

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

DESEO DE UN MODELO CORPORAL MASCULINO IDEAL



Gilda Gómez-Peresmitré

Imagen corporal y orientación sexual - Gilda Gómez-Perezmitré

PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

**IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN
SEXUAL.
DESEO DE UN MODELO CORPORAL
MASCULINO IDEAL**

Imagen corporal y orientación sexual - Gilda Gómez-Perezmitré

PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

**IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN
SEXUAL.
DESEO DE UN MODELO CORPORAL
MASCULINO IDEAL**

**Gilda Gómez-Peresmitré
(autora y compiladora)**



D. R. © Gilda Gómez-Peresmitré, 2013
ISBN: 978-607-96354-9-7

Editado e impreso por:

Editorial Fénix
Avenida Río Magdalena 101-10
Colonia San Ángel
Delegación Álvaro Obregón
México, D. F.
C. P. 01000
(0155) 55 50 07 53
www.editorialfenix.com
cotizaciones@editorialfenix.com
1.^a edición: abril de 2014

Todos los derechos reservados. Queda terminantemente prohibida, sin la autorización escrita y legal de los autores, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía o el tratamiento informático.

ÍNDICE

Presentación	11
Prólogo	13
Introducción	15
CAPÍTULO 1	
¿Los trastornos de la conducta alimentaria tienen género?	23
CAPÍTULO 2	
Socialización de género y modelos masculinos	35
CAPÍTULO 3	
Investigación relacionada con la primera tendencia actitudinal hacia un modelo masculino ideal	45
3. 1. Imagen corporal, seguimiento de dieta restringida e IMC en niños de primaria	46
3. 2. Obesidad masculina. Autoeficacia percibida para el control de peso en preadolescentes y adolescentes	73
3. 3. Imagen corporal en una muestra de hombres adolescentes	96
3. 4. Modelos estructurales. Factores protectores y de riesgo en trastornos alimentarios en una muestra de hombres deportistas de alto rendimiento	105
3. 5. Modelos estructurales. Papel del afecto negativo como factor de riesgo en el desarrollo de conductas bulímicas en hombres	122
3. 6. Imagen corporal, IMC y atractivo físico en hombres adolescentes de la frontera noroeste mexicana	134
CAPÍTULO 4	
Investigación relacionada con la segunda tendencia actitudinal hacia un modelo masculino ideal	155
4. 1. Imagen corporal y trastornos alimentarios en una muestra de hombres homosexuales	156

4. 2. Estudio comparativo. Imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en hombres homosexuales y heterosexuales. Primer estudio	184
4. 3. Insatisfacción con imagen y partes corporales y actitud hacia el cuerpo masculino en hombres homosexuales y heterosexuales. Segundo estudio	206
4. 4. Insatisfacción con imagen y partes corporales y actitud hacia el cuerpo masculino en hombres homosexuales y heterosexuales. Tercer estudio (estudio en línea)	224
Conclusiones generales	241
Apéndice. Instrumentos de medición	249

Agradecemos el apoyo brindado por IXTLI (2008; 2010)
y PAPIIT IN 304011.

Imagen corporal y orientación sexual - Gilda Gómez-Perezmitré

PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

PRESENTACIÓN

El libro que se presenta aborda el tema de los factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria en el caso de los hombres, una población hasta ahora poco estudiada. Señala, como una de las múltiples y posibles causas de que los hombres sufran cada vez más de esta problemática, el hecho de que ellos se han convertido también, al igual que las mujeres, en objetos de consumo.

Los resultados encontrados en la investigación indican que la naturaleza del proceso global de socialización, desde los puntos de vista biológico, social y cultural, definen lo que deben ser los hombres y las mujeres, así como las formas en las que deben diferir. Entre otros aspectos, muestra que los factores de riesgo en trastornos alimentarios difieren por género plenamente, a partir de la adolescencia.

Aporta información valiosa para prevenir el sobrepeso y la obesidad, poniendo énfasis en que estos problemas se acompañan de un efecto de autopercepción específico de alteración de la imagen corporal, denominado subestimación. Se demuestra además que dicho efecto puede presentarse en niños de corta edad, esto es, desde los nueve años.

El texto proporciona datos que permiten vislumbrar, por un lado, la importancia de empoderar a los niños entrenándolos en el manejo de la autoeficacia como una habilidad psicosocial y cognitivo conductual indispensable para su salud y, por el otro, propone la adopción de la autoeficacia como herramienta principal en la prevención de la obesidad.

Este texto es pionero en México, al haber desarrollado un estudio comparativo, por orientación sexual, de la imagen cor-

poral y de la conducta alimentaria de riesgo. La autora aporta información que demuestra que la orientación sexual per se, no explica las diferencias entre los hombres homosexuales y heterosexuales con respecto, entre otras cosas, a la mayor proclividad que muestran los segundos a desarrollar y mantener trastornos alimentarios y señala como producto de su investigación que es la orientación sexual homosexual, aunada a una imagen corporal negativa, lo que da cuenta de la presencia de las condiciones más negativas, como son la ansiedad, la insatisfacción corporal y el estrés, entre otras.

La calidad de la investigación se ve favorecida por lo que se refiere a los grupos de edad investigados, que abarcan desde niños de primaria, preadolescentes, adolescentes, jóvenes y adultos, así como varones homosexuales y heterosexuales, y también a deportistas; y por los controles establecidos para la realización del análisis de los datos, garantizando de esta manera que los hallazgos hagan señalamientos muy importantes con relación a la posible aparición de los trastornos alimentarios en la población estudiada.

DRA. LUCY M. REIDL MARTÍNEZ
Facultad de Psicología, UNAM

PRÓLOGO

Lo escrito, definitivamente, es la forma más adecuada para difundir las ideas y que éstas adquieran un carácter de permanencia en el tiempo, convirtiéndolo en un referente concreto. De esta manera, presentar un libro siempre es un honor, pero en el presente caso, es un honor y un gran gusto por ser una obra de la doctora Gilda Gómez-Peresmitré; quien se ha distinguido por la calidad de la investigación y sus aportaciones en el área de los trastornos del comportamiento alimentario en México.

Los fenómenos que observamos y describimos dependen de la perspectiva del observador y los investigadores —con mayor difusión— que han escrito sobre los trastornos alimentarios, no son ajenos a ello; comúnmente lo han hecho desde la perspectiva del varón en relación a lo femenino. Esta visión puede ser válida pero limitada. Afortunadamente esta visión ha cambiado en la medida que se incorporan puntos de vista de mujeres que trabajan en las clínicas y la investigación, así como la cultura que media en sus observaciones e interpretación del fenómeno. En esta publicación se presenta la experiencia acumulada sobre investigaciones recientes en torno a factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios en hombres. El capítulo 1, muestra que fueron los hombres y no las mujeres quienes aparecieron por primera vez como pacientes con trastornos alimentarios; en el capítulo 2, se expone una serie de estudios encaminados a mostrar cómo los niños son enseñados a ser niños (hombres) como entes y seres diferentes a los de su contraparte, las mujeres; el capítulo 3, expone resultados sobre el modelo de masculinidad que se relaciona con un cuerpo robusto con músculo; en el capítulo 4, se describen los resultados de cuatro estudios relacionados con el modelo de masculinidad, asociada al deseo de una figura ideal delgada, y en el capítulo 5, se exponen las conclusiones generales

derivadas de capítulos que componen el material de este libro. En esta publicación se ofrece una serie de estudios, diferentes conceptos, métodos e instrumentos de medición relacionados con algunos factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios en hombres.

Finalmente, es de reconocer que esfuerzos como el presente son de gran utilidad, ya que enriquecen las visiones que se tienen sobre esta área de conocimiento, retroalimentando las tareas de investigación, de docencia y de aprendizaje en el ámbito nacional. Por lo anterior, agradezco la invitación para contribuir en esta publicación.

DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

INTRODUCCIÓN

Los hombres y los Trastornos Alimentarios (TA) representan un campo de conocimiento poco abordado, y no es hasta que la complejidad del problema empieza a desbordarse que los expertos dirigen su mirada a éste. Un indicio al respecto es que empieza a salir a la luz que también los hombres se convierten (al igual que las mujeres) en objeto de consumo, que las necesidades y gustos de éstos ya constituyen un poderoso y atractivo marketing, y es así que empieza a surgir la investigación en TA centrada en los hombres. Un ejemplo, entre varios, es el de los veinte años de una conocida revista (*Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*), que celebra su aniversario lanzando un número dedicado, precisamente, a trastornos alimentarios en hombres. Los hombres y los TA como unidad total de estudio exigen una mirada global que coloque a éstos en la interacción de los diferentes espacios y condiciones de su cotidianidad. Así, por ejemplo, un subcampo importante de estudio relacionado con el sexo masculino (niños, adolescentes y jóvenes adultos) es el de la obesidad, enfermedad crónico-degenerativa que se ha convertido en problema de salud pública, teniendo nuestros niños mexicanos, desafortunadamente, el primer lugar de obesidad en el mundo. Y como si esto fuera poco, también representan, potencialmente, la obesidad de los adultos del mañana y estarían así en posición de disputar ese primer lugar a los adultos norteamericanos. Investigar la imagen corporal de varones preadolescentes y adolescentes de diferente peso corporal y el papel predictor del Índice de Masa Corporal (IMC), estudiar la Imagen Corporal (IC) de preadolescentes y adolescentes obesos para determinar, entre otras cosas, cómo se perciben, cómo se afecta su autoestima,

qué factores actúan como protectores contra la obesidad, qué estrategias o habilidades deberán desarrollar para disminuir el riesgo del incremento del peso corporal, adquiere gran relevancia psicosocial. Por ejemplo, como optimizar e implementar la autoeficacia (factor cognitivo conductual) o habilidad social, que como señalan Carpi & Breva (1997) tiene que ver con las motivaciones y acciones de las personas, basadas en las creencias de sus capacidades personales ante la posibilidad de cualquier acción y en las consecuencias que se derivan de sus comportamientos. Se han encontrado puntajes de autoeficacia física y específica más altos en varones que en mujeres, y lo más importante es el papel protector que mantiene contra la ansiedad. Es decir, autoeficacia y ansiedad se relacionan negativamente. De esta manera, los hombres se perciben con mayor autoeficacia para la realización de ejercicio que las mujeres, especialmente en factores emocionales (Astudillo-García & Rojas-Russell, 2006; Balaguer, Escartí & Villamarín, 1995).

Por otra parte, el problema de la restricción alimentaria en el contexto de la obesidad requiere de gran atención, pues, paradójicamente, el mantenimiento de una dieta restringida, ya sea por un tiempo corto o a mediano o largo plazo, provoca cambios internos en el cuerpo y una de las consecuencias es comer sin control (desinhibición alimentaria según Polivy & Herman, 1985) porque este tipo de dieta, dieta restringida, ocasiona apetito y necesidad de ingerir hidratos de carbono, pudiendo inducir a un atracón (*binge eating*) que es considerado, por varios autores, por ejemplo, Crispo, Figueroa y Guelar (1998) una consecuencia natural de la privación alimentaria. Estos temas serán desarrollados en los estudios que siguen, ya que dicha información puede resultar de gran beneficio en la implementación de programas de prevención ad hoc.

Ahora bien, los hombres y las mujeres utilizan diferentes estrategias para cambiar el cuerpo. Los hombres se inclinan más por el ejercicio que por la dieta, y hacia ésta se ven más atraídas las mujeres que hacia el ejercicio (Ricciardelli, 2001). El peso ideal más grande de los hombres permite asumir que servirá como protector contra conductas de dieta, y la evitación de éstas extiende su protección contra los TA y si, además, prefieren el

ejercicio y hacen deporte, entonces se esperaría todavía menor riesgo. Sin embargo, se ha encontrado que el deporte puede jugar un rol protector contra los TA, pero también puede ser un factor de riesgo (Salinas y Gómez-Peresmitré, 2009) ya que la misma participación en ciertos deportes que requieran restricción en el peso como lucha olímpica, atletismo, canotaje, carreras de caballos (*jockeys*) o alguna otra actividad (*ballet*) pueden promover la aparición de los mismos (Andersen, 1999). En el estudio, que en este trabajo se ha dedicado a la comparación de deportistas de alto nivel vs. no deportistas podrá constatar el papel (protector o de riesgo) del deporte en el desarrollo de factores de riesgo en TA, así como la relación entre rasgos de personalidad y el deporte. Sin embargo, como veremos, no todos los hombres prefieren cuerpos robustos o musculados, ya que también hay hombres que, al igual que las mujeres, quieren una figura delgada, pero debe aclararse que están lejos de ser mayoría y se ha encontrado que este deseo de delgadez se encuentra asociado con TA, Anorexia Nervosa (AN) y Bulimia Nervosa (BN), así como con una orientación sexual homosexual (Do Jackson, 2008; Russell & Keel 2002; Toro, Nieves & Borrero, 2010). Esto es, entre los hombres homosexuales o bisexuales existe una propensión a presentar un índice más alto de TA que entre los hombres heterosexuales (Feldman & Meyer, 2007). Algunos investigadores reportan que el rango de hombres homosexuales o bisexuales con AN es de un 20-45% (Russell & Keel, 2002). En un estudio hecho con estudiantes universitarios latinoamericanos, el 58% de los hombres con algún TA eran homosexuales (Toro, Nieves & Borrero, 2010). La gran prevalencia de hombres homosexuales con TA sugiere que éstos tienen una mayor susceptibilidad a desarrollarlo (Do Jackson 2008; Hospers & Jansen, 2005). Según algunas estadísticas, el 10% de las personas con TA son homosexuales (Morgan, 2008). Existe evidencia señalando que los hombres con BN tienen una más alta prevalencia de homosexualidad y que ésta actúa como factor de riesgo para la bulimia en hombres, pero no en mujeres (Carlat & Camargo, 1991). En términos genéricos, puede afirmarse que la orientación sexual tiene un papel predisponente entre los hombres al desarrollo de los TA y que hay una mayor prevalencia de éstos en hombres homosexuales (Hospers & Jansen, 2005).

En relación con estas propuestas de una mayor proclividad de los homosexuales al desarrollo de TA junto con la preferencia de un modelo corporal delgado, se realizaron algunos estudios en grupos de hombres homosexuales comparados con hombres heterosexuales, que se describen más adelante y que, como se verá, son ricos en resultados descriptivos y pioneros en un área no explorada en nuestro contexto sociocultural. Sin embargo, el plus de conocimiento aportado por nuestros hallazgos es que si bien es cierto que la orientación sexual homosexual se asocia con la aparición de TA, no es la homosexualidad per se la causa de éstos. Se requiere además la presencia de una imagen corporal negativa.

Un componente central, no sólo a los desórdenes alimentarios sino en general a los trastornos de la salud mental, es el afecto negativo (actitudes, sentimientos, emociones y conductas) dirigido hacia uno mismo. Éste, contribuye a que el propio cuerpo se transforme en un estímulo promotor de inseguridad, de ansiedad. Si la persona tiene baja autoestima y le disgusta la forma y tamaño de su cuerpo, éste se convertirá en fuente de ansiedad que lo llevará desde evitar un simple reflejo del mismo hasta verse en el espejo. Así, su cuerpo se transformará en un estímulo aversivo, en un estímulo literalmente “doloroso”. La paradoja es que éste, “mi cuerpo” es mi “inseparable yo-corpóreo”, es el que “me contiene”, el que me da presencia. Es esta condición de gran ansiedad la que da lugar, entre otros problemas, a la distorsión de la IC, constituyendo uno de los criterios diagnósticos de los TA (el otro es el de la insatisfacción). De aquí que la IC tenga el potencial de influir en nuestra calidad de vida, influye en lo que pensamos y cómo lo hacemos, cómo nos vemos y lo que sentimos sobre nosotros mismos.

Solano Castillo (2007) plantea que al cuerpo se le ha adjudicado un papel regulador, ya que constituye el centro en torno al cual se construyen los aspectos básicos de lo sociocultural y de lo sociopolítico que definen los perfiles de una forma de ver e interactuar en la vida diaria en donde la apariencia personal forma parte de la consideración de los sujetos. De esta manera, una buena presencia, junto a una buena salud, son aspectos que tienen su propio valor en el entorno social.

Una IC negativa o distorsionada puede afectar a una persona, cognitiva, emocional y conductualmente, hasta el punto de que desarrolle condiciones patológicas como los trastornos alimentarios (Thompson, Coovert, Richards, Johnson & Cattarin, 1995). Explorar el comportamiento de factores de riesgo relacionados con el afecto negativo y conductas alimentarias de riesgo en muestras de hombres debe formar parte de la tarea dirigida a la producción de conocimiento cuyo propósito sea la prevención de los TA en hombres.

De hecho, el propósito central de este trabajo es exponer los resultados de las investigaciones más recientes realizadas en torno a factores de riesgo en el desarrollo de los TA en hombres. Forma parte de los objetivos aportar información que contribuya a fortalecer la fundamentación de la especificidad teórico-metodológica requerida en la búsqueda de soluciones a la problemática masculina relacionada con trastornos de la alimentación.

En los contenidos que forman el cuerpo de este trabajo se exponen las siguientes temáticas: en el capítulo 1 teniendo como propósito responder a la pregunta: ¿Los trastornos de la conducta alimentaria tienen género?, se hace una breve reseña que muestra que fueron los hombres y no las mujeres quienes aparecen por primera vez como pacientes de TA, y cómo posteriormente la atención se fue centrando cada vez más en las mujeres y cómo no sólo se fue dejando fuera (como objeto de estudio en el campo de los TA) a los hombres, sino que se fue caracterizando a los TA, como “trastornos femeninos”. Finalmente, para complementar y cumplir con el propósito propuesto se procede a exponer datos obtenidos a través del proceso de investigación, que muestran la evolución de las respuestas (factores cognoscitivos, actitudinales y conductuales) de diferentes grupos etarios (desde 6 a 9 años, 10 a 12, hasta 13 a 19 años) a las preguntas relacionadas con factores de riesgo en TA. Mostrando, por ejemplo, cómo los niños (as) muy jóvenes (6 a 9 años) responden de igual forma a los factores de riesgo en TA, independientemente del género al que pertenezcan y cómo en la adolescencia se transforman plenamente en dos poblaciones distintas.

