguno de los promedios rebasó el punto de corte para este instrumento, por lo que debemos hablar de malestar corporal. Al comparar los factores encontramos que el grupo de obesos tuvo significativamente mayor *malestar normativo* que el grupo de Normopeso con Ejercicio (NcE). En el factor *malestar patológico* el grupo de obesos también alcanzó puntuaciones significativamente más altas, con el grupo GYM y NsE.

Tabla 5. Comparación entre los grupos en los factores del Cuestionario BSQ

MALESTAR CORPORAL						
FACTORES	Grupos				ANOVA	
	<i>NORMOPESO SIN EJERCICIO</i>	<i>NORMOPESO CON EJERCICIO</i>	<i>OBESOS</i>	<i>USUARIOS DE GIMNASIO</i>	<i>F</i>	<i>α</i>
MALESTAR NORMATIVO	$\bar{x} = 17.47_{ab}$ <i>DE=10.73</i>	$\bar{x} = 15.72_a$ <i>DE=8.53</i>	$\bar{x} = 22.26_b$ <i>DE=9.21</i>	$\bar{x} = 17.83_{ab}$ <i>DE=7.21</i>	2.565	.05
MALESTAR PATOLÓGICO	$\bar{x} = 15.92_a$ <i>DE=5.21</i>	$\bar{x} = 17.28_{ab}$ <i>DE=5.64</i>	$\bar{x} = 20.87_b$ <i>DE=7.32</i>	$\bar{x} = 19.83_b$ <i>DE=5.65</i>	4.742	.004
BSQ TOTAL	$\bar{x} = 62.56_a$ <i>DE=29.15</i>	$\bar{x} = 60.92_a$ <i>DE=25.16</i>	$\bar{x} = 76.78_a$ <i>DE=26.36</i>	$\bar{x} = 68.5_a$ <i>DE=20.46</i>	2.233	.08

Nota: Los promedios que no comparten los subíndices difieren en un nivel $p < 0.05$ en la prueba de corrección Scheffé.

Al analizar el cuestionario DMS observamos que ninguno de los promedios de los grupos rebasaron el punto de corte (véase tabla 6). No obstante, al comparar a los grupos en las puntuaciones totales del cuestionario DMS y en sus factores *obsesión por el entrenamiento y consumo de suplementos* observamos que el grupo de GYM presentó puntuaciones significativamente más altas que todos los grupos. En el caso del factor *motivación para incrementar musculatura* no se encontró diferencias significativas.

Tabla 6. Comparación entre los grupos en los factores del cuestionario DMS

OBSESIÓN POR LA MUSCULATURA						
<i>FACTORES</i>	Grupos				ANOVA	
	<i>NORMOPESO SIN EJERCICIO</i>	<i>NORMOPESO CON EJERCICIO</i>	<i>OBESOS</i>	<i>USUARIOS DE GIMNASIO</i>	<i>F</i>	<i>α</i>
MOTIVACIÓN PARA INCREMENTAR MUSCULATURA	$\bar{x}=14.83a$ <i>DE=7.98</i>	$\bar{x}=18.19a$ <i>DE=8.51</i>	$\bar{x}=15.17a$ <i>DE=7.30</i>	$\bar{x}=18.43a$ <i>DE=8.72</i>	1.840	NS
OBSESION AL ENTRENAMIENTO	$\bar{x}=5.39a$ <i>DE=1.98</i>	$\bar{x}=7.69a$ <i>DE=4.01</i>	$\bar{x}=7.57a$ <i>DE=3.63</i>	$\bar{x}=11.53b$ <i>DE=4.05</i>	19.989	.001
CONSUMO DE SUPLEMENTOS	$\bar{x}=3.50a$ <i>DE=1.61</i>	$\bar{x}=4.03a$ <i>DE=1.75</i>	$\bar{x}=3.78a$ <i>DE=1.98</i>	$\bar{x}=7.38b$ <i>DE=3.48</i>	21.459	.001
DMSTOTAL	$\bar{x}=24.83a$ <i>DE=10.32</i>	$\bar{x}=30.92a$ <i>DE=11.97</i>	$\bar{x}=27.74a$ <i>DE=11.66</i>	$\bar{x}=38.65b$ <i>DE=13.92</i>	8.954	.001

Nota: Los promedios que no comparten los subíndices difieren en un nivel $p < 0.05$ en la prueba de corrección Scheffé. NS=No Significativo.

Al comparar los factores *tolerancia*, *falta de control*, *tiempo*, *efectos de intensidad* del cuestionario EDS encontramos que el grupo de GYM obtuvo puntuaciones significativamente mayores que todos los grupos (véase tabla 7). No obstante, en el factor *continuidad* son los obesos los que presentan significativamente mayor puntuación que los grupos Normopeso. Además en los factores *tolerancia*, *falta de control*, *efectos de abstinencia*, *reducción de actividades* y *efectos de intensidad* se observó que los grupos de Normopeso se diferenciaron siendo el grupo NcE el que obtuvo significativamente mayores puntuaciones que el grupo NsE.