En el capítulo 2, “Socialización de género y modelos masculinos” se describe cómo los niños son enseñados a ser hombres como

entes y seres diferentes a los de su contraparte, las mujeres. El propósito es dejar clara la parte de enseñanza/aprendizaje y de modelamiento de los principales agentes socializadores, entre ellos, la familia y los medios de comunicación social (cuya ubicuidad les da mayor poder) con respecto a los modelos, entre ellos el dominante, *el modelo de la masculinidad* frente al cual se afirman, los otros, ya sea por acuerdo o por oposición. Se describen tres tendencias actitudinales hacia un modelo masculino ideal, aunque en el libro sólo se exponen la primera y la segunda tendencias. La primera hace referencia al modelo de la masculinidad (cuerpo robusto con músculo); la segunda, al deseo de una figura ideal delgada; mientras que la tercera busca una figura ideal hipermusculada (trastorno dismórfico muscular). El Capítulo 3 se dedica a la exposición de resultados obtenidos en el proceso de investigación relacionado con la primera tendencia, abarcando seis estudios, siendo los primeros dos: 1. *Imagen corporal, seguimiento de dieta restringida e IMC en niños de primaria* y 2. *Obesidad masculina. Autoeficacia percibida para control de peso en preadolescentes y adolescentes*. El primero se centra en niños de quinto y sexto de primaria (9 a 12 años) y describe cómo se identifican factores de riesgo para el desarrollo de TA y cómo se determina cuál o cuáles predicen IMC; mientras que el segundo estudio se enfoca en niños de 10 a 16 años de edad (quinto y sexto años de primaria y niños de los tres grados de secundaria) obesos y describe la relación entre la habilidad social de autoeficacia y control de peso corporal. En el tercer estudio, *Imagen corporal en una muestra del género masculino*, realizado con estudiantes del bachillerato, con edad promedio de 17 años, se exponen los niveles de satisfacción /insatisfacción y de alteración de la IC; actitud hacia la obesidad/delgadez e importancia atribuida a peso corporal en relación con ser o no atractivo y a la figura o apariencia física en diferentes situaciones de interacción social. El cuarto estudio, *Modelos estructurales. Factores protectores y de riesgo en trastornos alimentarios en una muestra de hombres deportistas de alto rendimiento*, reporta el desarrollo de modelos estructurales que permiten analizar y describir el papel del deporte (de riesgo o protector) en relación con la conducta alimentaria, imagen corporal y rasgos de

personalidad en muestras de deportistas y no-deportistas con un promedio de edad de 15 años en cada grupo. El quinto estudio, *Modelos estructurales. Afecto negativo y conducta bulímica en hombres*, fue realizado con estudiantes (del sexo masculino) del primer año (del área de ciencias sociales con edad promedio de 19 años). En éste se describe el desarrollo de dos modelos, el clásico, el del camino doble, propuesto por Stice (2001) y el de un modelo alternativo de afecto negativo reforzado, en el que se agrega, al factor de depresión, el de estrés, así como los resultados de la comparación de los mismos. En el sexto estudio, *Imagen corporal, IMC y atractivo físico en hombres adolescentes de la frontera noroeste mexicana*, realizado con estudiantes hombres de secundaria (con 14 años de edad promedio) de los tres principales municipios de Baja California, se describe el desarrollo y los resultados de la comparación de la IC (insatisfacción y alteración) así como de la percepción del atractivo físico y de la autoestima teniendo en cuenta el IMC de los adolescentes. El Capítulo 4 abarca cuatro estudios relacionados con la segunda tendencia actitudinal hacia un modelo masculino ideal: 1. *Imagen Corporal y Factores de Riesgo en Trastornos Alimentarios en una Muestra de Hombres Homosexuales (con un rango de 18 a 41 años)* en el que se exponen los niveles de satisfacción/insatisfacción y la relación de la imagen corporal (positiva /negativa) con factores de riesgo asociados con conducta alimentaria, tales como dieta restringida, comer compulsivo, preocupación por el peso y la comida y afecto negativo (estrés y depresión). 2. En el *Estudio Comparativo. Imagen Corporal y Conducta Alimentaria de Riesgo en Hombres Homosexuales y Heterosexuales. Primer Estudio*. Se describen los resultados de la comparación de, imagen corporal e insatisfacción corporal, conductas alimentarias con y sin riesgo (alimentación normal, compulsiva, dieta crónica-restringida y preocupación por el peso y la comida); y afecto negativo (estrés, depresión y ansiedad) manteniendo constante la orientación sexual: homosexuales (27 años promedio) y heterosexuales (24 años promedio) de los participantes. 3. *Insatisfacción con Imagen y Partes Corporales y Actitud hacia el Cuerpo Masculino en hombres homosexuales y heterosexuales. Segundo Estudio*. En éste se describen los resultados de la exploración de la imagen

corporal masculina en hombres homosexuales (con 27 años promedio) y heterosexuales (con 24 años promedio) y del análisis en el que se busca determinar si la orientación sexual se relaciona diferencialmente con insatisfacción, con el cuerpo, con partes corporales, y con la actitud hacia el cuerpo masculino. También se reportan los atributos psicométricos (dimensión factorial, validez de constructo y consistencia interna) obtenidos para los instrumentos con los que se midió insatisfacción con partes corporales y actitud hacia el cuerpo masculino. 4. *Insatisfacción con Imagen y Partes Corporales y Actitud hacia el Cuerpo Masculino en hombres homosexuales y heterosexuales. Tercer Estudio. Estudio en Línea (Online)*. Se describen los resultados obtenidos de la comparación de las respuestas del segundo estudio vs. el tercero, en el que se utilizó un diferente método de recolección de datos (vía Internet) manteniéndose iguales las otras condiciones, mismos instrumentos, misma orientación sexual: homosexuales (24 años promedio) vs. heterosexuales (29 años promedio); mismos factores de estudio, etc. Finalmente, en el Capítulo 5 se exponen las conclusiones generales derivadas de los diferentes capítulos que componen el material de este libro.

DRA. GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ
División de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Psicología, UNAM

1. ¿LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TIENEN GÉNERO?

GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ

Durante muchos años se pensó que los Trastornos Alimentarios (TA) hacían referencia a problemas patológicos inherentes al sexo femenino y que es recientemente cuando se empieza a relacionar al sexo masculino con esta patología. Por tal razón, no deja de sorprender que Andersen (1990) afirmara que la Anorexia Nervosa (AN) y la Bulimia Nervosa (BN) en los hombres, había sido por más de trescientos años, una fuente de interés y controversia y que uno de los primeros dos reportes de AN (Morton, 1694) fuese el de un hombre.

Sin embargo, también es igual o más sorprendente que en los últimos años, estemos siendo testigos del *boom* mediático masculino, que deja ver que el hombre también se ha convertido en objeto de consumo y que responde a la presión social con sintomatología alimentaria y problemas con la imagen corporal como las mujeres *pero no igual que ellas*.

Consecuencias del pensamiento que acota los trastornos alimentarios como inherentes al género femenino

Una de las consecuencias de considerar por tan largo tiempo que los TA eran privativos de la mujer se ha visto reflejada en las estadísticas epidemiológicas de los mismos. Por ejemplo, en la década de los noventa, en Estados Unidos de Norteamérica, las estadísticas señalaban una razón de 10 mujeres con AN por 1 hombre (10:1) (Gross & Rosen, 1988; Rastam, Gilberg & Garton, 1989) o hasta de 16:1 (Vandereycken & Van Den Brouche, 1984). Es claro que esto no era totalmente cierto y que seguramente había más hombres, pero éstos no iban a las clínicas por tener “enfermedades de mujeres”. Las estadísticas de población comunitaria que muestran proporciones mayores de hombres con TCA, de un 5% a 10% de hombres con AN (Crisp, *et al.* 2006) y de 10% al 15% hombres con BN (Carlat & Camargo, 1981) no hacen sino confirmar esta idea de que los

hombres no solicitan ayuda al respecto, por cuestiones de identidad de género. Sin embargo, las cosas han cambiado y las estadísticas más recientes dadas por Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007), refieren que el 25% de todos los casos de trastornos alimentarios son de hombres, elevándose así la tasa de prevalencia de hombres diagnosticados con trastornos alimentarios del 10% al 25% en la última década. También se ha visto afectado el conocimiento generado en torno a estos trastornos de la alimentación en el género masculino, ya que sufre de serias carencias teóricas, son escasos los estudios empíricos y no se cuenta con instrumentos ad hoc a las necesidades y especificidades de dicho género. Se desconoce lo que sucede entre los hombres, así como lo que comparten hombres y mujeres como género humano, y debe destacarse de manera muy especial el papel que tal desconocimiento juega en el mantenimiento de prototipos del rol tradicional atribuido a estereotipos femeninos. De tal manera que estar preocupado por el peso o la comida, o bien estar insatisfecho con la imagen corporal se ha etiquetado como conductas, problemas o desórdenes femeninos (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2000) y lo mismo se hace con respecto a los TA, como la anorexia y la bulimia nervosas que abarcan dietas restringidas, ayunos, saltarse comidas, atiborrarse de comida, provocarse vómito y otras similares (Boskind-White & White, 1986; Cash, Counts & Huffine, 1990; Halmi, Casper, Eckert & Goldberg, 1979). Entonces, puede esperarse que los hombres “eliminen”, “no vean” estas conductas, estas actitudes o ambas como propias, como parte de sus respuestas, y es así como se puede entender, entre otras cosas, que: a) sujetos del sexo masculino diagnosticados con algún TA hayan ingresado a la clínica por otros problemas de salud, por ejemplo, endocrinos o gastrointestinales (Romero, 1999a); y b) se resistan a buscar tratamiento (Andersen, 1990; Gómez-Peresmitré, 1995; Margo, 1987). Así pues, es evidente la dificultad que implica la evaluación, el diagnóstico y referencia de los TA en el sexo masculino, así como el incremento en el riesgo de complicaciones médicas (Siegel, Hardoff, Golden & Shenker, 1995).

En suma, pareciera ser que los resultados encontrados en la población masculina desanimaron, desde los inicios de este campo de estudio a los investigadores, quienes, en cambio, se entusiasmaron con los que aportaba la otra gran parte de la

humanidad, las mujeres. En la práctica, los hombres fueron dejados de lado (Gómez-Peresmitré, *et al.*, 2000). Se estableció, así, una tendencia a excluirlos de las investigaciones (Arnow & Agras, 1992; Berkowitz, Stunkard & Stallings, 1993). Y si a nivel internacional el estado del arte de los TA en hombres es pobre, en México la información al respecto es todavía más deficiente.

Factores de riesgo

En México, al igual que en otros países con economías emergentes, no se cuenta con estadísticas epidemiológicas de los TA, aunque se ha venido dando prioridad a la prevención de éstos. De aquí que la investigación e intervención estén mayoritariamente enfocados a la detección y eliminación de los factores de riesgo. Esto es, con la prevención se busca reducir la incidencia y la prevalencia de los TA mediante la reducción de los factores de riesgo y el incremento de la resiliencia y/o de los factores protectores.

En el campo de estudio de la salud, una parte importante del conocimiento logrado en relación con una problemática determinada está representado por los avances que se producen no sólo en la detección y tratamiento de dicha problemática sino también por la capacidad de predicción y prevención alcanzada. Forma parte de éstas el esclarecimiento de los factores facilitadores (de riesgo), así como de los protectores contra la enfermedad. Factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo, contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo. Esto, en la medida en que vulnerabiliza al individuo, incrementa la probabilidad de enfermedad y facilita las condiciones para la manifestación de la misma (Gómez-Peresmitré, 2001). Lemos (1996), define *riesgo* como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado. Es importante señalar, siguiendo a Coie *et al.* (1993), que los factores de riesgo guardan relaciones complejas con los trastornos clínicos, por lo que éstos están relacionados con diferentes factores de riesgo y no con uno sólo. Sin embargo, como señalan los mismos autores, la probabilidad de desarrollar alguna alteración es el resultado

de la interacción entre disposiciones personales y factores de riesgo. Así, la exposición a diversos factores de riesgo tiene efectos acumulativos, ya que parecen tener efectos aditivos sobre la vulnerabilidad: la probabilidad de enfermar es proporcional al número y severidad (duración y la toxicidad) de los factores de riesgo, pero también diversos trastornos comparten ciertos factores de riesgo que son antecedentes comunes. Puede vislumbrarse, entonces, que la comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria exige una perspectiva multidimensional e interaccional (factores de riesgo de orden diverso con interacciones complejas).

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de los TA, el más ampliamente reconocido, como tal, es el seguimiento de dieta restringida (para el control o reducción de peso). Debe hacerse notar que las personas que no poseen conocimiento especializado al respecto de los TA suelen encontrar extraño que calificuemos el seguimiento de dieta restringida como factor de riesgo para desarrollar un TA, argumentando que es “normal”, “sano” y hasta “deseable” que las personas con problemas de peso, sobrepeso y obesidad hagan dieta. Al respecto habría que señalar la complejidad (multicausalidad) de dicha conducta alimentaria. El dietante restringe su ingesta, porque se encuentra insatisfecho con su imagen corporal. Una buena parte de su tiempo y pensamiento giran en torno a la comida; vive preocupado por forma y tamaño de su cuerpo, tiene miedo de subir de peso, etc., etc. Es decir, “hacer dieta” conlleva implicaciones que rebasan el mero hecho de cuidar y disminuir la ingesta alimentaria, porque de inicio no lleva propósitos de salud, porque la misma imposibilidad de lograrla y la alta frecuencia con la que se convierte en una cadena de intentos frustrados y las consecuencias a las que conducen estas “mini-dietas hiper-restringidas”, pueden constituir un alto riesgo para el desencadenamiento de los TA.

Diferentes investigadores han encontrado que restringir la alimentación lleva a la desinhibición en el comer o a la sobrealimentación y que esto precede el desarrollo de desórdenes sin importar la edad del dietante (Herman & Polivy, 1980; Polivy & Herman, 1985; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986).

De acuerdo con Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling (1990), el riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos a los 15 años, es 8 veces mayor que el de los no dietantes. Resulta cada vez más evidente que los niños están adquiriendo la neurosis de los adultos, la obsesión por un peso y forma corporal tendiente hacia una delgadez difícil de alcanzar. Pero, ¿a qué edad adquieren importancia los intereses relacionados con “hacer dieta”? En varios estudios se reporta (por ejemplo, Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998; Hill, Rogers & Blundell, 1989; Moore, 1988; Mokbel, Hodges & Ollendick, 1992) que tal situación tiene lugar entre los 11 y 12 años.

Evolución de los factores de riesgo

En un estudio dirigido a la detección de Factores de Riesgo (FR) se trabajó con una $n=8673$ hombres y mujeres distribuidos en tres diferentes etapas de vida, prepúberes, de 6 a 9 años, ($n=479$); púberes, de 10 a 12 años ($n=2694$); y adolescentes de 13 a 19 años ($n=5500$). Lo importante a destacar es que al revisar la prevalencia de los FR se pudo ver, al mismo tiempo, la evolución de éstos: por ejemplo: 1) Se encontró que entre los más jóvenes, los niños y las niñas no muestran diferencias, en la gran mayoría de dichos FR, constituyendo así una misma población.

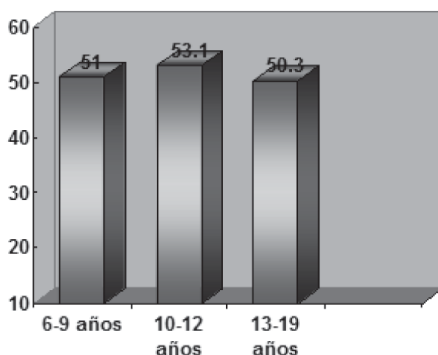


Figura 1. Distribución porcentual de la variable dieta restringida. Sexo femenino.

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

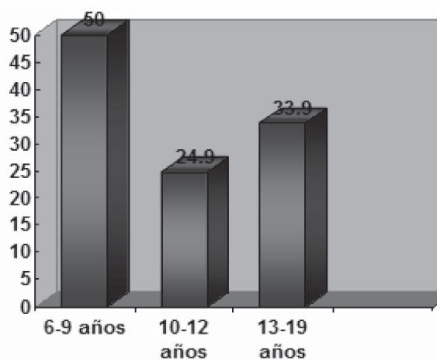


Figura 2. Distribución porcentual de la variable dieta restringida. Sexo masculino.

Fuente: Gómez-Peresmitré, Alvarado, Hernández, Saloma y Pineda (2001).

En el FR de dieta restringida (ver Figuras 1 y 2) puede observarse, en el grupo de los más jóvenes, el mismo porcentaje de dietantes hombres y mujeres, y puede verse, en el grupo de hombres, cómo estos porcentajes difieren significativamente en los otros grupos etarios.

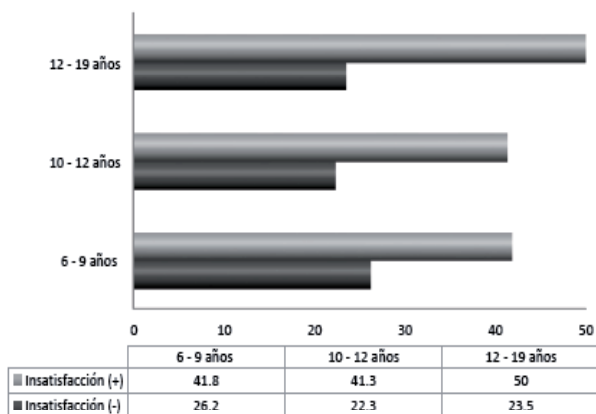


Figura 3. Distribución porcentual de la variable insatisfacción con la imagen corporal. Sexo femenino.

¿LOS TCA TIENEN GÉNERO?

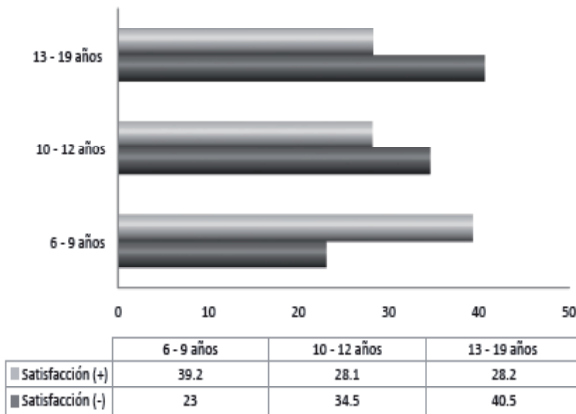


Figura 4. Distribución porcentual de la variable insatisfacción con la imagen corporal. Sexo masculino.

Fuente: Gómez-Peresmitré, Alvarado, Hernández, Saloma y Pineda (2001).

Puede observarse que la insatisfacción con la IC, en el grupo etario de 6 a 9 años, es similar para los niños y las niñas (porcentajes mayores para la insatisfacción positiva, esto es, su insatisfacción se debe a que quieren estar más delgados), lo que no sucede cuando se comparan los otros grupos etarios. Entre los hombres a partir de los 10 años los porcentajes más altos se encuentran en insatisfacción negativa (desean un cuerpo más fornido) a diferencia de lo que se aprecia en el grupo de mujeres (ver Figuras 3 y 4).

Los niños en la cultura de la delgadez

Asimismo, la investigación señala que desde los 6 años tanto los niños como las niñas ya están inmersos en la cultura de la delgadez, manifestando actitudes negativas hacia la obesidad (ver Figura 5). Esto es, niños y niñas piensan igual con respecto a la obesidad. En la recolección de datos se daba a los niño(a)s una “frase incompleta”, por ejemplo: “un niño (o una niña) gordo(a) es...” y se les pedía que la completaran. Las respuestas emitidas con mayor frecuencia

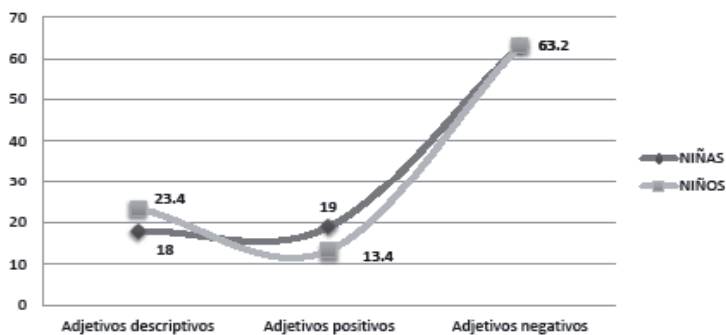


Figura 5. Distribución de la variable “Un niño gordo es...” Muestra de pre-púberes.

Fuente: Gómez-Peresmitré, Alvarado, Hernández, Saloma y Pineda (2001).

se dividieron en tres categorías: 1) adjetivos descriptivos o neutros (e. g., grande, pesado); 2) adjetivos positivos (e. g., alegre, de buen carácter; y 3) adjetivos negativos, con el porcentaje más alto (e. g., feo, tonto, prieto y asqueroso). Estos resultados probaron, empíricamente, además de la existencia de una actitud muy negativa hacia la obesidad, que el término “gordo” es peyorativo. Otras investigaciones lo confirmaron, por ejemplo, el porcentaje de respuestas negativas era significativamente mayor si se utilizaba la palabra “gordo” que palabras tales como, “obeso”, “subir de peso”, “peso alto” (Gómez-Peresmitré, Saucedo & Unikel, 2001).

Se ha encontrado que en la pubertad se inicia la diferenciación. Es la pubertad misma la que establece la diferencia: en los hombres ocurre en *promedio 1 o 2 años más tarde que en las mujeres*; la pubertad representa, para las niñas, por sus implicaciones hormonales entre otras cosas, la etapa de vida de mayor peligro para el desarrollo de factores de riesgo en TA y posiblemente no exista otro momento de mayor insatisfacción corporal. Debe considerarse que la niña ha vivido, por lo menos 10 años inmersa y socializada en la cultura de la delgadez y que llega a la pubertad con la expectativa de un cuerpo como el de su Barbie y se encuentra que, lejos de eso, empieza a acumular grasa (en el busto, caderas y en otras áreas que constituyen el perfil de la madurez sexual en la mujer).

En cambio, para los chicos la pubertad es un período de crecimiento y estiramiento; crecen, pero su cuerpo no acumula células grasas, y éste se prepara para empezar a formar músculo. Las más grandes diferencias entre los niños y las niñas se producen en la maduración temprana: las chicas pueden tener una madurez sexual temprana (8-10 años) a tiempo (11 -13 años) y tardía (>13 años). Sólo pensemos, cómo se puede sentir una niña de 9 años con cuerpo de mujer; así, mientras que en este proceso las niñas pierden autoestima los chicos la ganan, e incrementan su fuerza emocional. Si a los 11 años un chico experimenta la maduración sexual a esa edad se siente todo un hombre y sus pares que todavía no maduran lo admiran.

En la adolescencia se afirma la diferencia entre géneros. Es hasta la adolescencia cuando los niños y las niñas se establecen claramente como dos poblaciones distintas. Las implicaciones de esta afirmación son de gran importancia para el conocimiento de los TA en hombres. Nos hablan de la especificidad que los instrumentos, pruebas y demás, deberán cubrir con respecto al mundo masculino, so pena de poner en riesgo la validez de ese conocimiento. Entonces podemos concluir respondiendo a la pregunta planteada al inicio, *como una primera aproximación de respuesta, que los trastornos alimentarios tienen género.*

Referencias bibliográficas

- Andersen, A. (1990). *A Proposed Mechanisms Underlying Eating Disorders and Other Disorders of Motivated Behavior*, Nueva York: Brunner/Mazel, 221-254.
- Arnow, B. & Agras, W.S. (1992). Binge eating among the obese: a descriptive study, *Journal of Behavioral Medicine*, 15 (2), 155-170.
- Berkowitz, R., Stunkard, V. & Stallings, A. (1993). Binge eating disorder in obese adolescent girls, *Annals of the New York Academy Science*, 699, 200-206.
- Boskind-White, M. & White, W. C. (1986). Bulimarexia: A historical-sociocultural perspective, en Brownell, K. D. y Foreyt, J. P. (eds.), *Handbook of Eating Disorders: Physiology,*

- Psychology, and Treatment of Obesity, Anorexia, and Bulimia*, New York: Basic Books.
- Carlat, D. J. & Camargo, C. A. (1981). Review of bulimia nervosa in males, *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Cash, T. F., Counts, B. & Huffine, C. F. (1990). Current and vestigial effects of overweight among women: fear of fat, attitudinal body image, and eating behaviors, *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 12 (2), 157-167.
- Coie, J., Watt, N., West, S., Hawkins, D., Asarnow, R., Markman, H., et al. (1993). The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program, *American Psychologist*, 1013-1022.
- Crisp, A., Gowers, S., Joughin, N., McClelland, L., Rooney, B., Nielsen, S., et al. (2006). Anorexia nervosa in males: similarities and differences to anorexia nervosa in females, *European Eating Disorders Review*, 14, 163-167.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal, *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-198.
- _____ & Acosta, M. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España, *Clínica y Salud*, 11, 35-58.
- _____, Alvarado, H., Moreno, L., Saloma, S., & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes, *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.
- _____ y Ávila, E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad, *Revista Iberoamericana*, 6, 10-22.
- _____, Saucedo, M. T. & Unikel, S. C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud, en Calleja N. y Gómez-Péresmitré. G. (eds.), *Psicología social: investigación y aplicaciones en México* (267-315), México: Fondo de Cultura Económica.
- Gross, J. & Rosen, J. (1988). Bulimia in adolescents: Prevalence and psychosocial correlates, *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1), 51-61.
- Halmi, K., Casper, E., Eckert, S. & Goldberg, D. (1979). Unique

- features associated with age of onset of anorexia nervosa, *Psychiatric Res.*, 1 (2), 209-215.
- Herman, C. P. & Polivy, J. (1980). *Restrained eating. Obesity*, 208-225.
- Hill, A., Rogers, P. & Blundell, J. (1989). Dietary restraint in young adolescent girls: A functional analysis”, *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 165-167.
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H. & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Biological Psychiatric*, 61 (3), 348-358.
- Lemos, S. (1996). *Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes: psicopatología en niños y adolescentes*, Madrid: Pirámide.
- Margo, J. L. (1987). Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients, *British Journal of Psychiatry*, 151, 80-83.
- Moore, D. (1988). Body image and eating behavior in adolescent girls, *American Journal of Child Disorders*, 142, 1114-1118.
- Morton, R. (1694). *Physiology or a Treatise of Consumption*, London: Smith y Walford.
- Mokbel, C., Hodges, P. & Ollendick, T. (1992). Self-concept, eating attitudes, and dietary patterns in young adolescent girls, *Academic Journal*, 39 (5), 338.
- Patton, G., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. & Wakening, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls a prospective epidemiological study: outscore twelve-month follow-up, *Psychological Medicine*, 20, 383-394.
- Polivy, J. & Herman, C. (1985). Dieting and bingeing: a causas analysis, *American Psychology*, 40, 193-201.
- Rástam, M., Gillberg, C. & Garton, M. (1989). Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population-based study, *British Journal of Psychiatric*, 155, 642-64.
- Romero, E. (1999). *As dimensoes da vida humana: existencia e experiencia*, Sao José dos Campos: Novos Horizontes.
- Siegel, J. H., Hardoff, D., Golden, N. H. & Shenker, I. R. (1995). Medical complication in male adolescents with anorexia nervosa, *Journal of Adolescent Health*, 16 (6), 448-453.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia, *American Phycologist*, 41(3), 246.

Vandereycken, W., & Van Den Brouche, S. (1984). Anorexia nervosa in males, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70 (5), 447-454.

2. SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO Y MODELOS MASCULINOS

GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ

En la socialización de género, el niño aprende a ser un niño, como una entidad diferente a lo que es ser niña. Primero y a profundidad ese aprendizaje lo hace en el seno de la familia. Ésta es la institución socializadora con efectos a temprano y largo plazo. La complementan la escuela, los padres, y los medios de comunicación social, entre otros, quienes también actúan como agentes socializadores y en su conjunto se encargan de que el niño “interiorice” la masculinidad (“piense”, “sienta” y “actúe” como “hombre”).

Modelo de la masculinidad

A lo largo de la historia, en diferentes sociedades y culturas falocéntricas, la masculinidad ha estado relacionada con el poder y con lo que esto implica: libertad, de acción y de decisión (autonomía y dominio) agresividad, fuerza y racionalidad, mientras que la feminidad se asocia con la sumisión, la abnegación, la dependencia, a la expresividad y a los afectos, así como al cuidado de otros (Helmreich & Spence, 1978).

En nuestra cultura, por ejemplo, se encuentra que los estereotipos sobre los hombres están ligados directamente con actividades de tipo productivo, y se encaminan a comportamientos específicos como la manutención y provisión de la familia y con la posesión de rasgos como ser independientes, fuertes, dominantes, agresivos, competitivos, trabajadores, etc. (Díaz, Rocha & Rivera, 2004).

Así pues, al hombre se le “enseña”, entre otras cosas, que músculo es igual a fuerza y ésta es lo mismo que hombría y virilidad. En general, a un hombre con cuerpo mesomorfo (fornido sin grasa) se le percibe y se le atribuye, una gran variedad de valores sociales.

De esta manera, se aprende y se generaliza, gracias al efecto del halo, que si se posee un cuerpo “masculino” (o lo que es lo mismo, “musculado”) entonces, no sólo se es “más hombre”, por supuesto

se es más “atractivo,” y no se diga, también se es más “inteligente”, “competitivo”, “independiente” “trabajador”, “exitoso”, “honrado” y todos los atributos positivos que se quiera. En el pasado se decía que el hombre debía ser “feo”, “fuerte” y “formal”, o bien se daba por sentado que era feo y se le comparaba con animales de fuerza imponente “el hombre es como el oso, entre más feo más hermoso”.

Tenemos entonces que, antes como ahora, se vende la idea que *enfatisa la masculinidad como el ideal del deseo corporal entre los hombres* (Gómez-Peresmitré, 2011).

De hecho, señalan Toro, Nieves y Borrero (2010) que éste es el modelo de la masculinidad dominante. Es un referente sobre lo que se espera y debe ser el hombre y que la presión social de los medios difunde como: fuerza física o atlética, fortaleza, agresividad, competitividad e independencia. Toro *et al.* (2010) reportan al respecto, como uno de los resultados de su investigación realizada con universitarios, que el 73% de los hombres heterosexuales mostraron una alta adherencia a este tipo de masculinidad. Sin embargo y por diversas razones que entran en juego, el modelo de la masculinidad dominante va dando paso a otros con carga más emotiva y sentimental, que comienzan a poseer valores y rasgos que sólo se vinculaban con la mujer (Rey, 1994; 2008). Un ejemplo de esto es el modelo andrógino (de apariencia delicada, pero heterosexual) físicamente esbelto y psicológicamente con mayor adaptabilidad, emocionalmente más saludable que aquellos que restringen su conducta a los patrones de los roles sexuales tradicionales (Bem, 1974).

Modelos fitness, metrosexual y ubersexual

Otro modelo, que forma parte del de masculinidad dominante, es el *fitness*, mesomorfo, atlético y sin grasa (el torso en forma de “v”), abdominales sin grasa y marcados, la denominada popularmente “tableta de chocolate”, brazos fuertes con bíceps y tríceps bien definidos y piernas bien formadas, fuertes y atléticas (Goetzinger, Gurung, Otto, Stowe & Williamson, 2002; Pérez-Gauli, 2000) y los de más reciente data son los modelos metrosexual y ubersexual, que reflejan una tendencia actual y creciente de los hombres por

cuidar su apariencia física. Al igual que la mujer más “coqueta”, los hombres de la posmodernidad se depilan, se encreman, perfuman, broncean, etc., y al igual que las mujeres, también recurren a arreglos más drásticos, por ejemplo: liposucción, implantes y demás, que le ofrecen los avances de la cirugía plástica (ver, por ejemplo, Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos y Fundación Educativa de Cirugía Plástica, 2000) dejando muy atrás aquello de las “tres Fs” (Gómez-Peresmitré, 2011). Los metrosexuales, aunque de “apariencia afeminada”, son, en su gran mayoría heterosexuales, y los ubersexuales con igual cuidado por su apariencia son, sin embargo, más varoniles, convirtiéndose en modelos sociales imitados y deseados (Boon & Lomore, 2001; Gómez-Peresmitré, 2011; Pérez-Gauli, 2000; Rey, 1994). Un modelo más (¿será el inicio de un nuevo modelo, uno plástico?) que surge como una rara combinación de los tres modelos, fitness, metrosexual y ubersexual, toma cuerpo en la historia de un joven neoyorquino de 32 años, conocido como *el primer Ken humano* que ha centrado su vida en torno a una sola meta, parecerse al novio de la muñeca Barbie, para lo cual (<<http://elmundo.com.sv/barbie-y-ken-humanos-se-acusan-de-artificiales>>; (<http://www.montevideo.com.uy/nottiempolibre_191140_1.html>)) se ha sometido a 90 operaciones quirúrgicas por todo su cuerpo y no piensa dejar de hacerlo hasta haber conseguido lo que él llama: *la perfección de la belleza masculina*.

Por último, puede decirse que entre los hombres, a diferencia de las mujeres que sólo quieren ser más delgadas independientemente del peso real que tengan, pueden distinguirse tres principales tendencias en la búsqueda del modelo corporal masculino ideal, dejando claro que otros investigadores pueden distinguir más o posiblemente menos categorías en las tendencias actitudinales hacia dicho modelo.

Primera tendencia

Ésta hace referencia a una figura ideal dominante, mesomorfa, gruesa, por supuesto con músculo y sin grasa (Furnham, Babmin & Sneade, 2002; Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya & Unikel, 2000; Gómez-Peresmitré, Jaeger, Pineda & Platas,

2010; Leit, Pope & Gray, 2001), aunque como lo señalan Gray & Ginsberg (2007) se ha venido incrementando, en las últimas décadas y la proporción de insatisfechos con su cuerpo (peso y forma). Parece ser que los hombres quieren, mayoritariamente, una figura atlética con más músculo, hombros, espalda ancha y cintura delgada, es decir, aumento de masa y tono muscular (Abel & Richards, 1996; Arroyo, Ansotegui & Rocandio, 2008; Bruchon-Schweitzer, 1992; Carlson & Crawford, 2005; Kostanski *et al.*, 2004; McCabe y Ricciardeli, 2001, 2003; McCabe & Vincent, 2002; McCrary & Seasse, 2000; Mulasi-Pokhriyal & Smith, 2010; Tantleff-Dunn & Thomson, 2000; Pope, *et al.*, 2000; Raevouri, Keski-Rahkonen, Bulik, Rose, Rissanen & Kaprio, 2006).

Segunda tendencia

Está dirigida, al igual que la de las mujeres, hacia el deseo de una figura ideal delgada, y se ha encontrado que este deseo de delgadez está asociado con trastornos de la conducta alimentaria, así como con una orientación sexual homosexual (Do Jackson, 2008; Feldman & Meyer, 2007; Garner, *et al.*, 1983; Schneider & Agras, 1987; Russell & Keel 2002; Toro, Nieves & Borrero, 2010; Yager *et al.*, 1988). La orientación sexual se refiere, según Carroll (2005) al género (o los géneros), al que el individuo se siente atraído emocional, sexual y románticamente. La homosexualidad puede entenderse como la inclinación interna y estable a desear afectivamente a personas del mismo sexo, con independencia de su manifestación en prácticas sexuales (Baile, 2008).

Tercera tendencia

Se identifica con una figura ideal hipermusculada (Pope, Katz & Hudson, 1993; Pope, Olivardia, Gruber & Borowiecki, 1999) que puede denominarse extrema, y como tal patológica, que va más allá del deseo de un cuerpo masculino fuerte, mesomorfo. Esta tendencia se establece, más bien, como una obsesión (ideas en torno a un cuerpo hiper-musculado) cuyo lema podría ser “entre más grande mejor” (Furnham, Badmin & Sneade, 2002) y como compulsión (prácticas repetitivas, ejercicio extremo, hiperingesta de alimentos

y uso de hormonas y sustancias que incrementan la masa muscular) y así, como entre las mujeres nunca se alcanza la delgadez esperada, entre ellos nunca se alcanza el músculo deseado, esto es nunca se tiene suficiente músculo (Furnham *et al.*, 2002; Leit *et al.*, 2002) y vía este modelo inalcanzable se instala la patología, “anorexia inversa”, o “trastorno dismórfico muscular” o bien, “vigorexia”, cuya denominación, como puede verse, todavía no alcanza consenso ni reconocimiento para aparecer en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés).

En términos generales y de manera sumaria puede describirse el perfil general de los hombres con Trastorno Dismórfico Muscular (TDM); distorsión y subestimación de la IC, insatisfacción con la forma y tamaño corporal (IC negativa) baja autoestima, problemas de inadaptación, autoperfeccionismo, depresión y ansiedad y cuerpo con un exagerado desarrollo muscular con un Índice de Masa Libre de Grasa (*Fat-Free Mass Index=FFMI >26*), y que ellos autoperciben como un cuerpo delgado y pequeño. Parece ser que esta percepción sirve como un mecanismo de defensa que permite seguir con la rutina intensiva de ejercicio y el consumo de químicos y alimentos especiales.

El TDM es mejor entendido como una forma del desorden obsesivo-compulsivo (Pope, Phillips & Olivardia, 2000), esto es, una forma de pensar (obsesión por incrementar cada vez más la masa muscular) y una forma de hacer (muchas horas en el gimnasio, por lo general, levantando pesas; ingesta de dietas especiales y consumo de sustancias sintéticas, anabolizantes y esteroides así como de hormonas, testosterona, es decir hace uso de sustancias ergogénicas para desarrollar y agrandar el cuerpo). Sentirse demasiado pequeño o inadecuadamente musculoso es el foco principal de tal preocupación y de dichas conductas.

La investigación al respecto reporta que 1 de cada 10 usuarios de gimnasios experimenta preocupación grave con su imagen corporal; en tanto que otros estudios que han detectado la sintomatología de TDM identificaron su presencia en 3 de cada 10 usuarios varones (Zavala *et al.*, 2008), o bien, en uno de cada dos (Larios, Álvarez, Escoto, Franco & Mancilla, 2009). Llegados a este punto debe aclararse que en este trabajo nos dedicaremos sólo a las dos primeras tendencias.

Referencias bibliográficas

- Abell, C. & Richards, M. H. (1996). The relationship between body shape satisfaction and self-esteem: an investigation of gender and class differences, *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 691-703.
- Arroyo, M., Ansotegui, L. & Rocandio, A. (2008). *Imagen corporal en hombres jóvenes*, Facultad de Farmacia, Departamento de Nutrición y Bromatología, 9, 11-23.
- Baile, J. I. (2008). *Estudiando la homosexualidad*, España: Pirámide.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (2), 155-162.
- Boon, S. & Lomore, C. (2001). Admirer-celebrity relationship among young adults. Explaining perceptions of celebrity influence of identity, *Human Communication Research*, 27 (3), 432-465.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*, Barcelona: Herder.
- 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.
- Carroll, J. (2005). *Sexuality Now: Embracing Diversity*, Wadsworth/Thomson: Learning Belmont.
- Díaz-Loving, R., Rocha Sánchez, T. E. & Rivera Aragón, S. (2004). Elaboración, validación y estandarización de un inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad, *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 263-276.
- Do Jackson, C. (2008). *Exploration of Factors Associated with Eating Disorders in Gay Men*, dissertation doctoral, University of Iowa.
- El Mundo* (2013). <<http://elmundo.com.sv/barbie-y-ken-humanos-se-acusan-de-artificiales>>.
- Feldman, M. & Meyer, I. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations, *The International Journal of Eating Disorders*, 40 (3), 218-226.
- Furnham, A., Badmin, N. & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-

- esteem, and reasons for exercise, *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 13 (6), 581-596.
- Garner, M., Olmsted, P. & Polivy, J. (1983). The eating disorder inventory: a measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia, *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, 3, 173-184.
- Gray, J. & Ginsberg, L. (2007). Muscle dissatisfaction: an overview of psychological and cultural research and theory, *American Psychological Association*, 265, 15-39.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, M., Jáuregui, J., Tafoya, A. & Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras del género masculino, *Psicología Contemporánea*, 7, 4-15.
- _____ (2010). Realidad virtual. Promoción de la diversidad corporal y prevención /educación de trastornos de la imagen corporal en hombres adolescentes, Proyecto IXTLI.
- _____ (2011). Imagen corporal. ¿Qué quieren los hombres? Conferencia magistral presentada en el II Ciclo de Investigación en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- Goetzinger, L., Gurung, R., Otto, J., Stowe, A., & Williamson, L. (2002). Manipulating social physique anxiety: clotng and feedback, in paper submitted for presentation at the annual meeting of the American Psychological Association, Chicago, IL.
- Helmreich, R. L. & Spence. T. (1978). The work and family orientation questionnaire (wofq): an objective instrument to assess components of achievement motivation and attitudes towards family career, *JAS Catalogue of Selected Documents in Psychology*, 8, 201 -205.
- Kostanski, M., Fisher, A., & Gullone, E. (2004). Current conceptualization of body image dissatisfaction: have we got it wrong?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (7), 1317-1325.
- Leit, R. A., Gray, J. J. & Pope, H. G. (2002). The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia?, *International Journal of Eating Disorders*, 31 (3), 334-338.