Tabla 8. Comparación entre los grupos en los factores del cuestionario EDS

DEPENDENCIA AL EJERCICIO						
FACTORES	Grupos				ANOVA	
	NORMOPESO SIN EJERCICIO	NORMOPESO CON EJERCICIO	OBESOS	USUARIOS DE GIMNASIO	F	α
EFFECTOS DE ABSTINENCIA	$\bar{x} = 4.50^*_a$ DE=2.17	$\bar{x} = 6.36^*_b$ DE=3.30	$\bar{x} = 6.26_{ab}$ DE=2.86	$\bar{x} = 6.93_b$ DE=3.51	4.396	.006
CONTINUIDAD	$\bar{x} = 3.50_b$ DE=1.32	$\bar{x} = 4.83_b$ DE=2.41	$\bar{x} = 5.13_a$ DE=2.28	$\bar{x} = 4.65_{ab}$ DE=2.24	3.802	.012
TOLERANCIA	$\bar{x} = 3.67_a$ DE=1.49	$\bar{x} = 6.33_b$ DE=4.17	$\bar{x} = 5.83_{ba}$ DE=3.34	$\bar{x} = 11.18_c$ DE=4.16	31.145	.001
FALTA DE CONTROL	$\bar{x} = 3.28_a$ DE=.74	$\bar{x} = 5.53^*_b$ DE=3.81	$\bar{x} = 4.22_{ba}$ DE=1.83	$\bar{x} = 7.40^*_c$ DE=4.08	22.327	.001
REDUCCION DE ACTIVIDADES	$\bar{x} = 3.28_a$ DE=.94	$\bar{x} = 4.75_b$ DE=2.67	$\bar{x} = 3.96_{ab}$ DE=1.64	$\bar{x} = 5.13_b$ DE=2.85	4.977	.003
TIEMPO	$\bar{x} = 3.25_a$ DE=.65	$\bar{x} = 4.72_a$ DE=2.79	$\bar{x} = 4.57_a$ DE=2.27	$\bar{x} = 8.00_b$ DE=3.27	24.953	.001
EFFECTO DE INTENSIDAD	$\bar{x} = 3.33^*_a$ DE=1.15	$\bar{x} = 4.86^*_b$ DE=2.84	$\bar{x} = 4.17_{ab}$ DE=1.90	$\bar{x} = 5.90_{bc}$ DE=3.21	7.108	.001

Nota: Los promedios que no comparten los subíndices difieren en un nivel $p < 0.05$ en la prueba de corrección Scheffé * $p = 0.08$

Las comparaciones de los factores del cuestionario ITCAH-R indican que el grupo de obesos presentó significativamente mayor *malestar corporal* y *motivación para adelgazar* que todos los grupos. Al comparar a los grupos con respecto al factor *influencia de la publicidad* y *perfeccionismo* se observó que el grupo de GYM

presentó puntuaciones significativamente más altas que los grupos de Normopeso. Mientras que en el factor *motivación por la musculatura* el grupo de GYM es el que muestra significativamente mayor puntuación respecto al grupo NsE. Finalmente, respecto al factor *atracción y conductas compensatorias* no se hallaron diferencias significativas entre los grupos (véase tabla 8).

Tabla 8. Comparación entre grupos de los factores del cuestionario ITCAH-R

CONDUCTA ALIMENTARIA						
FACTORES	Grupos				ANOVA	
	NORMOPESO SIN EJERCICIO	NORMOPESO CON EJERCICIO	OBESOS	USUARIOS DE GIMNASIO	F	α
MALESTAR CORPORAL Y MOTIVACION PARA ADELGAZAR	$\bar{x} = 15.44_a$ DE=4.69	$\bar{x} = 13.44_a$ D.E=3.95	$\bar{x} = 19.65_b$ DE=4.57	$\bar{x} = 14.98_a$ DE=4.37	9.715	.001
ATRACÓN	$\bar{x} = 9.58a$ DE=2.61	$\bar{x} = 9.67a$ DE=2.43	$\bar{x} = 10.09a$ DE=2.11	$\bar{x} = 9.18a$ DE=1.60	.865	NS
CONDUCTAS COMPENSATORIAS	$\bar{x} = 5.11a$ DE=.465	$\bar{x} = 5.08a$ DE=.368	$\bar{x} = 5.22a$ DE=.422	$\bar{x} = 5.13a$ DE=.404	.513	NS
INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD	$\bar{x} = 10.92_a$ DE=2.14	$\bar{x} = 11.25_a$ DE=2.17	$\bar{x} = 12.09ab$ DE=2.45	$\bar{x} = 13.25_b$ DE=3.15	6.395	.001
PERFECCIONISMO	$\bar{x} = 10.78_a$ DE=1.27	$\bar{x} = 11.39_b$ DE=.84	$\bar{x} = 11.09ab$ DE=.95	$\bar{x} = 11.53_b$ DE=.75	4.343	.006
MOTIVACION POR LA MUSCULATURA	$\bar{x} = 9.03_b$ DE=2.80	$\bar{x} = 9.75ab$ DE=2.63	$\bar{x} = 10.26ab$ DE=3.15	$\bar{x} = 11.33_a$ DE=2.40	4.835	.003

Nota: Los promedios que no comparten los subíndices difieren en un nivel $p < 0.05$ en la prueba de corrección Scheffé. NS=No Significativo.

DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación fue comparar la percepción de la imagen corporal y conducta alimentaria en hombres con diferente nivel de ejercicio e índice de masa corporal.

En el análisis de la imagen corporal encontramos que la insatisfacción corporal no es un rasgo característico de ninguno de los grupos, ya que los promedios obtenidos no rebasaron el punto de corte del cuestionario BSQ, no obstante, al comparar a los grupos en la percepción de la imagen corporal, el grupo de obesos fue el que presentó mayor malestar corporal.

Al revisar los casos que rebasaron el punto de corte del cuestionario BSQ considerados con insatisfacción corporal, los resultados indican que todos los grupos reportaron casos, siendo el grupo de obesos (17.39%) el que presenta mayor porcentaje. Esto parece coincidir en parte con algunos estudios que indican que cuando se tiene un mayor IMC hay una mayor insatisfacción corporal (Casillas, Montoño, Reyes, Bacardí & Jiménez, 2006; Lora & Saucedo, 2006; Mirza, Davis & Yanovsi, 2005). Sin embargo, no se debe soslayar que el grupo Normopeso sin Ejercicio presentó 11.11% de casos con insatisfacción corporal, y aquí no se podría atribuir al IMC, como en el grupo de obesos.

Sabemos que la imagen corporal es un constructo complejo que no podemos explicar con una variable, por lo que nuestro datos aportan evidencia que además del IMC, el ejercicio puede tener un importante papel mediador dentro de la percepción de la imagen corporal en los hombres, ya que el grupo de Normopeso con Ejercicio sólo contó con la mitad de casos (5.55%) con insatisfacción corporal que el grupo Normopeso sin Ejercicio. Con los datos obtenidos podemos observar que el ejercicio regular tiene un efecto positivo en los jóvenes deportistas, manifestando un estado de bienestar en el que ellos se sienten satisfechos consigo mismos.

Hoy en día la promoción del ejercicio como algo favorable y preventivo se ha convertido en algo habitual, ya que los efectos beneficiarios sobre la salud tanto física como psicológica han constituido cambios cada vez más evidentes en las formas y estilos de vida. Cuando el ejercicio es llevado a cabo bajo un propósito en un ambiente deportivo se puede promover un malestar normativo, el cual puede ser normal al llevar una actividad planeada y así conservar una imagen corporal positiva. Muchos estudios han mencionado la importancia que tiene el ejercicio en la calidad de vida de las personas (Márquez, 1995; Taylor, Sallis, & Needle, 1985).

Por otro lado, al analizar la interiorización de la figura musculosa a través del cuestionario DMS, observamos que los promedios obtenidos en la puntuación total no rebasaron el punto de corte, por lo que la obsesión por la musculatura no caracterizó a ninguno de los grupos. No obstante, los resultados comparativos en la puntuación total del DMS y en los factores *obsesión por el entrenamiento* y *consumo de suplementos* confirman que los Usuarios de Gimnasio fueron los que presentaron significativamente mayor interiorización y deseo de un cuerpo musculoso que los otros grupos.

Este dato se ve fortalecido al indagar los casos que rebasaron el punto de corte del cuestionario DMS, ya que fue el grupo de Usuarios de Gimnasio el que obtuvo el mayor porcentaje (22.5%) en cuanto a la obsesión por la musculatura. No obstante, no debemos descartar que todos los grupos reportaron casos, 13.04% en el grupo de Obesos, 11.11% en los grupos Normopeso.

Lo anterior podría llevarnos a dos conclusiones:

- 1) Que efectivamente el modelo ideal masculino predominante e interiorizado es el de un cuerpo musculoso, instaurado de manera generalizada en población masculina. Algunos autores lo han denominado modelo "fitness" (Fanjul, 2008) destacando la importancia que ha tenido este ideal estético, dirigido a una figura esbelta y musculosa en los varones.

- 2) Que los Usuarios de Gimnasio podrían ser los más vulnerables a desarrollar alguna patología relacionada a la apariencia corporal, al pensar que mediante el entrenamiento con pesas podrían obtener el modelo ideal deseado. La relevancia de algunas conductas patológicas en hombres que entrenan con pesas han sido señaladas en algunos estudios (Baile, Monroy & Garay, 2005; Knoesen, 2009; Olivardia, Pope & Hundson, 2000).

El deseo de alcanzar esa figura esbelta y musculosa, junto con la exigencia sociocultural, aumenta el riesgo de que los hombres practiquen el ejercicio de manera excesiva, causando dependencia y probablemente distorsión de la imagen corporal, pudiendo aparecer algunas alteraciones e incluso un trastorno. Según autores como Kirkby (1998) y Coverley Veale (1987) la práctica del ejercicio representa un problema cuando la persona se involucra de manera excesiva, lo cual puede ocasionar un comportamiento dependiente. A pesar de esto, han sido pocos los estudios que han examinado el efecto bajo la conducta del ejercicio excesivo.

Por lo que el análisis de los datos obtenidos en esta investigación puede ser de las primeras aproximaciones en México para el estudio del fenómeno de dependencia al ejercicio, si bien los datos deben ser considerados con reserva ya que la muestra es pequeña.