- _____, Pope, H. G. & Gray, J. J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of playgirl centerfolds, *International Journal of Eating Disorders*, 29 (1), 90-93.
- Larios, M., Álvarez, G., Escoto, M. C., Franco, K. & Mancilla, J. M. (2009). Imagen corporal, perfeccionismo y síntomas de dismorfia muscular en usuarios de gimnasios: Comparación por género, trabajo presentado en el XVII Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco, México.
- McCabe, M. P. & Vincent, M. A. (2002). Development of body modification and excessive exercise scales for adolescents, *Assessment*, 9 (2), 131-141.
- _____, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2001). Parent, peer and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls, *Adolescence*, 36, 225-40.
- _____. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls, *Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls, *Journal of American College Health*, 48, 297-304.
- Montevideo (2013). <http://www.montevideo.com.uy/nottiempolibre_191140_1.html>.
- Mulasi-Pokhriyal, U. & Smith, C. (2010). Assessing body image issues and body satisfaction/dissatisfaction among American children 9–18 years of age using mixed methodology, *Body Image*, 7 (4), 341-348.
- Pérez-Gauli, J. C. (2000). *El cuerpo en venta: relaciones entre arte y publicidad*, Madrid: Cátedra.
- Pope, H., Katz, D. & Hudson, J. (1993). Anorexia nervosa and 'reverse anorexia' among 108 male bodybuilders, *Comprehensive Psychiatry*, 34 (6), 406-409.
- Pope, H. G., Olivardia, R., Gruber, A. & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys, *International Journal of Eating Disorders*, 26 (1), 65-72.
- Pope, H., Phillips, K. & Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: the Secret Crisis of Male Body Obsession*, New York: The Free Press.

- Raevouiri, A., Keski-Rahkonen, A. Bulik, C. M., Rose, R. J., Rissanen, A. & Kaprio, J. (2006). Muscle, dissatisfaction in young adult men, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2 (6), 1-8.
- Rey, J. (1994). Los metrosexuales y ubersexuales como artefactos publicitarios, *Revista Científica de Comunicación y Educación*, 27, 19-27.
- _____ (2008). Bellos sin alma, nuevos modelos masculinos para el nuevo siglo, en Rey, J. *Publicidad y sociedad*, Sevilla: Comunicación Social.
- Russell, C. & Keel, P. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men, *International Journal of Eating Disorders*, 31 (3), 300-306.
- Schneider, J. & Agras, W. (1987). Bulimia in males: A matched comparison with females, *International Journal of Eating Disorders*, 6 (2), 235-242.
- Tantleff-Dunn, S. & Thompson, K. (2000). Breast and chest size satisfaction: relation to overall body image and self-esteem, *Eating Disorders*, 8 (3), 241-246.
- Toro, J., Nieves, K. & Borrero, N. (2010). Cuerpo y masculinidad: los desórdenes alimentarios en hombres, *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (2), 225-234.
- Yager, J., Kurtzman, F., Landsverk, J. & Wiesmeier, E. (1988). Behaviors and attitudes related to eating disorders in homosexual male college students, *American Journal of Psychiatry*, 145, 495-497.
- Zavala, B., Álvarez, G., Franco, K., Sicairos, M., Ibarra, E. & Mancilla, J. (2008). Síntomas de trastorno del comportamiento alimentario y de dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasios, trabajo presentado en el XVI Congreso Mexicano de Psicología, Monterrey, México.

Imagen corporal y orientación sexual - Gilda Gómez-Perezmitré

PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

**3. INVESTIGACIÓN RELACIONADA CON LA
PRIMERA TENDENCIA ACTITUDINAL
HACIA UN MODELO MASCULINO
IDEAL**

3. 1. IMAGEN CORPORAL, SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRINGIDA E IMC EN NIÑOS DE PRIMARIA

SILVIA PLATAS ACEVEDO
GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ
RODRIGO LEÓN HERNÁNDEZ

Introducción

En la actualidad los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen una de las líneas de investigación que más ha crecido en las últimas décadas. Los altos índices en la prevalencia e incidencia de los TCA, así como la dificultad en su diagnóstico, la gravedad de su sintomatología asociada, la complejidad en su tratamiento (multidisciplinario) y los altos costos económicos y sociales que implican representan un grave problema dentro de la salud pública.

Factores de riesgo

Desde el punto de vista psico-médico-social existe una gran preocupación por abordar la problemática de los TCA, pues las investigaciones realizadas evidencian que los factores de riesgo se presentan cada vez con más frecuencia y en edades más tempranas (Noles, Cash & Winstead, 1985; Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001; Saucedo 2003).

Los factores de riesgo (FR) son aquellas condiciones que influyen de manera negativa en el estado de salud del sujeto, contribuyendo al desequilibrio del mismo y, en la medida que lo hace vulnerable, incrementan la probabilidad de desarrollar una enfermedad (Gómez-Peresmitré, 2001). Gómez-Peresmitré y cols. (2001) señalan que la distinción fundamental entre un TCA y un FR es que el primero conforma un síndrome (grupo de síntomas) mientras que los FR se pueden considerar como síntomas aislados.

De la investigación realizada en México se han derivado cuatro importantes grupos de factores de riesgo para los TCA: los que se encuentran asociados con IC, con conducta alimentaria, con

prácticas compensatorias y aquellos asociados con factores biológicos (Gómez-Peresmitré *et al.* 2001, pp. 21-22).

Imagen corporal y adolescencia

La imagen corporal (IC) es la representación mental y la vivencia del propio cuerpo y está formada por tres componentes: uno perceptual, otro cognitivo-afectivo y otro conductual (Thompson, 1990; Guimón, 1999; Skrzypek, Wehmeier & Remschmidt, 2001).

El componente perceptivo se refiere a la precisión con la cual una persona percibe la forma y medida de su cuerpo; el componente cognitivo-actitudinal, incluye creencias, pensamientos, imágenes y sentimientos de la persona sobre su cuerpo, lo que puede ser útil para conocer el nivel de insatisfacción corporal. Y la dimensión conductual tiene que ver con el comportamiento de una persona a partir de lo que piensa y siente en relación a su cuerpo (Cash & Pruzinsky, 1990; Gardner, Sorter & Friedman, 1997; Pruzinsky & Cash, 1990).

Gómez-Peresmitré (1997) señala que la IC se refiere a la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez temprana y se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de los cambios físicos, biológicos, por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. La IC puede diferir según la edad, el género y clase social.

La adolescencia es una etapa de la vida en la que es muy importante la apariencia física, y ésta viene determinada por los patrones estéticos actuales que dicta la sociedad a través de los medios de comunicación, convirtiéndose en un factor determinante al mostrar una excesiva preocupación por el peso corporal y la IC (Monteath & McCabe, 1997; Taylor *et al.*, 1998; Stice & Whitenton, 2002).

El cambio físico en la adolescencia se experimenta cuando el niño(a) va perdiendo su cuerpo infantil y aparece la necesidad psicológica de reestructurarla IC. Los (las) adolescentes empiezan a tener autoconciencia de los cambios surgidos, una excesiva preocupación por el cuerpo, así como la necesidad de integrar una imagen individual del aspecto físico y la “obsesión” por el grado de aceptación que su figura despierta en el grupo de amigos. La

preocupación corporal se agudiza especialmente durante la *pubertad* (inicio de la etapa de la adolescencia), cuando los (las) adolescentes están más descontentos con su cuerpo (Santrock, 2004).

Es así como la apariencia física es uno de los primeros atributos por los cuales los niños se describen a sí mismos y a los demás, mientras que la IC es la característica por la cual los niños perciben una parte de su autoconcepto (De Gracia, Marco & Trujano, 2007).

La IC que se va construyendo en la adolescencia no sólo es cognoscitiva, sino que además está impregnada de valores subjetivos y está determinada socialmente por el desarrollo biológico y cultural de cada persona (Pruzinsky & Cash, 1990). Para los (las) adolescentes es muy importante cómo son percibidos por sus compañeros(as); algunos harían cualquier cosa para formar parte del grupo y no ser excluidos, situación que genera estrés, frustración y tristeza. Es así como la aceptación del grupo de pares, al igual que el aspecto físico, son dos elementos especialmente importantes en la adolescencia (Harter, 1989; Krauskopf, 2002).

Se debe considerar que las adolescentes son una población altamente vulnerable, ya que constituyen un grupo de alto riesgo debido a que sobrevalora sus dimensiones corporales, sintiéndose insatisfechas con su cuerpo y/o apariencia física, desean perder peso, pretenden reducir su volumen corporal y se someten a dietas restrictivas (Benedito, Perpiña, Botella & Baños, 2003).

Insatisfacción corporal

El malestar producido por la percepción de la IC y la evaluación estética subjetiva se llama “insatisfacción corporal”, y es la discrepancia existente entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal (Gómez-Peresmitré, 2001; Toro, 2004). Gómez-Peresmitré (1995) menciona que la insatisfacción con la IC es una de las variables más importantes en el estudio de los desórdenes de la conducta alimentaria, pues se encuentra presente tanto en la anorexia como en la bulimia y la obesidad.

Para Kirszman y Salgueiro (2002), la insatisfacción de la IC está relacionada con el modo como uno experimenta su cuerpo. Esta

disfuncionalidad se expresa en la vivencia de que el cuerpo no responde a las exigencias a las que estamos expuestos, conforme a la sociedad en que vivimos donde generalmente existen sentimientos de rechazo y desagrado.

Una de las formas de estimar la variable satisfacción/insatisfacción es a través de la distancia que existe entre la realidad e idealidad. Por lo tanto, la satisfacción e insatisfacción se manifiesta con relación al grado de discrepancia que existe entre la figura real del sujeto y la figura que constituye su ideal corporal (Tucker, 1984). Al respecto, señala Gómez-Peresmitré (1998) que es importante considerar que el grado de satisfacción corporal depende en gran medida de la autopercepción.

El modelo sociocultural señala que la insatisfacción corporal ocurre cuando un individuo internaliza un cuerpo ideal, determinado principalmente por la cultura, y mediante la comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal. Las personas con problemas de la IC, más que tener problemas con su cuerpo real, los tienen con un cuerpo imaginario y éste se convierte en el valor más importante, lo que conduce a las características psicopatológicas de los TCA (Gómez-Peresmitré, 1995).

Aunque la insatisfacción corporal se da con mayor intensidad y frecuencia en la adolescencia, también se han hecho investigaciones en edades previas a la aparición de la pubertad, comprobándose que en la infancia la preocupación por el cuerpo ya es evidente, y con el incremento de la edad la insatisfacción tiende a aumentar (Davison, Markey & Birch; 2003; Flannery-Schroeder & Chrisler, 1996; Gómez-Peresmitré, 1999; Gómez-Peresmitré *et al.*, 2001; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan & Eisenberg, 2006). La preocupación excesiva por la IC, sobre todo en edades tempranas, deriva en la realización de conductas y actitudes alimentarias inadecuadas que conllevan en un futuro a la aparición de un TCA (Bryant-Waugh, Cooper, Taylor & Lask, 1996; Edlund, Halvarsson & Sjoden, 1996; Gómez-Peresmitré, 1999; Gómez-Peresmitré, *et al.* 2001; Jiménez, 2004; Maloney, McGuire, Daniels & Specker, 1989; Rolland, Farnill & Griffiths, 1997; Saucedo-Molina, 2003; Saucedo-Molina & Gómez-Peresmitré, 2005).

De Gracia, Marcó y Trujano (2007), que realizaron un estudio con niños (as) españoles de 8 a 12 años, encontraron que conforme

aumentaba la edad, independientemente del género, disminuía la autoestima corporal. Asimismo, el 39% de las niñas y el 34 % de los niños participantes en su estudio prefirieron una figura ideal más delgada que la que tenían en ese momento.

Lucero, Hill y Ferraro (1999), realizaron un estudio en niños de 6 a 9 años para conocer las preocupaciones por el peso, la dieta y la imagen corporal y encontraron que la insatisfacción corporal estaba presente en la mayor parte de la población independientemente del sexo, pero eran las niñas quienes mostraban una mayor tendencia hacia la delgadez y a la realización de prácticas restringidas.

Con relación a los adolescentes de 9 a 12 años de edad, de acuerdo a lo reportado por Adams, Sargent, Thompson, Richter, Corwin y Rogan (2000), los hombres presentaron menor preocupación por su peso y por la realización de dietas restringidas en comparación con las adolescentes. Sin embargo, para los adolescentes y jóvenes entre 14 y 19 años, se encontró que no sólo se mostraban descontentos con su peso, sino que intentaban evitar determinados alimentos, ya que los percibían como una tentación; asimismo las chicas que reportaban seguimiento de dietas restringidas en exceso paradójicamente incrementaban su insatisfacción corporal (Soliah, Walter & Erickson, 2000).

Merino, Pombo y Godás (2001), evaluaron las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes y jóvenes cuyas edades oscilaban entre los 16 y los 27 años. Evidenciaron que la preocupación e insatisfacción por el cuerpo y apariencia, la autopercepción de obesidad y el deseo de estar más delgado es mayor en el sexo femenino. Además, independientemente del peso y el género, cuanto más insatisfecha se siente una persona con su cuerpo y apariencia externa, es decir tanto más obesa se percibe, mayor es su historia de dieta y su deseo de adelgazar. En general, los adolescentes sobrevaloran su aspecto físico, le prestan demasiada atención y se valoran en función del mismo.

Está ampliamente documentado y demostrado que son las mujeres adolescentes o jóvenes adultas las más afectadas por los FR que conllevan a los TCA; sin embargo, los hallazgos en las dos

últimas décadas han reportado el aumento en la incidencia en hombres (Andersen & Holman, 1997).

En México no hay datos sobre la incidencia y prevalencia de los TCA en adolescentes, pero se ha detectado que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres en edad estudiantil (12 a 19 años), presentan alto riesgo de padecer un TCA (Unikel *et al.*, 2000). La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México realizada en población mayor de 18 años, destacó una prevalencia de bulimia de 0.6% en hombres y 1.8% en mujeres (Medina-Mora *et al.*, 2003).

Las alteraciones en la IC señalan que ésta es más compleja entre los hombres de lo que es entre las mujeres. Mientras que la mayoría de las mujeres lo que quiere es ser más delgada, los hombres quieren estar más delgados, pero a la vez más musculosos, un patrón que se ha notado entre niños de varias edades y hombres adultos (Bergstrom & Neighbors, 2006; Gómez-Peresmitré, *et al.* 2001; McCabe & Ricciardelli, 2003). Contrariamente a estos resultados Maloney *et al.*(1989); Collins (1991) encontraron que los niños muestran una alta preocupación por estar más delgados (mucho mayor que el deseo de tener una figura más voluminosa).

Los hombres, a diferencia de las mujeres, están más satisfechos con su cuerpo si éste es musculoso y delgado; quieren pesar más, pero no para estar gordos, sino para tener más masa muscular. Las partes del cuerpo preocupantes para ellos son el abdomen, el cabello, el pecho y la nariz (De los Santos, 2002; Saucedo-Molina & Gómez-Peresmitré, 2005). En la adolescencia, la masa corporal en los hombres se incrementa más, sintiéndose cada vez más satisfechos porque aumenta su masa muscular; lo contrario a lo experimentado por las niñas, quienes al ganar masa muscular se sienten más insatisfechas (Brooks-Gunn & Paikoff, 1993; Spitzer, Henderson & Zivan, 1999; Seiffge-Krenke, 1998 citados en Santrock, 2004).

La insatisfacción con la IC entre los hombres está influida por muchos de los mismos factores que entre las mujeres (Bergstrom & Neighbors, 2006; Gila, Castro, Cesena & Toro, 2005). Así pues los factores socioculturales juegan un papel central en la aparición y el desarrollo de los TC. La mayor presión social que reciben las mujeres

adolescentes acerca de su imagen hace que sean más vulnerables que los hombres ante este tipo de trastornos. Así, el mandato de género impone a las mujeres que sean guapas, delgadas, simpáticas y disciplinadas, y a los varones que sean deportistas, listos, líderes y competitivos, determinando de este modo los roles de género y las relaciones entre ellos (Mercado, 2008).

Gómez-Peresmitré (1997), destaca la importancia de variables socioculturales como las normas de belleza de cada momento histórico en particular, las exigencias de la moda y las presiones asociadas al rol de género, sin olvidar tampoco aspectos subyacentes como los cambios biológicos, psicológicos y la edad. Montero, Morales y Carbajal (2004) demostraron que la IC es un buen predictor de trastorno de la conducta alimentaria y señalan que los adolescentes tienden a rechazar un cuerpo con sobrepeso debido a que existe la creencia de que un cuerpo delgado es lo ideal.

Modelo estético corporal y conducta alimentaria de riesgo

Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Oliva (2006), compararon la sintomatología de trastornos alimentarios y la influencia del modelo estético corporal en una muestra de niños y una muestra de jóvenes. Sus resultados muestran que entre los jóvenes existe una elevada influencia del modelo estético corporal. En el caso de los niños, se detectaron factores relacionados con la motivación por adelgazar y evitación de alimentos engordadores. Patrones estereotipados de alimentación (como evitar la ingestión de alimentos diferentes a los habituales, así como evitar comer acompañado o fuera de casa) son más comunes entre mayor es la edad, mientras que la restricción alimentaria y la sintomatología de trastornos alimentarios fueron más frecuentes a menor edad.

La insatisfacción corporal, el fuerte deseo de adelgazar, la restricción alimentaria, la influencia de los compañeros y la familia, todo ello encabezado por una dificultad para juzgar o valorar de forma adecuada las dimensiones corporales propias, suponen graves amenazas a la nutrición y, por lo tanto, al desarrollo físico y psicológico de los adolescentes, son amenazas que en algunos casos pueden conducir a la aparición de un trastorno alimentario

o de algunos de sus factores de riesgo (Gruber, Pope, Lalonde & Hudson, 2001).

El negocio de la moda ha descubierto en los hombres un mercado hasta hace pocos años inexplorado y que se mantenía virgen ante un monopolio que demanda crecientes ganancias económicas. La difusión estética de un marcado cuerpo delgado y con un excesivo cuidado en su estética ha llevado a los hombres al incremento en su insatisfacción corporal, adentrándolos en la moda de las dietas y el incremento en la prevalencia de los trastornos alimentarios (Trujano, Nava, De Gracia, Limón, Alatraste & Merino, 2010).