Los resultados comparativos de los factores *tolerancia, falta de control, tiempo, efectos de intensidad* del cuestionario EDS señalan diferencias significativas, donde el grupo de Usuarios de Gimnasio obtuvo los promedios más altos a todos los grupos. Estos datos podrían confirmar que son los usuarios de gimnasio, los que se encuentran en riesgo de adquirir conductas relacionadas a la dependencia al ejercicio, ya que ellos invierten gran parte de su tiempo en el entrenamiento, reduciendo algunas actividades sociales, familiares u otras, teniendo la necesidad de aumentar la intensidad y frecuencia, para no evitar sentirse irritables, ansiosos o tensos, siendo a veces incapaces de controlarlo, estas conductas podrían estar relacionadas con el Trastorno Dismórfico Muscular,

algunas investigaciones lo han señalado (Davis, 2000; Olivardia et al., 2000). Estudios internacionales mencionan que quizá 1 de cada 10 usuarios de gimnasio podrían estar en peligro de adquirir un trastorno como éste (Olivardia, 2001), pero otras investigaciones han demostrado que principalmente podría ser los fisicoculturistas los que se encuentran en mayor riesgo (Hurst, Hale, Smith & Collins, 2000). Por su parte, Pope y Hunson (2000) hacen una distinción importante entre fisicoculturistas y usuarios de gimnasios. En cuanto a los aspectos psicológicos que pueden actuar como factores de riesgo, se encuentra la insatisfacción corporal, consumo de esteroides anabólicos, ansiedad, trastornos alimentarios y perfeccionismo (Blouin & Goldfield, 1995; Grammas & Schwartz, 2009; Olivardia, Pope & Hunson, 2000).

Por lo que no resulta extraño que al evaluar los resultados obtenidos en el factor perfeccionismo, los datos señalen que es el grupo de Usuarios de Gimnasio el que presenta un mayor nivel de perfeccionismo en comparación con los Normopeso. Nuestros datos podrían sustentar la posible relación entre perfeccionismo y el ejercicio excesivo, que algunos autores han propuesto (Arbinaga, 2004) demostrando que el perfeccionismo puede tener efectos negativos en los jóvenes involucrados en el ámbito deportivo. Algunos autores creen que el perfeccionismo es la base que sostiene la forma compulsiva de ejercicio (Hall, Kell, Kozub & Finnie 2007) por lo que puede explicar la presencia del perfeccionismo en los Usuarios de Gimnasio. Lo que coincide con algunos estudios donde se proponen factores que contribuyen al desarrollo de la Dismorfia Muscular, entre ellos el perfeccionismo al desear un cuerpo perfecto (Grieve, 2007) y en la conducta alimentaria (Franco et al., 2005; Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995) en especial con la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa (Cooper & Fairburn, 2002).

Por otra parte, es importante resaltar que el análisis de los datos respecto al factor influencia de la publicidad, muestran que el grupo de Usuarios de Gimnasio manifestó una mayor influencia de la publicidad en comparación con los grupos Normopeso, esto se podría deber a las relaciones sociales y/o personales de un ambiente que provienen de imágenes ideales que constantemente podrían

influnciar en el comportamiento a través de la publicidad. Varios estudios han tratado de identificar la influencia de imágenes de cuerpos musculosos (Leit, Gray & Pope, 2002; Lorenzen, Grieve & Thomas; 2004), ya que este modelo ha sido interiorizado, deseado y buscado por los varones más jóvenes (Vázquez et al., 2006), por ello que estos modelos estereotipados influyan sobre las costumbres y creencias de la masculinidad, hoy en día. Esto podría ser resultado del constante bombardeo de los medios de comunicación encargados de difundir el modelo ideal musculoso a la población masculina, influyendo sobre la propia imagen corporal de manera negativa, cuando no se logra alcanzar el ideal indicado conllevando una obsesión y frustración en los jóvenes cuya compleción no se adapte a los cánones de belleza.

Otro aspecto importante a destacar en nuestro estudio es el consumo de suplementos alimentarios, los datos obtenidos muestran que existe el mayor porcentaje (60%) en el grupo Usuarios de Gimnasio. Lo anterior coincide con investigaciones que han hallado que el abuso de estas sustancias predomina entre los hombres que asisten a gimnasios (Parkinson et al., 2006; Perry et al., 2005) en especial en jóvenes atletas (Calfée et al., 2006), ya que los motivos podrían estar relacionados con el rendimiento físico y desarrollo de masa muscular.

Al analizar los resultados comparativos del instrumento ITCAH-R observamos que los factores atracción y conductas compensatorias, no presentaron diferencias significativas entre los grupos. Por lo que resulta un dato poco esperado, que requiere de mayor estudio. Aunque, existen investigaciones que reportan la presencia de conductas alimentarias inadecuadas en población masculina (Unikel, Saucedo, Villatoro & Fleiz 2002; Vázquez et al., 2005) las cuales han ido incrementando (Unikel et al., 2006), así como la presencia del Trastorno Por Atracción (TPA) (Sánchez, Borda, Torres & Lozano 2002; Vázquez et al., 2006). Dichos estudios son realizados en población comunitaria, a diferencia de nuestros datos, cuya población fue caracterizada por el nivel de ejercicio.