Ballester y Guirado (2004), investigaron la existencia de diferencias en las actitudes alimentarias de niños y niñas de 11 y 14 años. Los hallazgos encontrados señalan, en la comparación por género, que las niñas descuidan con mayor frecuencia su alimentación, tienden a evitar alimentos que piensan que les engordan, descuidan sus desayunos y controlan más su peso, talla y apariencia en general; de igual manera, señalan sentirse angustiadas por su figura, al extremo de entristecerse y llorar por ello. Asimismo reportaron inducirse el vómito después de haber comido en exceso. No obstante, los autores reconocen que si bien algunos trastornos como la anorexia impactan básicamente a las mujeres, aproximadamente “1 varón por cada 11 mujeres, en fase puberal o prepuberal es afectado, y esta cifra en la actualidad va en aumento” (p. 7).

Unikel, *et al.* (2006), identificaron las tendencias de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del Distrito Federal en el periodo 1997-2003. Las más reportadas fueron: la práctica de dietas y ayunos, el ejercicio excesivo, el uso de diuréticos o laxantes y el vómito autoprovocado, todos ellos con el objetivo de perder peso. De igual manera los resultados mostraron que en un periodo de 6 años (1997 al 2003), se incrementó la frecuencia de 3 o más conductas alimentarias de riesgo, para el caso de los hombres de un 1.3% a un 3.8%. En los varones entre 12 y 13 años y en las mujeres entre 18 y 19 años hubo un aumento en la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo a lo largo del periodo de estudio. Tanto en hombres como en mujeres se incrementó la preocupación por engordar y el uso de métodos purgativos y restrictivos para bajar de peso. La sobrestimación del peso corporal disminuyó de forma

general en los varones mientras que en las mujeres se incrementó junto con la práctica de atracones en la medición del año 2000 y disminuyó hacia el 2003.

La Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE, 2010) encontró que los preadolescentes de 10 años; indicaron que el 8% refirieron la sensación de no poder parar de comer, así como un 0.7% la práctica el vómito autoinducido. El 3% contestó realizar prácticas restrictivas como ayuno, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso. De igual manera, 10% de los escolares presentó al menos una conducta alimentaria inadecuada en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta. Los adolescentes que asisten a primaria, presentaron porcentajes superiores de medidas compensatorias con respecto a los de secundaria (1% vs. 0.5%) respectivamente. La información por sexo y nivel educativo, señaló que los hombres de primaria que tuvieron prácticas restrictivas (3%) superaron a la de las mujeres de este mismo nivel (2%) (Shama-Levy, 2010).

La conducta más repetida que sigue a la insatisfacción que se siente con la propia imagen es la realización de conductas privativas de ciertos tipos de alimentos, o mejor conocidas como dietas, cuyo único objetivo es perder peso. En la mayoría de los casos, las dietas elegidas consisten en reducir la ingesta energética diaria por debajo de las cantidades recomendadas y saludables manteniendo a las personas en un riesgo inminente de caer en un trastorno de la alimentación. La nula vigilancia médica o de un experto que supervise el seguimiento de estas conductas restringidas nos indica el grave peligro para la salud en individuos que llegan a realizarlas (Eisenberg, Neumark-Sztainer, Story & Perry, 2005; Rubio & Moreno, 2004; Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición). Además, este riesgo muestra diferencias por sexo, puesto que son las chicas las que llevan a cabo, con más frecuencia, algún tipo de dieta para controlar el peso (Barker, Robinson, Wilman & Barker, 2000; Neumark-Sztainer *et al.*, 1999; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Perry e Irving, 2002; Roberts, Maxwell, Bagnall & Bilton, 2001).

Polivy y Herman (1985); Timmerman (1998), señalan que la restricción alimentaria es un predictor de sobreingesta compulsiva y consecuencia de un desorden metabólico provocado por un

subir y bajar de peso constantemente teniendo un IMC elevado. Gómez-Peresmitré y Ávila (1998), realizaron un estudio con niñas y niños de quinto y sexto grado de primaria y encontraron que la realización de dietas con la intención de perder peso a dicha edad ya se encontraban presentes (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998a). Además 17% de niñas y 25% de niños de la misma edad estaban insatisfechos con su cuerpo (Gómez-Peresmitré, 1997).

Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Ruiz (2006), realizaron una investigación con varones de 10 años de edad. Los hallazgos reportados señalan que el 20% de los participantes tenía un riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, ya que rebasaron el punto de corte del Test de Actitudes Alimentarias (EAT). Davison, Markey y Birch (2003), encontraron que la preocupación e insatisfacción con el peso se relacionaron sistemáticamente con un mayor peso corporal y predijeron la restricción en la dieta, las actitudes alimentarias y la probabilidad de hacer dieta a los nueve años de edad.

Es importante resaltar que en muestras de universitarios (as) que no presentaban una distorsión de la IC se encontró que casi tres cuartas partes de las chicas y la mitad de los varones deseaban pesar menos y temían ganar peso. A mayor deseo de pesar menos se encontró mayor miedo a volverse gordo, mayor IMC y mayor frecuencia de conductas de dieta, todo esto a pesar de que se ubicaban dentro de los valores normales de peso (Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández, 2003).

Se debe considerar que mantener a mediano o largo plazo la restricción alimentaria provoca cambios internos en el cuerpo, y una de las consecuencias es comer sin control, porque la dieta restrictiva ocasiona apetito y necesidad de ingerir hidratos de carbono. El atracón (*binge eating*) es una consecuencia natural de la privación alimentaria. Un atracón se caracteriza por la ingesta de una enorme cantidad de alimentos en un corto tiempo, y se tiene la sensación de no poder controlar cuánto se come (Crispo, Figueroa & Guelar, 1998).

De Gracia, Marcó y Trujano (2007), señalan que entre los preadolescentes de 8 a 12 años, los niños con un IMC normal manifiestan comportamientos alimentarios de mayor control

y preocupación por las dietas en comparación a las niñas. La existencia de un control y preocupación por los alimentos tanto en niños como en niñas y esta orientación hacia la alimentación es un factor de riesgo para el seguimiento de actitudes alimentarias restrictivas (Schur, Sanders y Steiner, 2000).

A pesar de ser las chicas las que tienen mayor prevalencia de padecer perturbaciones de la IC y llevar a cabo un mayor número de conductas destinadas al control de su peso, algunos expertos señalan que las chicas poseen un IMC más ajustado que los niños (Briones & Cantú, 2003; Ivarsson, Svalander, Litlere & Neoven, 2006; Moreno, Muñoz, Pérez & Sánchez, 2005). No obstante, algunas evidencias sugieren que cada vez es más frecuente que los chicos presenten problemas relacionados con el control de peso (Law & Peixoto, 2002; McCabe & Ricciardelli, 2003).

De acuerdo con Barker y Galambos (2003), Bessenoff y Snow (2006), Sánchez, Vila, García-Buades y Domínguez (2005) y Stice y Whitenton (2002), percibirse a uno mismo como obeso, cuando no se es así, puede implicar un problema cognitivo que podría ser explicado a través de algún tipo de aprendizaje impuesto por las presiones sociales y culturales. Y lo que los autores sugieren, además, es que precisamente esta autopercepción corporal podría convertirse en un factor decisivo para el desarrollo de un trastorno alimentario.

Diversos autores señalan que tras la insistencia en la sociedad actual por una IC delgada, no sólo hay valores culturales, sino dimensiones económicas. El consumo se ha proyectado en el cuerpo humano, valorándose este, predominantemente, por la “belleza”. Una imagen física atractiva es una condición de la vida social moderna y forma parte del proceso de producción. Por consiguiente, *lo bello* ha sido utilizado para fomentar el mercado, convirtiéndose en una norma. El concepto de belleza se ubica, dentro de las corrientes socioculturales históricas, dentro de la producción capitalista y la cultura racionalista y analítica (maximización de los beneficios). Así, la belleza se define en virtud de una norma estética, un criterio ideal, como un ajuste a patrones abstractos y rígidos y no a una moral tradicional donde se percibe la belleza como lo auténtico y lo singular (López, 2001; Etcoff, Orbach, Scott & D’agostino 2004).

El propósito de la presente investigación es: 1) identificar en una muestra de niños algunas de las principales variables consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de TCA, tales como, insatisfacción y alteración de la IC, seguimiento de dieta restringida y sobrealimentación por compensación psicológica y 2) determinar cuál o cuáles factores de riesgo señalados (insatisfacción y alteración de la IC, dieta restringida y sobrealimentación por compensación psicológica) predicen IMC.

Método

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de $n=300$ niños escolares de 5.º y 6.º de primaria, de escuelas públicas y privadas del D. F., con un rango de edad de 9 a 12 años, formada por $n_1=100$ niños normopeso (NP), $n_2=100$ niños con sobrepeso (SP) y $n_3=100$ niños con obesidad (OB) con edad promedio de $M=11.3$ años y una $DE=0.7$.

Instrumentos (ver ítems y propiedades psicométricas en Apéndice).

Medición de imagen corporal

Escala Visual de Siluetas. Niños (Gómez-Peresmitré, 1997, 2001)

Variables medidas:

1. Satisfacción / insatisfacción.
2. Alteración de imagen corporal (sobrestimación/subestimación).

Medición conducta de riesgo

Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios. Versión preadolescentes (Gómez-Peresmitré, 1998; 2001; 2011) en su versión validada para preadolescentes (EFRATA-II) por Platas & Gómez-Peresmitré, 2013):

1. Factor 1. Sobreingesta alimentaria por compensación psicológica;

2. Factor 2. Dieta crónica y restringida.

Cuestionario de alimentación y salud. Sección B. Versión preadolescentes (Gómez-Peresmitré, 1997).

Pregunta 1. ¿Has hecho dieta para bajar de peso?

Pregunta 2. ¿Edad de tu primera dieta?

Índice de Masa Corporal (IMC) con puntos de corte percentilar establecidos por la NCHS (2000).

Procedimiento

En la recolección de datos se siguieron los criterios éticos de la investigación en psicología, para procedimientos no intrusivos (SMP, 2002).

Resultados

Para conocer la distribución porcentual de las variables del estudio, así como para determinar la asociación de éstas con el IMC y capacidad de predicción del mismo, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.

Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal

Los datos obtenidos mostraron que un porcentaje mayor de adolescentes varones (73%) se encuentran insatisfechos con su IC. De éstos, un 69% presentan insatisfacción positiva, es decir quieren estar más delgados mientras que un 4% presenta insatisfacción negativa porque quieren tener una complexión más gruesa de la que tienen. Del total de la muestra sólo un 27% señaló estar satisfecho con su figura corporal.

Con relación a la satisfacción/insatisfacción por categoría de IMC, se encontró que un 31% de los niños normopeso se encontraban satisfechos con su imagen mientras que un 63% quería estar más

delgado y un 6% deseaba una figura más gruesa. Para el grupo de sobrepeso, un 24% estaba satisfecho, mientras un 74% mostraba insatisfacción positiva, y un 2% insatisfacción negativa. En el caso del grupo con obesidad se encontraron porcentajes similares al grupo anterior: un 27% estaba satisfecho, mientras que un 69% presentaba insatisfacción positiva. Es importante resaltar que en este grupo un 4% mostró insatisfacción negativa ya que deseaba ser más grueso.

	Muestra total	Grupo normopeso	Grupo sobrepeso	Grupo obesidad
Insatisfacción positiva	206	63%	74%	69%
Satisfacción	82	31%	24%	27%
Insatisfacción negativa	12	6%	2%	4%
Total	300	100%	100%	100%

Tabla 1. Distribución porcentual de la variable insatisfacción /satisfacción con la IC.

Alteración (sobreestimación/subestimación) con la imagen corporal

Los resultados para la variable alteración mostraron que un 8% de los niños normopeso subestimaron su peso corporal, en comparación con los grupos de sobrepeso (98%) y obesidad (99%). El 49% de los chicos normopeso presentaron un alto porcentaje de no distorsión, a diferencia de los otros dos grupos (2 % y 1%). Con relación a la sobreestimación, se encontró que el grupo normopeso presentó un 43%. Ni el grupo de sobrepeso ni el de obesidad presentó porcentaje alguno.

Realización de dieta restringida

De la muestra total, un 56% reportó haber realizado dieta, mientras que un 44% aseveró no haber llevado a cabo este tipo

de conducta. Con relación a los grupos de sobrepeso y obesidad, reportaron realizar dieta un 42% y un 56%, respectivamente. En el grupo de normopeso, sólo un 26% la había realizado.

Las edades que los niños reportaron para la realización de dieta fueron: NP de 8 a 12 años, con una *Media* de 10.6 (*DE*=1.09); SP de 6 a 11 años, con una *Media*=9.5 años (*DE*=1.5); OB de 8 a 12 años con una *Media*=10.1 (*DE*=0.91).

Como puede verse en la tabla 2 y 3 se aplicó un análisis de regresión lineal mediante el método por pasos (*stepwise*) introduciendo como variable dependiente el IMC_P y teniendo como variables independientes, satisfacción y alteración con la IC, sobreingesta alimentaria por compensación psicológica y dieta crónica restringida. El análisis de regresión lineal arrojó un modelo de dos variables: insatisfacción y alteración con IC. Éstas explicaron el 74% ($R^2=.74$) de la varianza del comportamiento del IMC-P, quedando fuera del modelo: dieta crónica y restringida, sobreingesta alimentaria por compensación psicológica. Los coeficientes beta estandarizados indicaron que una alta subestimación, junto con insatisfacción negativa incrementan el IMC.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.859 ^a	.738	.737	.41656
2	.863 ^b	.743	.743	.41185
a. Variables predictoras: (Constante), altera				
b. Variables predictoras: (Constante), altera, satis				

Tabla 2. Modelo de regresión lineal para la variable IMC-P.

Coeficientes Beta						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.			
1	(Constante)	3.406	.038		90.775	.000
	Alterá	-.527	.022	-.859	-24.409	.000
2	(Constante)	3.467	.045		76.990	.000
	Alterá	-.527	.021	-.859	-24.671	.000
	Satis	-.046	.019	-.084	-2.419	.016
a. Variable dependiente: imcpercentilar						

Tabla 3. Coeficientes beta estandarizados.

Discusión

Con respecto a los resultados, puede decirse que se pudo determinar el grado de satisfacción/insatisfacción corporal de una muestra de escolares (preadolescentes varones) de primaria; así como establecer los factores de riesgo predictores del IMC.

Los altos porcentajes de insatisfacción corporal mostraron que los chicos del presente estudio (66%) desean estar más delgados de lo que se encontraban en ese momento, manifestando con esto, su preferencia por la delgadez, considerándola como sinónimo de belleza y concordando con lo reportado por varios autores (De Gracia, Marcó & Trujano; 2007; Gómez-Peresmitré, 1997; Gómez-Peresmitré *et al.*, 2001; Davison, Markey & Birch, 2003; Flannery-Schroeder & Chrisler, 1996; Maloney *et al.*, 1989; Collins, 1991), quienes señalan que, independientemente del género, los chicos de 8 a 12 años prefieren una imagen corporal más delgada.

Es importante resaltar que los estudios reportan que, con el incremento de la edad, la insatisfacción corporal aumenta (Davison, Markey & Birch, 2003; Flannery-Schroeder & Chrisler,

1996; Gómez-Peresmitré, 1999; Gómez-Peresmitré *et al.*, 2001; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan, & Eisenberg, 2006). En cierta manera, esto puede deberse a la presión ejercida por los medios de comunicación, quienes en el afán de difundir una imagen de “belleza” que les derroche ganancias económicas hacen gran difusión de un modelo de delgadez con una IC extremadamente delgada, imposible de alcanzar, para lo cual los adolescentes realizan conductas inadecuadas que ponen en riesgo su salud en el vano afán de llegar a él (Eisenberg, Neumark-Sztainer, Story y Perry, 2005; Rubio y Moreno, 2004; Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición).

Se confirman resultados previos en los que se muestra que los niños a esta edad presentan similitudes con las niñas, mostrando, al igual que éstas, altos porcentajes de insatisfacción corporal porque desean estar más delgados (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2001). Al respecto, debe recordarse que es en la adolescencia cuando se establecen las diferencias entre los hombres (quieren mayor volumen muscular) y las mujeres (quieren estar más delgadas, sin importar el peso real).

Cuando se analizó la variable Insatisfacción corporal relacionada con IMC los resultados antes señalados se confirmaron: tanto los chicos con normopeso, sobrepeso y obesidad tenían porcentajes más altos de insatisfacción (que de satisfacción) y estaban insatisfechos porque deseaban estar más delgados.

La insatisfacción corporal trae como consecuencia la realización de dietas restringidas con el objetivo de perder peso. Debe considerarse que a edades tempranas, cuando el desarrollo de los preadolescentes requiere de la ingestión de nutrientes que los ayuden a un mejor crecimiento, una restricción en la alimentación pone en peligro la salud de éstos, situándolos en riesgo de desarrollar un TCA conforme incrementa su edad. La frecuencia en la realización de dietas, de acuerdo a lo reportado por los adolescentes del estudio (56%), confirma hallazgos previos (Bryant-Waugh, Cooper, Taylor & Lask, 1996; Edlund, Halvarsson & Sjoden, 1996; Gómez-Peresmitré, 1999; Gómez-Peresmitré, *et al.* 2001; Jiménez, 2004; Lucero, Hill & Ferraro, 1999; Maloney, McGuire, Daniels & Specker, 1989; Rolland, Farnill & Griffiths, 1997; Saucedo-Molina, 2003; Saucedo-Molina &

Gómez-Peresmitré, 2005) en los que las conductas alimentarias inapropiadas como la dieta se encuentran presentes. Resumiendo, puede decirse que más de la mitad de la muestra total respondió haber hecho dieta restringida y la edad promedio de inicio fue a los 10 años, confirmándose nuevamente que este comportamiento es similar al de las niñas (Gómez-Peresmitré *et al.* 2001). También se encontró que los niños con sobrepeso y obesidad presentaron los porcentajes más altos.

De acuerdo a lo reportado por De Gracia, Marcó y Trujano (2007), quienes señalan que los chicos normopeso manifiestan un alto control por los alimentos y una alta preocupación por las dietas (lo que puede justificar el peso corporal actual). La existencia de un control y preocupación por los alimentos tanto en niños como en niñas y esta orientación hacia la alimentación es un factor de riesgo para el seguimiento de conductas alimentarias de restricción (Davison, Markey & Birch, 2003; Schur, Sanders & Steiner, 2000).

Con relación a lo reportado por el grupo de sobrepeso y obesidad, quienes en su mayoría reportan realizar dietas, corroboran lo señalado por Timmerman (1998), Polivy y Herman (1985), y Pineda (2008), quienes señalan que detrás de un seguimiento restringido viene un desorden metabólico provocado por un subir y bajar de peso constantemente teniendo un IMC elevado. Stice (2001), señala que la dieta restringida aumenta el riesgo de comportamiento bulímico, en especial de atracones, cuyo alto contenido de calorías se traduce en un peso excesivo.

Nuevamente encontramos en este estudio datos frecuentemente reportados, por ejemplo, que personas con sobrepeso y obesidad tienden a subestimar su tamaño corporal (Adami, Gandolfo, Campostano, Meneghelli, Ravera & Scopinaro, 1998; Atalah, Urteaga & Rebolledo, 2004; Leonhard & Barry, 1998; Martínez-Aguilar, Flores-Peña, Rizo-Baeza, Aguilar-Hernández, Vázquez-Galindo & Gutiérrez-Sánchez, 2010; Thompson & Tantleff-Dunn, 1998; Sisson, Franco, Carlín & Mitchell, 1997). Esta percepción corporal distorsionada que se inicia desde edades tempranas requiere de investigación que proporcione información del papel de la misma, esto es: ¿actúa como factor protector de estrés?, ¿cómo mecanismo de defensa? El punto es que la subestimación

del peso corporal constituye un factor de riesgo; y más aún entre los obesos ya que puede relacionarse con una posible ganancia de mayor peso corporal.

Con base en los datos arrojados por los análisis de regresión, se encontró que la subestimación e insatisfacción negativa predicen IMC. Éstos fueron los predictores más importantes del IMC (peso corporal) de los adolescentes de la muestra.

Conclusiones

Los hallazgos del presente trabajo permiten concluir que los adolescentes de la muestra se encuentran, en gran medida, insatisfechos con su imagen y muestran una autopercepción alterada de la misma.

A este respecto, es importante señalar que la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción y alteración), llegó a ser el elemento más importante para explicar el IMC.

Se sugiere llevar a cabo estudios que confirmen estos datos, sobre todo por la edad de los participantes, ya que es muy probable que ésta, la edad de los participantes, intervenga en la no significancia del factor de riesgo “dieta restringida” en su relación con el IMC, por lo que se requiere de mayor investigación al respecto.

Referencias bibliográficas

- Adami, G. F., Gandolfo, P., Campostano, A., Meneghelli, A., Ravera, G. & Scopinaro, N. (1998). Body image and bodyweight in obese patients, *International Journal of Eating Disorders*, 24, 299-306.
- Adams, K., Sargent, R. G., Thompson, S. H., Richter, D., Corwin, S. J. & Rogan, T. J. (2000). A study of body weight concerns and weight control practices of 4th and 7th grade adolescents, *Ethnicity and Health*, 5 (1), 79-94.
- Andersen A. E. & Holman J. E. (1997). Males with eating disorders: challenges for treatment and research, *Psychopharmacology Bulletin*, 33 (3), 391-397.
- Atalah, S. A, Urteaga R. C. y Rebolledo A. A. (2004). “Autopercepción

- del estado nutricional en adultos de Santiago”, *Revista Médica de Chile*, 132, 1383-1388.
- Ballester A. R. & Guirado, M. C. (2004). *Diferencias sexuales en la conducta alimentaria de niños entre 11 y 14 años (Gender Differences in Eating Behavior of Children 11-14 Years Old)*, 12 (1), 5-24.
- Barker, E. & Galambos, N. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: risk and resource factors, *The Journal of Early Adolescence*, 23 (2), 141-165.
- Barker, M., Robinson, S., Wilman, C. & Barker, P. (2000). *Behaviour, Body Composition and Diet in Adolescent Girls. Appetite*, 35 (2), 161-170.
- Benedito, M., Perpiñá, C., Botella, C. & Baños, R. (2003). Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes, *Anales en Pediatría*; 58 (3): 268-72.
- Bergstrom, R. & Neighbors, C. (2006). Body image disturbances and the social norms approach: an integrative review of the literature, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 975-1000.
- Bessenoff, G. & Snow, D. (2006). Absorbing society’s influence: body image self-discrepancy and internalized shame, *Sex Roles*, 54, 727-731.
- Briones, N. P. & Cantú, P. C. (2003). Estado nutricional de adolescentes: riesgo de sobrepeso en una escuela secundaria pública de Guadalupe, N. L. México, *Revista Salud Pública y Nutrición*, 4 (1).
- Bryant-Waugh, R. J., Cooper, P. J., Taylor, C. L. & Lask, B. D. (1996). The use of the eating disorder examination with children: a pilot study, *International Journal of Eating Disorders*, 19, 391-397.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (1990). *Body Images: Development, Deviance, and Change*, New York: Guilford.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among pre-adolescent children, *International Journal of Eating Disorders*, 10, 199-208.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1998). *Anorexia, lo que hay que saber. Bulimia, un mapa para recorrer un territorio trastornado*, Barcelona: Gedisa.
- Davison, K. Markey, C. & Birch, L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girl’s weight concerns and body

- dissatisfaction from ages 5 to 9 years, *International Journal of Eating Disorder*, 33 (3), 320-332.
- De Gracia, M., Marcó, M. & Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes, *Psicothema*, 19 (4), 646-653.
- De los Santos, A. (2002). La imagen corporal y la autoestima, en Bermúdez de la Vega, A. S., *Psicoendocrinología del niño y del adolescente*, España: Pharmacia.
- Edlund, B., Halvarsson, K. & Sjoden, P. (1996). Eating behaviours and attitudes to eating dieting and body image in 7 year old Swedish girls, *European Eating Disorders Review*, 4, 40-53.
- Eisenberg, M., Neumark-Sztainer, D., Story, M. & Perry, C. (2005). The role of social norms and friend's influences on unhealthy weight-control behaviors among adolescent girls, *Social Science and Medicine*, 60, 1165-1173.
- Etoff, N., Orbach, S., Scott. & D'Agostino, H. (2004). The real truth about beauty: a global report—findings of the global study on women, beauty and well-being. [Documento recuperado el 15 de noviembre de 2012]. <http://www.clubofamsterdam.com/contentarticles/52%20Beauty/dove_white_paper_final.pdf>.
- Flannery-Schroeder, E. C. & Chrisler, J. C. (1996). Body esteem, gender attitudes and gender-role orientation in children, *Current Psychology*, 15, 235-248.
- Gardner, R. M., Sorter, R. G. & Friedman, B. N. (1997). Developmental changes in children's body images, *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 1019-1036.
- Gila, A., Castro, J., Cesena, J. & Toro, J. (2005). Anorexia nervosa in male adolescents: body image, eating attitudes, and psychological traits, *Journal of Adolescent Health*, 36, 221-236.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal, *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-198.
- _____ (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes, *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (1), 31-40.
- _____ (1998). ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?, *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 27-33.

- _____ & Ávila, E. (1998a). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósito como control de peso?, *Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 37-45.
- _____ (1999). Preadolescentes mexicanas y cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal, *Revista Mexicana de Psicología*, 1 (16), 153-166.
- _____, Granados, M., Jáuregui, J., Tafoya, S. A. & Pineda G. (2000). Un instrumento para medir imagen corporal: versión computarizada y de lápiz y papel, *Revista Mexicana de Psicología*, 17 (1), 89-99.
- _____ (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas, Conferencia Magistral de los 450 años de la UNAM.
- _____, Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, G. S. & Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en 3 diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes, *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324.
- _____, Saucedo, M., T. & Unikel, S. C. (2001b). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud, en N. Calleja y G. Gómez-Peresmitré. (comp.), *La psicología social: investigación y aplicaciones en México*, México: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2011). Peso sano en cuerpo sano. Un programa de prevención de la obesidad en población escolar, Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN 304011.
- Gruber, A. J., Pope, H. G., Lalonde, J. K. & Hudson, J. I. (2001). Why do young women diet? The roles of body fat, body perception and body ideal, *Journal Clinical Psychiatry*, 62 (8), 609-11.
- Guimón, J. (1999). The future of psychiatrists under managed Care, en Guimón, J. & Sartorius, N. (eds.). *Manage or Perish? The Challenges of Managed Mental Health Care in Europe*, New York: Kluwer Academic.
- Harter, S. (1989). *Self-Perception Profile for Adolescents*, Denver: University of Denver, Department of Psychology.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Litlere, O. & Nevenon, L. (2006). Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents, *Eating Behaviors*, 7 (2), 161-175.

- Jiménez, M. (2004). Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia, *Psicología Conductual*, 12 (3), 357-384.
- Kirszman, D. & Salgueiro, M. C. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*, Madrid: TEA Ediciones.
- Krauskopf, M. (2002). A scientometric view of some biological disciplines in Chile, *Biological Research*, 35, 95-99.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 23-33.
- Law, C. & Peixoto, M. (2002). Cultural standards of attractiveness: a thirty year look at changes in male images in magazines, *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 79(3), 697-711.
- Leonhard, M. & Barry, N. (1998). Body image and obesity: effects of gender and weight on perceptual measures of body image, *Addictive Behaviors*, 23, 31-4.
- López, A. D. (2001). Aproximación teórica al estudio sociológico de la anorexia y la bulimia nerviosas, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 96 (1), 185-199.
- Lucero, L. D., Hill, F. A. & Ferraro, F. R. (1999). Body dissatisfaction in young children, *Psychology*, 3, 36-42.
- Maloney, M. J., Macguire, J., Daniels, S. R. & Specker, B. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children, *Pediatrics*, 84, 482-489.
- Martínez-Aguilar, M., Flores-Peña, Y., Rizo-Baeza, M., Aguilar-Hernández, R., Vázquez-Galindo, L. & Gutiérrez-Sánchez, G. (2010). Percepciones de la obesidad de adolescentes obesos estudiantes del 7.º al 9.º grado residentes en Tamaulipas, México, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls, *Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván, F. & Tapia, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998, *Salud Pública de México*, 45 (1), 16-25.
- Mercado, C. (2008). Aplicación del análisis de género a los

- trastornos de la conducta alimentaria (TAC), *Revista E Salud*, 4 (14).
- Merino, H., Pombo, M. G. & Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes, *Psicothema*, 13, 539-545.
- Monteath, S. A. & McCabe, M. P. (1997). The influence of societal factors on female body image, *Journal Social Psychology*, 137 (6), 708-27.
- Montero, P., Morales, E. & Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos, *Antropología*, 8, 107-116.
- Moreno, M. C., Muñoz, M. V., Pérez, P. J. & Sánchez, I. (2005). Los adolescentes españoles y su salud, en *Resumen del estudio health behaviour in school aged children*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- National Center for Health Statistics (CDC, Growth Chasis: United Status (2000). National Center for Health Statics. CDS Growth Charts: Atlanta, United States. [Documento recuperado el 10 de mayo de 2012]. <<http://www.cdc.gov/nchs 2000>>.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Falkner, N., Beuhring, T. & Resnick, M. (1999). Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors: Who is doing what?, *Preventive Medicine*, 28 (1), 40- 50.
- _____, Story, M., Hannan, P. J., Perry, C. L. & Irving, L. M. (2002). Weight related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents, *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 171-178.
- Noles, S. W., Cash, T. F. & Winstead, B. A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 88-94.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J. & Eisenberg, M. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive symptoms and low self-esteem in adolescent girls and boys, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 539-549.
- Pineda, G. (2008). Actividad física o alimentación. ¿Cuál es el principal predictor del peso corporal en adolescentes?, *Memorias del XIX Congreso Mexicano de Psicología*.

- Platas A. R. S. & Gómez-Peresmitré, G. (en prensa, 2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos, *Revista Psicología y Salud*, junio-diciembre.
- Polivy, J. & Herman, P. (1985). Dieting and bingeing: a causal analysis, *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Pruzinsky, T. & Cash, T. F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change, en Cash, T. F., y Pruzinsky, T. (eds.), *Body Images: Development, Deviance, and Change*. N. Y.: Guilford Press.
- Roberts, S. J., Maxwell, S. M., Bagnall, G. & Bilton, R. (2001). The incidence of dieting amongst adolescent girls: a question of interpretation?, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 14 (2), 103-109.
- Rolland, K., Farnill, D. & Griffiths, R. A. (1997). Body figure perceptions and eating attitudes among Australian school children aged 8 to 12 years, *International Journal of Eating Disorders*, 21, 273-278.
- Rubio, M. A. & Moreno, C. (2004). Dietas de muy bajo contenido calórico: adaptación a nuevas recomendaciones, *Revista Española de Obesidad*, 2(2), 91-98.
- Sánchez, M. C., Vila, I., García-Buades, E. & Domínguez, N. (2005). Influencia del estilo de entrenamiento en la disposición a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en gimnastas de competición, *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5 (1-2), 19-28.
- Santrock, J. W. (2004). *Life-span Development*, New York: McGraw-Hill.
- Saucedo-Molina, T. J. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres*, tesis doctoral en Psicología (inédita), Universidad Nacional Autónoma de México.
- _____ & Gómez Péresmitré, G. (2005). Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos, *Revista Psiquiatría*, Facultad de Medicina de Barcelona, 32 (2), 67-74.
- Schur, E., Sanders, M. & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children, *International Journal of Eating Disorders*, 1, 74-82.

- Shamah-Levy, T. (2010). *Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE)*, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud.
- Sisson, B. A., Franco, S. M., Carlin, W. M. & Mitchell, C. K. (1997). Bodyfat analysis and perception of body image, *Clinical Pediatrics*, 36, 415-8.
- Skrzypek, S., Wehmeier, P. M. & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 215-221.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código ético del psicólogo*, México: Trillas.
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Recomendaciones para prevenir la obesidad y el sobrepeso y mantener un buen estado nutricional en la adolescencia. [Documento recuperado el 4 de noviembre de 2012]. <<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionasalud/adolescencia/recopmendaciones.html>>.
- Statistical Package for Social Science (2012) .Programa para el análisis estadístico de las ciencias sociales, versión 20 para Windows, Chicago: SPSS.
- Soliah, L., Walter, J. & Erickson, J. (2000). Why do high school and college students begin dieting?, *Today's Dietitian*, 2 (8), 38-41.
- Stice, E. & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation, *Developmental Psychology*, 38 (5), 669-678.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect, *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Taylor, C. B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L. S., Gray, N., McKnight, K. M., Crago, M., Kraemer, H. C. & Killen, J. D. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescents girls, *International Journal of Eating Disorders*, 24, 31-42.
- Thompson, J. K. (1990). *Body Image Disturbances: Assessment and Treatment*, USA: Pergamon Press.
- _____ & Tantleff-Dunn, S. (1998). Assessment of body image disturbance in obesity, *Obesity Research*, 6, 375-7.

- Timmerman, G. M. (1998). Caloric intake patterns of non purgae binge eating women, *Western Journal of Noursing Research*, 20 (1), 103-118.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*, Barcelona: Ariel.
- Trujano, P., Nava, C., De Gracia, M., Limón, G., Alatraste, A. & Merino, T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género, *Anales de Psicología*, 26 (2), 279-287.
- Tucker, L. A. (1984). Physical attractiveness somatotype and male personality: a dynamic interactional perspective, *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1226-1234.
- Unikel, C., Bojórquez, I., Villatoro, J., Fleiz, 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.
- Unikel, S. C., Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleíz, C., Alcantar, E. N. & Hernández, S. A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del D. F. México, *Revista de Investigación Científica*, 52 (2), 140-147.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G. L., Mancilla, J. M. & Oliva A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos, *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11 (1), 185-197.

3.2. OBESIDAD MASCULINA. AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA CONTROL DE PESO EN PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES

REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ

Introducción

La asociación entre la obesidad en las primeras etapas de vida y los factores de riesgo de enfermedades crónicas, su persistencia en la edad adulta y el escaso éxito en su tratamiento, han llevado a los organismos internacionales a plantear a los gobiernos del mundo la necesidad de prevenir el problema controlando el peso corporal con medidas que promuevan principalmente una alimentación saludable y la actividad física.

Por otro lado, en la actualidad, se enfatiza la necesidad de utilizar diversas teorías y modelos educativos cuando se diseñan y realizan intervenciones orientadas a lograr cambios de conducta que contribuyan a prevenir y controlar la obesidad y otras enfermedades crónicas.

La autoeficacia o percepción de la persona sobre su propia capacidad para realizar las acciones recomendadas y lograr la conducta deseada, es considerada actualmente el factor que presenta una mayor relación con los cambios de conducta y los factores de riesgo para enfermedades crónicas.

Los resultados de diversas líneas de investigación revelan que la percepción de la autoeficacia ejerce un considerable impacto en el desarrollo humano y la adaptación. La autoeficacia percibida actúa como un elemento clave en la competencia humana y determina en gran medida la elección de actividades, la motivación, el esfuerzo y la persistencia en las mismas, así como los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales asociadas (Carrasco & Del Barrio, 2002).

Ahora bien, la teoría de la autoeficacia se interesa principalmente en el papel que tienen los factores cognoscitivos y en cómo éstos afectan las emociones y la conducta (Bandura, 1977, 1997, 2000; Bandura, Barbaranelli, Caprara & Pastorelli, 2001).

El punto central de esta teoría es la iniciación y persistencia de una conducta concerniente a las habilidades, capacidades conductuales y posibilidades de ser capaz de enfrentar con éxito una situación, de acuerdo a las demandas medioambientales y sus cambios.

La autoeficacia, que es uno de los mejores predictores para llevar a cabo determinadas conductas de salud (Milne & Orbell, 2000), desempeña un papel importante en la autorregulación de la conducta a través de sus efectos sobre la formación e intensidad de la intención, así como la persistencia en la acción frente a los obstáculos. En el área emocional, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con síntomas de depresión, ansiedad y estados de desamparo (Bandura *et al.*, 2001). Bandura (1991), Klein-Hessling, Lohaus y Ball (2005), Vinaccia, Contreras, Restrepo, Cadena y Anaya (2005), entre otros, han señalado el papel que tiene la autoeficacia en las conductas relacionadas con la salud.

Lo anterior pone de manifiesto la importancia de considerar la percepción de la autoeficacia en las situaciones de salud-enfermedad, y particularmente en personas que padecen obesidad.

Por lo tanto, el propósito del presente estudio es revisar, desde un enfoque teórico, el concepto de autoeficacia y su relación con el control de peso; asimismo, exponer los resultados obtenidos en torno a autoeficacia en adolescentes con obesidad.

Concepto de autoeficacia

El concepto de autoeficacia es uno de los pilares sobre los que se basa la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977, 1986, 1991). Ésta se vincula con las motivaciones y acciones de las personas, basadas en las creencias de sus capacidades y consecuencias de acuerdo a sus comportamientos, como la evaluación de las propias capacidades personales ante la posibilidad de cualquier acción (Carpi & Breva, 1997).

Bandura (1998; 2001), señaló que la autoeficacia percibida se refiere a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados; se trata de la convicción personal de tener éxito al realizar una conducta y

la confianza en los resultados al decidir mantener cierta acción, permitiendo así que el rendimiento del individuo sea mejor al reducir la alteración de procesos de pensamiento, así como la adquisición y mantenimiento de la motivación necesaria para tener éxito.

La autoeficacia también influye en la iniciación y persistencia de una conducta y en las habilidades, capacidades conductuales y posibilidades de enfrentar con éxito una situación, de acuerdo a las demandas medioambientales y sus cambios (Flores-León, González-Celis & Valencia-Ortíz, 2010).

Rothman, Salovey, Antone, Keough y Martin (1993), consideran importante señalar que una cosa es poseer las habilidades necesarias para hacer algo y otra es estar lo suficientemente seguros de los propios recursos para responder eficazmente a las situaciones demandantes o amenazantes. Esto porque la persona puede tener cualquier número de estrategias de afrontamiento eficaces, pero no necesariamente creer en su capacidad para hacer uso de ellas (Valutis, Goreczny, Abdullah, Magee & Wister, 2009).

Berman (2006), enfatiza que la autoeficacia puede tener una poderosa influencia en los comportamientos reales de las persona, ya que también opera como factor clave en el sistema generativo de competencia humana y se relaciona con el ejercicio del control y con la autorregulación de los procesos cognoscitivos, la motivación, los estados afectivos y fisiológicos (Bandura, 1998). La autoeficacia juega un papel importante en el funcionamiento humano, influyendo en el comportamiento del individuo, así como en el impacto de metas y aspiraciones, expectativas de resultados, tendencias afectivas y percepción de los impedimentos y oportunidades de su medio social (Bandura, 1995, 1997).