En algunos estudios han encontrado actitudes alimentarias asociadas a trastornos alimentarios e influencias culturales, de los cuales se presentan el deseo por adelgazar, así como el malestar corporal en varones (Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez & Mancilla, 2002). Nuestros resultados muestran que al comparar los grupos en el factor motivación para adelgazar, el grupo de obesos fueron significativamente más susceptibles a la motivación para adelgazar que todos los grupos, esto podría ser consecuencia de un malestar por su figura corporal y una preocupación objetiva por el peso corporal, por lo que los datos hallados lograrían apoyar a previos estudios.

En cuanto a los *factores tolerancia, falta de control, efectos de abstinencia, reducción de actividades y efectos de intensidad* del cuestionario EDS, se encontraron diferencias significativas al comparar a los grupos Normopeso, siendo el grupo Normopeso con Ejercicio el que obtuvo promedios significativamente más altos. Por tanto, las diferencias encontradas podrían atribuirse a la práctica del ejercicio que es lo que diferencia a los grupos, lo cual habría que corroborar con futuras investigaciones.

Finalmente en el *factor continuidad* del cuestionario EDS observamos que es el grupo de Obesos el que presenta significativamente puntuaciones mayores en comparación con los grupos Normopeso, este resultado resulta interesante, ya que habla de continuar realizando ejercicio a pesar de presentar dificultades físicas o psicológicas, nuevamente la variable ejercicio aparece como relevante, pero a diferencia de grupo con Normopeso, el presente estudio no contó con obesos con y sin ejercicio, por lo que se hace necesario mayor investigación en obesos, además de cambiar la idea de que este grupo es sedentario.

CONCLUSIONES

- La insatisfacción corporal no fue característica de ninguno de los grupos.
- Los casos de insatisfacción corporal estuvieron presentes en todos los grupos, no obstante, el grupo de Obesos (17.39%) y en el grupo Normopeso sin Ejercicio (11.11%) fueron de mayor porcentaje.
- El ejercicio y el Índice de Masa Corporal aparecen como variables importantes para explicar la valoración de la imagen corporal en varones.
- El grupo de Usuarios de Gimnasio puede ser caracterizado por presentar:
 - Mayor interiorización y deseo de un cuerpo musculoso.
 - Alto riesgo de conductas relacionadas a la dependencia al ejercicio.
 - Mayor perfeccionismo e influencia publicitaria.
 - Mayor consumo de suplementos alimentarios.
- Con respecto a las conductas alimentarias no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN

- Realizar investigaciones en hombres con y sin actividad física que presenten obesidad.
- Investigar sobre los hábitos alimentarios en usuarios de gimnasios para la detección de sintomatología de TCA.
- Investigar sobre la influencia del ejercicio como una variable mediadora principalmente en hombres fisicoculturistas.
- Realizar estudios relacionados a la práctica de ejercicio dirigido al Trastorno Dismórfico Muscular.
- Realizar estudios en población masculina infantil que demuestren la influencia del modelo corporal masculino, que parece estar vigente en la actualidad.

REFERENCIAS

- Acosta, M.V. & Gómez, P.G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.
- Acosta, M.V., Llopis, M.J., Gómez, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Adams, J. & Kirkby, R.J. (1998). Exercise dependence: a review of its manifestation, theory and measurement. *Research in Sports Medicine*, 8, 265-276.
- Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A.R., Haro, H.M. & Mancilla, J.M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Revista de Psicología y Salud*, 13(2), 245-255.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión revisada (DSM IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Andersen, E.A. (1996). Contrastes y comparaciones entre hombres y mujeres con trastorno de alimentación: desafíos para la clínica y la investigación. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes* (pp.439-476). Madrid: Pirámide.
- Anderson, S.J., Basson, C.J. & Geils, C.(1997). Personality style and mood states associated with a negative addiction to running. *Journal of the American college of Sports Medicine*, 4, 6-11.
- Arbinaga, F. (2004). Dependencia del ejercicio. *Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*, (71-72), 24-31.
- Baekeland, F. (1970). Exercise deprivation: Sleep and psychological reactions. *Archives of General Psychiatry*, 22(4), 365-369.

- Bahrke, M.S., Yesalis, C.E., Kopstein, A.N. & Stephens, J.A. (2000). Risk factors associated with anabolic-androgenic steroid use among adolescents. *Journal Sports Medicine*, 29, 397-405.
- Baile, J., Guillén, F. & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el body shape questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 439-450.
- Baile, J., Monroy, K. & Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 161-169.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T. & Kaye, W.H.(1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal Eating Disorder*, 17, 147-152.
- Bergstrom, E., Stenlund, H. & Svedjehall, B. (2006). Assessment of body perception among swedish adolescent and young adults. *Revista Salud Pública*, 40,249-55.
- Blouin, G. & Goldfield, S. (1995). Body image and steroid use in male bodybuilders. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 159–165.
- Bruchon, S. M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona:Heder.
- Buendía, J. & Rodríguez, M. C. (1996). Anorexia nerviosa e imagen corporal. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes* (pp.411-425). Madrid: Pirámide.
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Calderón, E. (1999). *Deporte y limites*. Madrid: Anaya.
- Calfee, R. & Fadale, P. (2006). Popular ergogenic drugs and supplements in young athletes. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 117(3), 577-589.

- Camacho, M.J., Fernández, G. E. & Rodríguez, G. M. (2006). Body image and physical sport practice in adolescent girls: Analysis of the sport type. *International Journal of Sport Science*, 2(3), 1-19.
- Carlson, D. & Crawford, J. (2005). Adolescent boys and body image: weight and muscularity concerns as dual pathways to body dissatisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 629-636.
- Casillas-Estrella, M., Montaña-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí-Gascón, M. & Jiménez-Cruz A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomedica*. 17(4), 243-249.
- CIE-10. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditor.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. & Fairburn, G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6,4, 485- 494.
- Cooper, Z. & Fairburn, G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-791.
- Coverley-Veale, D.M. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82,735-740.
- Cruz, R.M., Ávila, L.M., Cortes, M.C., Vázquez, R. & Mancilla, J.M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Revista de Psicología y Salud*, 18(2) ,189-198.
- Davis, C. & Fox, J. (1993). Excessive exercise and weight preoccupation in women. *Addictive Behaviors*, 18, 201-211.
- Davis, C. (2000). Exercise Abuse. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 278-289.
- Devlin, M.J. & Zhu, A.J. (2001). Body Image in the Balance. *The Journal of the American Medicine Association*, 286 (17), 2159-2161.

- Dohnt, K. & Tiggemann, M. (2006). Body Image Concerns in Young Girls: The Role of Peers and Media Prior to Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 135-145.
- Elias, N. & Dunning, E. (1996). Deporte y ocio en el proceso de la civilización. México: Fondo de cultura económica.
- Escobar, A. (2004). Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de Morelos. Tesis de Maestría, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Escoto, M.C., Álvarez, G., Bedolla, G., Velázquez, B., Yáñez, K. & Mancilla, J.M. (2007, Octubre). Consistencia interna y estructura factorial de la Drive for Musculature Scale. Trabajo presentado en el XV Congreso Mexicano de Psicología, Sonora, México.
- Facchini, M. (2006). La imagen corporal en la adolescencia: ¿es un tema de varones? *Archivos argentinos de pediatría*, 104(2), 177-184.
- Fanjul, P.C. (2008). Modelos masculinos predominantes en el mensaje publicitario y su influencia social en la psicopatología del siglo XXI: la vigorexia. *Prisma sociales*, 1, 1-26.
- Franco, K., Mancilla, J.M., Vázquez, R., López, X. & Álvarez, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 13, 61-70.
- Franco, K. (2007). Perfeccionismo y trastornos del comportamiento alimentario: Una aproximación multidimensional. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Frederick, A., Fessler, M.T. & Haselton, G. (2005). Do representations of male muscularity differ in men's magazines? *Body Image*, 2, 81-86.

- Frederick, D.A., Buchanan, G.M., Sadehgi-Azar, L., Haelton, M.G., Peplau, L.A., Berezouskaya, A. & Lipinski, R.E. (2007). Desiring the Muscular Ideal: Men's Body Satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(2), 103–117.
- Fuentes, E.S. (2003). Trastornos alimentarios en niños con distinto nivel de actividad física. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- García, M. (1990). Aspectos sociales del deporte. Madrid: Alianza.
- Gempeler, J. (2004). Historia fotográfica del cuerpo, exposición y prevención de respuesta e integración sensorial como herramientas terapéuticas integradas para la flexibilidad de la distorsión corporal en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(1), 9-20.
- Grilo, M. & Masheb, R. (2005). Correlates of body image dissatisfaction treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 38, 162-166.
- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 15, 63-80
- Hall, H., Kerr, A., Kozub, S. & Finnie, S. (2007). Motivational antecedents of obligatory exercise: The influence of achievement goals and multidimensional perfectionism. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(3), 297-316.
- Hargreaves, D.A. & Tiggemann, M. (2004). Idealized media images and adolescent body image: "comparing" boys and girls. *Body image*, 1(4), 351–361.
- Hausenblas, H. & Siymons-Downs, D. (2001). Exercise Dependence Scale-21 Manual.

- Herrero, M. Conrado, M. & Viña. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 67-83.
- Hollander, E. & Benzaquen, S. (1997). The obsessive-compulsive-spectrum-disorders: an overview. *International Review of Psychiatry*, 9(1), 99-110.
- Hurst, R., Hale, B., Smith, D. & Collins. (2000). Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters. *Journal Sports Medicine*, 34, 431-435.
- Irigoyen-Coll, C. (2005). Relación entre el consumo de Anabólicos Esteroides y la percepción del riesgo en individuos que asisten a gimnasios de la zona norte de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Revista de Salud y Drogas*, 5(1), 119-137.
- Isik, Orsel, Akdemir & Ozbay. (2005). The relationship between dieting and body image, body ideal, self-perception, and body mass index in turkish adolescednts. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2), 150-155.
- Jeffrey, Y.C., Gray, P. & Pope, G.H. (2005). Male body in Taiwan Versus the West: Yanggang zhiqi meets the adonis complex. *American Journal Psychiatry*. 162(2), 263-269.
- Jeremiejczyk, N. (2007). Eating Disorders and Excessive Exercise. *Academic Research Library*, 81, 15-17.
- Kanayama, G., Barry, S., Hudson, I .J. & Pope, G. H. (2006). Body Image and Attitudes Toward Male Roles in Anabolic-Androgenic Steroid User. *American Journal Psychiatry*. 163(4), 697-703.
- Kanayama, G., Gruden, A.J., Pope, H.G., Borowiecki, J.J. & Hudson, J.I. (2001). Over-the-Counter Drug Use in Gymnasiums: An Underrecognized Substance Abuse Problem? *Psychother Psychosom*, 70(3), 137-140.