Es importante diferenciar entre autoeficacia, autoestima y locus de control. La autoeficacia percibida es un juicio de capacidad, la autoestima es un juicio de autovaloración y el locus de control es la creencia acerca de las contingencias de resultados determinados por nuestras acciones o por fuerzas fuera del control propio, por ejemplo, un alto locus de control no asegura sentido de poderío y bienestar (Bandura, 2001).

Bandura (2001), afirma que los pensamientos, tanto auto estimulantes como autodesvalorizantes, de optimismo y pesimismo,

así como las acciones a seguir, desafíos, metas, compromisos, esfuerzo para el desarrollo de éstas, los resultados esperados, la perseverancia ante obstáculos, resistir la adversidad, nivel de estrés y depresión al enfrentar demandas del ambiente y logros por alcanzar son influidos por las creencias de eficacia. En la acción, las creencias de autoeficacia operan en la actividad realizada y también influyen en la motivación para su realización (Bandura, 1991, 1997).

Bandura, Caprara, Barbaranelli, Pastorelli y Regalia (2001), señalan que el sistema de creencias de eficacia no es un rasgo global, sino un grupo de auto creencias ligadas a ámbitos de funcionamiento diferenciado.

Dimensiones de la variable de autoeficacia

Las creencias de autoeficacia tienen tres dimensiones: generalidad, fortaleza y nivel (Bandura, 2001).

a) Generalidad: las personas pueden juzgarse eficaces en varias actividades; las evaluaciones de los dominios de actividades, contextos situacionales y aspectos sociales manifiestan el patrón y grado de generalidad de las creencias de eficacia en las personas. La generalización varía entre los distintos tipos de actividades, las modalidades en las que se expresan las capacidades (conductuales, cognoscitivas o afectivas), las variaciones situacionales y los tipos de individuos hacia los cuales se dirige el comportamiento. Dentro de la gama de creencias de eficacia algunas son más importantes que otras; sin embargo, las auto creencias fundamentales son aquellas a partir de las cuales las personas estructuran su vida.

b) Nivel: se refiere al número de actividades que las personas creen que son capaces de realizar por encima de un valor seleccionado de la fortaleza de autoeficacia.

c) Fortaleza: las creencias de eficacia más débiles son fácilmente refutadas por experiencias desagradables, mientras que las personas con creencias más firmes en sus capacidades serán perseverantes, se esforzarán frente a las dificultades y obstáculos que se les presenten y no declinarán ante la adversidad. Es necesario cierto grado de autoconfianza para llevar a cabo una acción. A mayor sentido de eficacia personal, mayores serán la

perseverancia y las probabilidades de realizar con éxito la actividad elegida. Sin embargo, la fortaleza de eficacia no está relacionada necesariamente con la conducta a realizar, por lo que generalmente es una medida más informativa y sensible que el nivel de eficacia. Esta característica predomina en estudios acerca de actividad física (Balaguer, Escartí & Villamarín, 1995; Bandura, 1997).

Por otro lado, los fracasos de las personas que se consideran altamente eficaces son atribuidos a un esfuerzo insuficiente, estrategias inadecuadas o circunstancias desfavorables, percibiendo los obstáculos como superables. Mientras que las personas con baja autoeficacia atribuyen sus fracasos a escasa capacidad y evaluando las dificultades como enormes, sobre las cuales se puede ejercer muy poco control (Krueger y Dickson, 1994).

Respecto a las diferencias de género, las creencias de eficacia afectan el bienestar emocional. Por ejemplo, las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres (Culberston, 1997).

Ahora bien, Moritz, Feltz, Fahrbach y Mack (2000), han identificado a la autoeficacia percibida como sumamente importante en el autodesarrollo humano, la adaptación y el cambio, ya que es la vía mediante la cual diferentes formas de influencia social afectan la calidad del funcionamiento humano durante la vida (Bandura, 1997).

Fuentes de influencia de las expectativas de la variable de autoeficacia

Balaguer, Escartí y Villamarín (1995), señalan que las expectativas de autoeficacia son influidas principalmente por cuatro fuentes de información: los logros en la ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y los estados fisiológicos.

a) Logros de ejecución: éstos son entendidos como la experiencia personal del individuo para la realización de tareas concretas, siendo la principal fuente de información, así como la más influyente, vinculada a la autoeficacia (Feltz & Riessinger, 1990).

b) Experiencia vicaria: es la obtención de información acerca de una tarea y la capacidad de realizarla, a través de observar o imaginar a personas realizando dicha actividad. Tanto las variables del observador como las características del modelo influyen en

el éxito del modelado sobre las percepciones de autoeficacia. La práctica de actividades a través del modelado no sólo mejoran la adquisición de competencias, sino que también aumentan la percepción de eficacia personal para ejecutar actividades con éxito (Bandura, 1986).

c) Persuasión verbal: es una estrategia cognoscitiva que induce a la persona a tener la creencia de que posee la capacidad para conseguir lo que espera o desea. El éxito de esta estrategia se encuentra influida por la credibilidad y el prestigio del persuasor, así como, por las experiencias que el individuo tiene con la tarea (Bandura, 1977). Esta estrategia ha sido utilizada en algunas investigaciones, en donde se le habla positivamente al sujeto sobre su rendimiento (Weinberg y Gould, 1996; Wilkes & Summers, 1984).

d) Estados fisiológicos: se refiere a la autovaloración que realiza la persona sobre su propio estado físico, juzgando sus capacidades para realizar una tarea determinada. Las personas también utilizan indicadores de ineficacia física como la fatiga, la forma física o el miedo al ejercicio (Feltz & Riessinger, 1990).

En conclusión, las expectativas son creencias actuales que reflejan la historia individual y se proyectan hacia el futuro. Cuando éstas son positivas funcionan como incentivos; y las negativas, como obstáculos. Los resultados que las personas prevén dependen de los juicios acerca de lo hábiles que se consideran para desempeñarlas en determinadas situaciones (Balaguer, Escartí & Villamarín, 1995; Bandura, 2001; Villamarín, 1994).

Autoeficacia y actividad física

Como ya se señaló, la autoeficacia es un factor que por sí solo no puede producir los cambios conductuales; sin embargo, es un mecanismo cognoscitivo necesario en la explicación de la ejecución motora (Balaguer, Escartí & Villamarín, 1995).

La autoeficacia para la actividad física no sólo influye en los comportamientos relacionados al logro. También es un factor importante en la participación de los niños en el deporte. Además se ha identificado como variable trascendental que predice la adherencia a un programa de ejercicio (McAuley, Talbot & Martínez, 1999).

Las personas que se sienten más competentes tienen una mayor motivación para iniciar la práctica del deporte, y quienes continúan en ésta o en un programa de ejercicio se perciben más aptas que quienes la abandonan (Balaguer, Escartí & Villamarín, 1995).

Por otro lado, la responsabilidad individual es imprescindible para lograr el éxito de cualquier estrategia de control de peso, ya que los resultados, en gran medida, son dependientes del control alcanzado por la persona y de la permanencia del cambio en el estilo de vida, en donde el control de la ingesta alimentaria y el mantenimiento de un adecuado gasto calórico mediante la práctica regular de actividad física son actividades sustanciales. De acuerdo con Saldaña (1994), la autoeficacia constituye un factor importante para predecir tanto el éxito de tratamientos dirigidos al control de peso como al mantenimiento de las pérdidas de peso alcanzadas.

Diversos estudios señalan la existencia de relaciones significativas entre autoeficacia y actividad física. Por ejemplo, Aedo y Ávila (2009), reportan este tipo de relaciones en una muestra de niños de edad escolar. Asimismo, se asocia a la percepción de control de la conducta y la actividad física (Armitage, 2005). En pacientes con problemas cardíacos, la autoeficacia funciona como variable mediadora entre las intenciones de realizar ejercicio y la realización posterior de actividad física (Snihotta, Schwarzer & Scholz, 2005); asimismo, en el éxito de los tratamientos para la reducción del peso (Martín, Dutton & Brantley, 2004) y el mantenimiento del mismo (Elfhag & Rossner, 2005).

Además, es una variable predictora de la intención de comer alimentos bajos en calorías, frutas y vegetales (Povey, Conner, Sparks, James & Shepherd, 2000). Altos niveles de autoeficacia observados antes de un tratamiento se asocian con el control de peso dos años después de haber participado en un tratamiento conductual (Chang, Brown, Baumann & Nitzke, 2008; Delahanty, Meigs, Hayden, Nathan & The DPP Research Group, 2003).

Las investigaciones específicas sobre autoeficacia, deporte y actividad física se clasifican en dos grandes categorías, según Balaguer, Escartí y Villamarín (1995):

a) Como variable dependiente, se toma en cuenta la existencia de diferentes fuentes de información que indican la capacidad para

realizar una tarea. En su mayoría, son estudios experimentales y se compara el impacto diferencial de distintas fuentes de información sobre la autoeficacia y la ejecución (ejecución real, modelado, *feedback* verbal, etc.).

b) Como variable independiente influye en la ejecución de diferentes deportes y tareas motoras. También se han utilizado metodologías experimentales, ya que se manipula indirectamente la autoeficacia y se analiza la influencia de ésta operando sobre la ejecución motora. Asimismo, se han manejado metodologías observacionales, en donde se evalúa la autoeficacia respecto de tareas deportivas y se examina su relación con la conducta. En ambos casos metodológicos, se parte del supuesto teórico de que la autoeficacia regula el esfuerzo y la persistencia, siendo en parte determinante del rendimiento de la ejecución de tareas motoras, y podrá utilizarse como un predictor del mismo.

Por otro lado, se ha encontrado que la adherencia a un régimen de ejercicios está relacionado con altas creencias en autoeficacia obtenida antes de comenzar un programa; por lo tanto, el éxito en la adquisición del hábito del ejercicio y el mantenimiento a éste depende generalmente de la autorregulación de la eficacia en el sujeto (Kroll, Kehn, Ho & Groah, 2007).

En cuanto a la diferencia entre sexos, existen mayores puntajes de autoeficacia física y específica en varones que en mujeres, descubriendo que la autoeficacia se relaciona negativamente con la ansiedad y ésta no predice la ejecución (Balaguer, Escartí & Villamarín, 1995). Los hombres se perciben con mayor autoeficacia para la realización de ejercicio que las mujeres, especialmente en factores emocionales, esto indica que se vislumbran con mayor confianza para realizar ejercicio aun estando tristes, con otras cosas importantes que hacer o tengan algún padecimiento físico (Astudillo-García, & Rojas-Russell, 2006).

En 2005, Armitage realizó, en el Reino Unido, un estudio longitudinal en 94 adultos, en el cual la percepción de control de la conducta predijo significativamente la actividad física de la muestra.

Jeffrey, Kimberly y Mc Caughtry (2007), en una muestra de niños méxico-americanos de 9 a 12 años, residentes en Detroit, Estados Unidos, encontraron que tanto las actitudes como la

norma subjetiva y la percepción de control predijeron una actitud hacia la realización de actividad física.

Por otro lado, la autoeficacia es una de las variables más estudiadas tanto en el tema de la actividad física, como en una amplia variedad de comportamientos de diversa índole. Los estudios que la incluyen entre sus variables explican entre el 31 y el 39% de la varianza de la actividad física. Reportes recientes continúan identificándola como la principal variable psicológica asociada a la realización de actividad física, incluso en población semejante a la mexicana (*e. g.*, Latinos en Estados Unidos) (Márquez & McAuley, 2006; Ryan, 2005).

La autoeficacia, junto con las actitudes, parecen ser los factores psicológicos más fuertes y consistentemente asociados con la actividad física. Sin embargo, el trabajo de Bray, Gyurcsik, Culos-Reed, Dawson y Martin (2001) permite afirmar que la autoeficacia se asocia mejor con el inicio de la realización de ejercicio, pero no con el mantenimiento. Asimismo, esta asociación varía en función de aspectos socioculturales como evidencian lo datos del reporte de Trost, Pate, Dowda, Ward, Felton y Saunders (2002).

Evaluación de la autoeficacia para control del peso corporal

En los últimos años se han creado numerosas herramientas para la exploración de la autoeficacia. Por ejemplo, a nivel internacional se han desarrollado instrumentos como: General Self-Efficacy Scale (Schwarzer & Jerusalem, 1995), Exercise Regularly Scale (Lorig, Stewart, Ritter, González, Laurent & Lynch, 1996), The Nutrition Self-Efficacy Scale (Schwarzer & Renner, 2000), The Nutrition Self-Efficacy Scale (Anderson, Winett & Wojcik, 2000), Exercise Self-Efficacy Scale (Schwarzer & Renner, 2000). Los instrumentos que más se han utilizado en el área de la conducta alimentaria y autoeficacia son el Self-Efficacy Scale de Glynn y Ruderman (1986), y el Weight Efficacy Life-Style Questionnaire, de Clark, Abrams, Niaura, Eaton y Rossi (1991), que fueron adaptados al castellano por Ruiz, Berrocal, López y Rivas (2002, 2003), demostrando tener propiedades psicométricas adecuadas y una estructura bidimensional que mide los factores: afecto

negativo y circunstancias socialmente aceptables. Sin embargo, los autores discuten, en sus trabajos, sobre la necesidad de realizar nuevas investigaciones dirigidas a solventar los huecos existentes en relación con la evaluación de la autoeficacia para el control del peso y la actividad física, considerando que los programas conductuales de intervención en el tratamiento de la obesidad están dirigidos tanto a los hábitos alimentarios como a la actividad física (Stice, Shaw & Marti, 2006).

En México, recientemente se han publicado tres reportes sobre instrumentos para medir la autoeficacia, uno es el de *Autoeficacia hacia la actividad física en niños de edad escolar*, que identifica tres factores: búsqueda de alternativas positivas hacia la actividad física, capacidad para enfrentar posibles barreras para llevarla a cabo y expectativas de habilidad o competencia. Se trata de una adecuada iniciativa; sin embargo, los autores señalan que el cuestionario es limitado ya que utiliza una escala dicotómica de respuestas “sí” y “no”, lo que puede llegar a dificultar la detección de la relación entre la autoeficacia y la actividad física (Aedo & Ávila, 2009). El otro instrumento es el de *Autoeficacia para realizar conductas saludables en niños sanos* (Flores-León, González-Celis & Valencia-Ortiz, 2010), que mide dos factores: actividades de protección a la salud y actividades de independencia en menores de seis a doce años. El reporte más reciente es el del *Inventario de Autoeficacia percibida para control de peso* adaptado a población mexicana por Guzmán y Gómez-Peresmitré (2011) y que fue utilizado en el estudio que a continuación se describe.

Cabe hacer hincapié en que, si bien la autoeficacia percibida se concibe como uno de los principales determinantes de las intenciones para realizar actividad física y seguirla haciendo por períodos largos, son contados los instrumentos de autoeficacia elaborados específicamente para actividad física y control de peso, y menos aún para medir este constructo en población infantil y juvenil. Enseguida se exponen los resultados obtenidos de un estudio en el que se evaluó la autoeficacia en adolescentes con diagnóstico de obesidad.

Objetivo

Describir la autoeficacia para control de peso en adolescentes que padecen obesidad.

Definición de autoeficacia

“Juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura, 1987, p. 146).

Método

Muestra y Participantes

A partir de la selección de participantes a través de un muestreo de sujetos tipo se obtuvo una $n=115$.

Criterios de inclusión

- Valor de Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC_P) por arriba del centil 85.
- Estudiar en escuelas públicas en los grados de quinto o sexto grado de primaria y de primer a tercer grado de secundaria en Pachuca de Soto, Hidalgo.
- De manera informada y voluntaria, tanto los estudiantes como sus madres participaron firmando el acuerdo de consentimiento.

Criterios de exclusión

- Que los participantes:
- Padecieran alguna enfermedad crónica como diabetes y problemas en la tiroides, entre otras.
 - Tuvieran un tratamiento nutricional y/o psicológico relacionado con la obesidad.

Instrumentos (ver ítems y propiedades psicométricas en Apéndice)

Inventario de autoeficacia percibida para control de peso (Román, Díaz, Cárdenas & Lugli, 2007; adaptación de Guzmán & Gómez-Peresmitré, 2011, versión hombres).

Procedimiento

Se citó a las madres de familia de los alumnos participantes y se les informó sobre el diagnóstico de obesidad de sus hijos; se les solicitó su firma para otorgar el consentimiento informado con la finalidad de obtener su visto bueno para que sus hijos respondieran el instrumento. El mismo procedimiento se siguió con los alumnos. De manera cuidadosa y con el apoyo de las trabajadoras sociales y profesores de las escuelas se citó a los participantes identificados, en un lugar independiente de su salón de clases, se les explicó el objetivo del estudio, se les solicitó su participación voluntaria, firmando el consentimiento informado, y ahí mismo se les aplicó el instrumento.

Como una forma de retroalimentación y agradecimiento a los participantes se realizaron, en cada una de las escuelas, intervenciones psicoeducativas breves, tanto con los alumnos como con sus madres, informándoles sobre las causas, consecuencias de la obesidad y sobre algunas estrategias para mantenerse en el peso adecuado. En estas intervenciones participaron estudiantes de nutrición y de psicología (todos ellos pasantes en sus respectivas licenciaturas). Además, a cada uno de los directivos de las escuelas se les entregó un reporte general descriptivo de los resultados obtenidos en el estudio.

Resultados

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows. De acuerdo con el objetivo del estudio se describen los resultados de los datos

sociodemográficos de la muestra y la distribución porcentual de las variables investigadas.

Características sociodemográficas de la muestra

Edad

Se formó una muestra con $n=115$ (41%) hombres, dentro de un rango de edad de 10 a 16 años, $M_{totalidad}=12.7$, $DE=1.3$.

Nivel de escolaridad

Todos los participantes presentaban un diagnóstico de “obesidad”. De estos, el 30% cursaban la primaria y el 70% la secundaria.

Autoeficacia para control de peso

Con relación a la variable autoeficacia que fue evaluada con el *Inventario de autoeficacia percibida para control de peso* se describen los resultados obtenidos en cada uno de los factores evaluados.

En la Tabla 4 se muestra la distribución porcentual de las variables relacionadas con la autoeficacia para control de peso. Como puede observarse la mayoría de los participantes se inclinaron por elegir la opción de respuesta “seguro de poder hacerlo” y “puedo hacerlo” relacionadas con autopercepción de autoeficacia en todos los factores: actividad física y fuerza de voluntad, evitar la ingesta de alimentos no saludables, actividad física programada, control de peso, ingesta de alimentos, actividad física cotidiana e ingesta de alimentos y fuerza de voluntad. En menor porcentaje está “puedo intentarlo”, y finalmente se observan respuestas relacionadas con “no puedo hacerlo”. Estas últimas implican una autoeficacia baja, y en este sentido, dada la relevancia que desde el punto de vista teórico-práctico cobra el constructo de autoeficacia para controlar el peso se puede destacar que en esta muestra de participantes con obesidad los porcentajes de “no puedo hacerlo” son los siguientes: con relación a actividad física y fuerza de voluntad, el 5%; para el caso de evitar la ingesta

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

de alimentos no saludables, en un 14%; realizar actividad física programada, el 6% en hombres; para control de peso, 8%; con relación a autoeficacia para la ingesta de alimentos; y finalmente, en el factor de ingesta de alimentos y fuerza de voluntad, el 8 % considera que tampoco puede hacerlo.