- Kirkby, J.R. (1998). Exercise dependence: A review of its manifestation, theory and measurement . *Research in Sports Medicine*, 8(3), 265 – 276.
- Knoesen, N. (2009). To be Superman the male looks obsession. *Reprinted from Australian Family Physician*, 38(3), 131-133.
- Kogan, L. (2003). La construcción social de los cuerpos o los cuerpos del capitalismo. *Revista Personal de Lima*, (6), 11-21.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología y de la Salud*, 3(1), 23-33.
- Landers, D.M. (1997). The influence of exercise on mental health. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 105-111.
- Leit, R., Pope, H. & Gray, J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of Playgirl centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*, 29(1), 90-93.
- Leit, R., Gray, J. & Pope, H. (2002). The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 334-338.
- López, C. (2009). Valoración psicométrica del inventario de trastornos del comportamiento alimentario para hombres (ITCAH-R). Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lora-Cortez, I. & Saucedo-Molina, T.J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Revista de Salud Mental*, 29(3), 60-67.
- Lorenzen, L.A., Grieve, F.G. & Thomas, A. (2004). Exposure to Muscular Male Models Decreases Men's Body Satisfaction. *Sex Roles*, 51,(11-12), 743-748.

- Lowes, J. & Tiggemann, M. (2003). Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *British Journal of Health Psychology*, 8, 135-147.
- Lugli, Z. & Vivas, E. (2006). Conductas y actitudes sugestivas de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios venezolanos. *Revista de la Facultad Medicina*, 29(2).
- Mancilla, J.M., Franco, K., Álvarez, G., López, X., Vázquez, R. & Ocampo, M.T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: exploración en una muestra comunitaria. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 6(2), 56-65.
- Manidi, M.J. & Dafflon, A. I. (2002). *Actividad física y salud*. Barcelona: Masson.
- McCreary, D. & Sasse, D. (2000). An exploration of the drive for musculature in adolescent boys and girls. *Journal American College Health*, 48(6), 297-304.
- Millar, A. & Graus. (2003). Excessive exercise as an addiction: a review. *Addiction research and Therapy*, 1(5), 415-437.
- Mirza, N., Davis, D. & Yanovski, J. (2005). Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents. *Journal Adolescence Health*, 36(3), 267.
- Montoya, J.A. & Ayala, G. (2003). Identificación y comparación de síntomas de dismorfia muscular entre sujetos que practican físico culturismo y otros que realizan entrenamiento con pesas. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*. 3(1).
- Morgan, W. P. (1979). Negative addiction in runners. *Physician and Sports medicine*, 7, 57-70.
- Olivardia, R., Pope, H.G., Mangweth, B. & Hudson, J. (1995). Eating disorders in college men. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1279-1285.

- Olivardia, R., Pope, H.G. & Hudson, I. J. (2000). Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study. *American Journal Psychiatry*, 157,1291-1296.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, Mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 5(9), 254-259.
- Olivardia, R., Pope, H.G., Borowiecki, J.J. & Cohane, G.H. (2004). Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(2), 12–120.
- Parkinson, A.B. & Evans, N.A.(2006). Anabolic androgenic steroids: a survey of 500 users. *Journal Sport Medicine*, 38(4), 644-651.
- Pérez, V., Valencia, M., Rodríguez, M. & Gempeler, J. (2007). Acerca de un caso de dismorfia muscular y abuso de esteroides. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (1), 154-164.
- Perry, P., Lund, B., Deninger, M.J., Kutscher, E.C. & Schneider, J. (2005). Anabolic Steroid Use in Weightlifters and Bodybuilders. An Internet Survey of Drug Utilization. *Journal Sport Medicine*, 15, 326-330.
- Pierce, E.F., McGowan, R.W. & Lynn, T.D. (1993). Exercise dependence in relation to competitive orientation of runners. *Journal of Sports medicine and Physical fitness*, 18, 149-155.
- Pierce, E.F. (1994). Exercise dependence syndrome in runners. *Journal of sports medicine*, 18(3),149-155.
- Pope, H.G., Katz, D.L. & Hudson, J.L. (1993). Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 406-409.
- Pope, H.G. & Katz, D.L. (1994). Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroids: A controlled study of 160 athletes. *Archives of General Psychiatry*,51, 375–382.

- Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R. & Phillips, K.A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Academy of Psychosomatics Medicine*, 38(6), 548-557.
- Pope, H., Olivardia, R., Gruber, A. & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal Eating Disorders*, 26, 65-72.
- Pope, H., Phillips, K., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press.
- Pope, G.H., Gruber, J.A., Mangweth, B., Bureau, deCol.CH., Jouvent, R. & Hudson, I.J. (2000). Body Image Perception Among Men in Three Countries. *American Journal Psychiatry*, 157, 1297-1301.
- Raich, R. (2000). *Imagen Corporal*. Madrid: Pirámide.
- Ramos, P., Pérez, E.L., Liberal, S. & Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, (15,16), 65-74.
- Diccionario de la Lengua Española (1992) (Vigésima primera edición, tomo I). Madrid: Espasa Calpe.
- Ricciardelli, L. & McCabe, M. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130(2), 179-205.
- Ricciardelli, L., McCabe, M., Lillis, J. & Thomas, K. (2006). A longitudinal investigation of the development of weight and muscle concerns among preadolescent boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 2, 177-187.
- Riobo, P. (2001). *La alimentación y sus trastornos*. España: Cooperación editorial.

- Rivarola, R. M.F. & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Internacional de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72.
- Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la Imagen Corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Salinas, A.E. (2009). Síndrome del culturista: "Vigorexia". Recuperado el 18 de marzo de 2009, de <http://www.elportaldelaSalud.com>.
- Sánchez, C., Borda, M., Torres, I. & Lozano, J.F. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y de adolescente*, 1(2), 1-10.
- Saucedo-Molina.T. (2003). Modelos predictivos de la dieta restringida en púberes y en sus madres. Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saucedo–Molina, T. & Unikel, S.C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Revista Salud Mental*, 33(1), 11-19.
- Shaw, D., Golery, T. & Corban, R. (2005). Sport & Exercise Psychology. New York: Instant Notes.
- Slay, A. H., Hayaki, J., Napolitano, A.M. & Brownell, D. K. (1998). Motivations for running and eating attitudes in obligatory versus nonobligatory runners. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 267 – 275.
- Taylor, B., Sallis, F. & Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Journal List Public Health Reports*, 100(2), 195–202

- Thompson, J. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Thornton, W. E. & Scott, E. S. (1995). Motivation in the committed runner: correlations between self-report scales and behaviour. *Health Promotion International*, 10(3), 177-184.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántara, E. & Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos de la población infantil del Distrito Federal. *Revista Investigación Clínica*, 52(2), 140-147.
- Unikel, C., Saucedo, M. T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Revista Salud Mental*, 25(2), 49-57.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapeta, I., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C. & Medina-Mora, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27.
- Vargas, L.A. & Casillas, L. (1993). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto, para empleo en el consultorio y en el campo. *Cuaderno de nutrición*, 16,5, 34-46.
- Vázquez, R., Fuentes, S., Báez, V.M., Álvarez, G. & Mancilla, J.M. (2000). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Revista de Psicología y Salud*, 12(1), 73-82.
- Vázquez, R., Álvarez, G., López, A. X., Ocampo, M.T. & Mancilla, J.M. (2003). Valoración Psicológica y Antropométrica en estudiantes de Danza con Trastorno Alimentario. *Revista de Investigación en Educación*, 1, 177-205.

- Vázquez, R., Galán, J., Álvarez, G., Mancilla, J.M., Franco, K. & López, X. (2004). Validez del Body Shape Questionnaire en mujeres mexicanas. Trabajo presentado en el XII Congreso Mexicano de Psicología, Guanajuato, México.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Franco, K. & Mancilla, J.M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados. *Revista de Psicología Conductual*, 12(3), 415-427.
- Vázquez, R., Mancilla, J.M., Mateo, C., López, X., Álvarez, G., Ruíz, O. & Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Mancilla, J.M. & Ruiz, O. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estético en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 185-197.
- Vázquez, R., Ruíz, O., Mancilla, J.M. & Álvarez, G. (2008). Patrones de consumo alimentario en mujeres y hombres con sintomatología de trastorno alimentario. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(3), 1-11.
- Vázquez, R., Ruiz, O., Álvarez, G., Mancilla, J.M. & Suck, A. (2010). Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual*, 18(1), 105-117.
- Vázquez, R., Aldaco, A.S., Ocampo, M.T., Mancilla, J.M., López, X., Franco, K. & Álvarez, G.L. (2010). Body Dissatisfaction and anthropometric parameters in male adolescents. *International Journal of Hispanic Psychology*, 3(1), 1-16.
- Viadé, S.A. (2003). Psicología del rendimiento deportivo. Barcelona: Uoc.
- Vives, L., Jodar, I.M. & Garcés de los Fayos, E. (2003). Estudio descriptivo de los componentes de la vigorexia: patrones psicológicos asociados desde una

aproximación empírica. Recuperado el 10 de febrero de 2009 de <http://www.unex.es/eweb/cienciadeporte/congreso/pdf>.

Yates, A., Leehey, K. & Shisslak, C.M. (1983). Running - an analog of anorexia? *The New England Journal of Medicine*, 308(5), 251-255.

Yates, D.A. (1991). *Compulsive exercise and the eating disorders*. U.S.A: Brunner/Mazel.