Factores	Opciones de respuesta	Porcentaje
Actividad física y fuerza de voluntad	No puedo hacerlo	5.42
	Podría intentarlo	21.30
	Puedo hacerlo	37.85
	Seguro de poder hacerlo	35.43
Evitar la ingesta de alimentos no saludables	No puedo hacerlo	13.88
	Podría intentarlo	20.83
	Puedo hacerlo	33.61
	Seguro de poder hacerlo	31.68
Actividad física programada	No puedo hacerlo	5.57
	Podría intentarlo	22.26
	Puedo hacerlo	36
	Seguro de poder hacerlo	36.17
Control de peso	No puedo hacerlo	8.11
	Podría intentarlo	16.65
	Puedo hacerlo	30.27
	Seguro de poder hacerlo	44.97
Ingesta de alimentos	No puedo hacerlo	7.54
	Podría intentarlo	17.97
	Puedo hacerlo	29.56
	Seguro de poder hacerlo	44.93
Actividad física cotidiana (exclusivo de mujeres)	No puedo hacerlo	
	Podría intentarlo	
	Puedo hacerlo	
	Seguro de poder hacerlo	

Ingesta de alimentos y fuerza de voluntad (exclusivo de hombres)	No puedo hacerlo	7.83
	Podría intentarlo	16.35
	Puedo hacerlo	30.96
	Seguro de poder hacerlo	44.86

Tabla 4. Distribución porcentual de autoeficacia para control de peso en hombres con obesidad.

Discusión y conclusiones

Se logró el objetivo de explorar la autoeficacia para control de peso de adolescentes con obesidad, la mayoría de los participantes señalan que están seguros de poder realizar actividad física, mostrándose muy eficaces para realizar actividad física programada. Cabe señalar que este tipo de actividad se refiere a movimientos planificados y diseñados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud. Incluye actividades como: andar a paso ligero, andar en bicicleta, ir al gimnasio, aeróbics y practicar deporte. Tanto la actividad física cotidiana como la programada han demostrado ser benéficas para lograr la pérdida de peso (Andersen, Wadden, Bartlett, Zemel, Verde & Franckowiak, 1999), y para mejorar la condición física y el entrenamiento cardiovascular (Dunn, Marcus, Kampert, Garcia, Kohl & Blair, 1999).

En este sentido, los resultados concuerdan con los del Perfil Nutricional de los Escolares de Hidalgo 2010, ya que en 8 de 12 ítems que fueron aplicados a los niños, más del 50% se percibió con la capacidad para realizar actividad física, tales como: tengo la habilidad necesaria para jugar el deporte que quiera o para hacer ejercicio, realizar ejercicio, practicar un deporte, hacer actividad física después de la escuela la mayoría de los días de la semana y hacer actividad física en casa. Los datos hacen evidente la importancia de incluir la actividad física como una parte fundamental del trabajo escolar, que puede ser considerada en la tarea escolar y apoyar los contenidos curriculares de los programas de educación básica (Galván, Amezcua, & López 2011).

Por otro lado, es importante destacar que los resultados revelan que a los adolescentes se les complica percibirse como autoeficaces para controlar la ingesta de alimentos, el 14% de los participantes manifestó que se percibe como ineficaz para evitar la ingesta de alimentos no saludables. Es sumamente relevante no pasar por alto este dato. En el ámbito de la salud, son numerosas las investigaciones que se han realizado al respecto desde hace ya algunos años (e. g. Antova, Pattenden, Nikiforov, Leonardi, Boeve, Fletcher, *et al.*, 2003; Biddle, Gorely & Stensel, 2004). A pesar de ello, siguen siendo escasos los estudios centrados en el papel que pueden desempeñar dichas expectativas en los comportamientos de ingesta alimentaria. No obstante, existe evidencia empírica a favor de la consideración de la autoeficacia como un mecanismo mediador importante en el éxito de los tratamientos dirigidos a la reducción de peso (Martin, Dutton y Brantley, 2004), y el mantenimiento del mismo (Elfhag & Rossner, 2005). La autoeficacia también es una variable predictora de la intención de comer alimentos bajos en calorías, frutas y vegetales (Povey, Conner, Sparks, James y Shepherd, 2000). Se ha encontrado que niveles altos de autoeficacia antes de un tratamiento se asocian con el control de peso hasta dos años después de haber participado en un tratamiento conductual (Chang, Brown, Baumann & Nitzke, 2008; Delahanty, Meigs, Hayden, Nathan & The DPP Research Group, 2003).

Ahora bien, de acuerdo con la literatura (Bandura, 1977, 1997; Bandura, *et al.*, 2001), las personas con una alta percepción de autoeficacia evalúan mejor su salud y perciben la enfermedad como un proceso cambiante, más que como una amenaza, lo que implica que la mayoría de los participantes se perciben eficaces en cuanto a realizar actividad física, así como para controlar su ingesta de alimentos. Este dato es interesante, sobre todo tratándose de población que padece obesidad. Es probable que lo anterior se deba a que no hay una relación entre los hábitos o conductas de prevención de salud, como las relacionadas al control de peso y el estado real de salud, debido a las características propias de los síntomas y el tipo de enfermedad, que es la obesidad.

Como lo mencionan Tversky y Kahneman (1981) y Sánchez (2006), según la teoría prospectiva, las personas estarán más dispuestas a realizar una conducta saludable que implique riesgo

si se les motiva para que piensen en términos de las ganancias potenciales que pueden obtener y de las pérdidas asociadas si no la llevan a cabo. Lo anterior puede explicar por qué los participantes evaluados se percibían capaces de realizar actividad física (no así respecto al control de su alimentación).

Si los niños no perciben una problemática real que amenace su salud, como lo es la obesidad, es probable que la percepción de eficacia se encuentre sobrevalorada.

Milne y Orbell (2000), afirman que la autoeficacia desempeña un papel importante en la autorregulación de la conducta a través de sus efectos sobre la formación e intensidad de la intención y la persistencia en la acción frente a los obstáculos. Pero si ésta se encuentra sobrevalorada no es posible predecir con certeza si las conductas realizadas promueven la salud.

Según Demarbe (1994), las creencias sobre las causas de la enfermedad, su curso, consecuencias y tratamiento determinan las conductas que llevarán a cabo las personas para favorecer su salud. Por lo tanto, al obtener indicadores de autoeficacia en grupos de adolescentes sanos y adolescentes con obesidad, será posible desarrollar intervenciones que promuevan incrementar la autoeficacia percibida y favorecer conductas de prevención y promoción de salud que reduzcan el riesgo de padecer problemas futuros, o bien disminuir las complicaciones de una enfermedad debido a la falta de seguimiento de las indicaciones médicas.

La principal limitación de este estudio radica en que la percepción de autoeficacia fue evaluada en adolescentes con obesidad, por lo que sería relevante medir dicha percepción en adolescentes con peso normal y compararlos, si se toma en cuenta que una enfermedad crónica genera cambios en el estilo de vida.

Referencias bibliográficas

- Aedo, A. & Ávila, H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (4), 324-329.
- Andersen, R. E., Wadden, T. A., Bartlett, S. J., Zemel, B., Verde, T. J. & Franckowiak, S. C. (1999). Effects of lifestyle activity vs.

- structured aerobic exercise in obese women: a randomized trial, *JAMA*, 281 (4), 335-340.
- Anderson, E. S., Winett, R. A., & Wojcik, J. R. (2000). Social-cognitive determinants of nutrition behavior among supermarket food shoppers: A structural equation analysis, *Health Psychology*, 19 (5), 479-486.
- Antova, T., Pattenden, S., Nikiforov, B., Leonardi, G. S., Boeve, B. & Fletcher, T. (2003). Nutrition and respiratory health in children in six. Central and Eastern European countries, *Thorax*, 58, 231-236.
- Armitage, C. J. (2005). Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity?, *Health Psychology*, 24, 235-245.
- Astudillo García, C. y Rojas Russel, M. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios, *Acta Colombiana de Psic.*, 9 (1), 41-49.
- Balaguer, I., Escartí, A. & Villamarín, F. (1995). Autoeficacia en el deporte y en la actividad física: estado actual de la investigación, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48 (1-2), 139-159.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84, 191-215.
- _____ (1986). *Social Foundations of Thought and Action: a Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- _____ (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. España: Martínez Roca.
- _____ (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior, en Madden J. V. (ed.), *Neurobiology of Learning, Emotion and Affect*, New York: Raven Press.
- _____ (1995). *Self-efficacy in Changing Societies*, New York: Cambridge University.
- _____ (1997). *Self-efficacy. The exercise of Control*, New York: W. H. Freeman and Company.
- _____ (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory, *Psychology and Health*, 13 (4), 623-649.
- _____ (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory, en P. Norman, C. Abraham y M. Conner

- (eds.), *Understanding and Changing Health Behavior: from Health Beliefs to Self-regulation*, 299-239.
- _____ (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective, *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 1-26.
- _____, Barbaranelli, C., Caprara, G. & Pastorelli, C. (2001). Self-efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories, *Child Development*, 72, 187-206.
- _____, Caprara, G., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. & Regalia, C. (2001). Socio-cognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior, *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 125-135.
- Berman, E. S. (2006). The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample, *Eating Behaviors*, 7, 79-90.
- Biddle, S. J., Gorely, T., & Stensel, D. J. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents, *Journal of Sports Science*, 22, 679-701.
- Bray, S., Gyurcsik, N., Culos-Reed, S., Dawson, K. & Martin, K. (2001). An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance, *Journal of Health Psychology*, 6 (4), 425-434.
- Carpí, A. & Breva, A. (1997). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada, *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4 (7).
- Carrasco M., A. & Del Barrio M., V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes, *Psicothema*, 12 (2), 323-332.
- Chang, M., Brown, R., Baumann, L. & Nitzke, S. (2008). Self-efficacy and dietary fat reduction behaviors in obese African American and white mothers, *Obesity*, 16(5), 992-1001.
- Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A. & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (5), 739-744.
- Culberston, F. M. (1997). Depression and gender: an international review, *American Psychologist*, 52, 25-31.
- Delahanty, L., Meigs, J., Hayden, D., Nathan, D. & The DPP Research Group (2003). Psychological and behavioral predictors of long-term weight loss in the Diabetes Prevention Program (DPP), *Diabetes*, 52 (suppl. 1), A411.

- Demarbe, V. (1994). Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la psicología de la salud, *Anuario de Psicología*, 64, 71-74.
- Dunn, A., Marcus, B., Kampert, J., García, M., Kohl, H. & Blair, S. (1999). Comparison of lifestyle and structured intervention to increase physical activity and cardiorespiratory fitness. A randomized trial, *JAMA*, 27 (4), 327-334.
- Elfhag, K. & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain, *Obesity Review*, 6 (1), 67-80.
- Feltz, D. L. & Riessinger, C. A. (1990). Effects of in vivo emotive imagery and performance feedback on self efficacy and muscular endurance, *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 132-143.
- Flores-León, A., González-Celis R., A. L. & Valencia Ortiz, A. (2010). Validación del instrumento de autoeficacia para realizar conductas saludables en niños mexicanos sanos, *Revista Psicología y Salud*, 20 (1), 23-30.
- Galván, M., Amezcua G. A. & López R. G. (2011). *Perfil nutricional de los escolares de Hidalgo 2010. Resultados principales*. México: UAEH, DIF-Hidalgo, SEP-H, SSA-H.
- Glynn, S. M. & Ruderman, A. J. (1986). The development and validation of an eating self-efficacy scale, *Cognitive Therapy and Research*, 10 (4), 403-420.
- Guzmán, R. & Gómez-Peresmitré, G. (2011). Análisis discriminante del inventario de autoeficacia para control de peso en adolescentes mexicanos, *Revista Psicología y Salud*, 21 (2), 157-164.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006*, México: Secretaría de Salud.
- Jeffrey, J., Kimberly, L. & Mc Caughy, N. (2007). The Theory of planned behavior: predicting physical activity in Mexican-american children, *Journal Sports Exercise Psychology*, 29 (2), 225-38.
- Klein-Hessling, J., Lohaus, A. & Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behaviour in children psychology, *Health y Medicine*, 10 (1), 31-43.

- Kroll, T., Kehn, M., Ho, P. & Groah, S., (2007). The SCI Exercise Self-Efficacy Scale (ESES): development and psychometric properties, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 34 (4).
- Krueger J. R., N. F. & Dickson, P. R. (1994). How believing in ourselves increases risk taking: perceived self-efficacy and opportunity recognition, *Decision Sciences*, 25 (3), 385-400.
- Márquez, D. X. & Mc Auley, E. (2006). Social cognitive correlates of leisure time physical activity among Latinos, *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (3), 281-289.
- Martin, P. D., Dutton, G. R. & Brantley, P. J. (2004). Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women, *Obesity Research*, 12 (4), 646-51.
- McAuley, E., Talbot, H. M. & Martínez, S. (1999). Manipulating self-efficacy in the exercise environment in women: influences on affective responses, *Health Psychology*, 18 (3), 288-294.
- Milne, S. E. & Orbell, S. (2000). Can protection motivation theory predict breast self-examination? A longitudinal test exploring the role of previous behavior, en P. Norman, C. Abraham y M. Conner (eds.), *Understanding and Changing Health Behavior: from Health Beliefs to Self-regulation*, Amsterdam: Harwood.
- Moritz, S. E., Feltz, D. L., Fahrbach, K. R. & Mack, D. E. (2000). The relation of self-efficacy measures to sport performance: a meta-analytic review, *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71, 280-94.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R. & Shepherd, R. (2000). Application of the therapy behaviour theory to two dietary behaviours: roles of perceived control and self-efficacy, *British Journal of Health Psychology*, 5 (2), 21-139.
- Rothman, A. J., Salovey, P., Antone, C., Keough, K. & Martin, C. (1993). The influence of message framing on intentions to perform health behaviours, *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 408-433.
- Ruiz, V. M., Berrocal, C., López, A. E. & Rivas, T. (2002). Factor analysis of the spanish version of the weight efficacy life-style questionnaire, *Educational y Psychological Measurement*, 62 (3), 539-554.

- _____ (2003). Autoeficacia en el control de la ingesta (Adaptación al castellano de la eating self efficacy scale), *Psicothema*, 15 (1), 36-40.
- Ryan, M. P. (2005). Physical activity levels in young adult hispanics and whites, *Social Cognitive Determinants*, 20 (6), 709-727.
- Statistical Package for Social Science (2009). Programa para el análisis estadístico de las ciencias sociales, versión 17 para Windows, Chicago: SPSS.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*, Madrid: Terapia de conducta y salud.
- Sánchez, J. C. (2006). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y la motivación cognitiva, *International Journal of Clinical Psychology*, 6 (3), 613-630.
- Sniehotta, F. F., Schwarzer, R., Scholz, U. & Schüz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment, *European Journal of Social Psychology*, 35, 565-576.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale, en J. Weinman, S. Wright, y M. Johnston, *Measures in Health Psychology: a User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*, Windsor, UK: NFER-NELSON.
- _____ & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy, *Health Psychology*, 19 (5), 487-495.
- Stice, E., Shaw, H. & Marti, N. A. (2006). Meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: the skinny on interventions that work, *Psychological Bulletin*, 132 (5), 667-691.
- Trost, S. G., Pate, R. R., Dowda, M., Ward, D. S., Felton, G. & Saunders, R. (2002), *Journal Adolescence Health*, 31(3), 226-33.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice, *Science*, 211, 453-458.
- Valutis, S., Goreczny, A. J., Abdullah, L., Magee, E. & Wister, J. (2009). Weight preoccupation, body image dissatisfaction, and self-efficacy in female undergraduates, *Journal of Psychiatry Psychology and Mental Health*, 3, 1-11.
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud, *Anuario de Psicología*, 61, 9-18.

- Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo L. M., Cadena, J. & Anaya, J. M. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 129-142.
- Weinberg, R. S. & Gould, D. (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*, Barcelona: Ariel.
- Wilkes, R. L. & Summers, J. J. (1984). Cognitions, mediating variables and strength performance, *Journal of Sport Psychology*, 6, 351-359.

3.3. IMAGEN CORPORAL EN UNA MUESTRA DE HOMBRES ADOLESCENTES

GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ
GISELA PINEDA GARCÍA

Introducción

Hasta fines de los ochenta la producción de conocimiento teórico-empírico sobre imagen corporal estuvo dedicada casi exclusivamente a la mujer (Fallon & Rozin, 1985; Lerner, Orlos & Knapp, 1976; Pliner, Chaiken, & Flett 1990). De tal manera que además de ser ésta, femenina, la insatisfacción con la imagen corporal se le llegó a considerar normativa (Rieves & Cash, 1996; Wilson & Blackhurst, 1999). Las mujeres respondían casi en automático que se encontraban insatisfechas con la forma y tamaño de su cuerpo, que querían ser más delgadas sin importar su peso corporal, de tal manera que podían estar muy delgadas y sin embargo desear estar todavía más delgadas, y se autopercebían, en general con más peso del real.

Conocimiento sobre imagen corporal

En México, el panorama era similar, aunque con una diferencia cultural muy importante. Se encontró que si las preguntas se hacían abiertamente: “¿Qué tan satisfecha te encuentras con... (forma / tamaño) de tu cuerpo?” La respuesta era de “alta” y muy “alta satisfacción”. Pero cuando las mismas preguntas se hacían de manera encubierta, por ejemplo, con selección de siluetas: “¿Cuál figura se parece más a tu cuerpo?” (figura actual), “¿Qué figura te gustaría tener?” (figura ideal) entonces, las respuestas eran de “insatisfacción” (la diferencia entre figura actual y figura ideal). Las mismas chicas que habían respondido estar “satisfechas” y “muy satisfechas” ahora eran las “insatisfechas” y “muy insatisfechas” (Gómez-Peresmitré, Saucedo & Unikel, 2001). Pero lo importante a resaltar en este punto es que la imagen corporal era considerada como punto de interés, de preocupación de las mujeres, por lo que se pensaba, de la misma manera, que poco o

nada tenía que ver con los hombres. Sin embargo, un poco más tarde, los estudios empezaron a mostrar no sólo que la imagen corporal también afectaba a los hombres sino que definitivamente había diferencias “cualitativas” entre los géneros. Los hombres, lejos de buscar la delgadez de sus cuerpos, deseaban ganar peso (Betz, Mintz & Speakmon, 1994; Mintz & Betz, 1986); aunque debe precisarse que también entre los hombres había quienes querían perder peso, tener músculo, en ciertas partes corporales, como espalda, brazos, tórax, piernas (Betz, Mintz, & Speakmon, 1994; Jacobi & Cash, 1994; McCreary y Sasse, 2000; Morrison, Morrison & Hopkins, 2003; Pope *et al.*, 2000).

Figura corporal masculina

Es en el siglo XXI cuando se hace evidente la insistencia de un componente masculino (el músculo) de la figura corporal, aunque no marca su aparición ya que algunos años atrás varios investigadores, entre ellos Bruchon-Schweitzer (1992), hacían referencia al músculo cuando hablaban de la forma corporal mesomorfa (sin grasa y con músculo). Sin embargo, este siglo sí está marcado por la presión que los medios de comunicación social ejercen sobre los hombres en tanto puede verse cómo los mensajes se relacionan principalmente con aspectos de acondicionamiento físico y musculatura (Leit, Gray & Pope, 2002; Leit, Pope & Gray, 2001), de tal manera, que hay investigadores (McCreary & Sasse, 2000), que señalan que el desarrollo de construcciones como “impulso”, “motivación”, etc., que se traducen como *drive* hacia la musculatura, son útiles en el manejo de la “preocupación de los hombres” por la imagen corporal, tal y como las teorías y escalas de medición. Por ejemplo, las de Garner (1991), dan cuenta del *drive* para la delgadez en el caso de la mujer.

Con base en los antecedentes descritos, nos propusimos dedicar una parte importante del estudio al conocimiento de los factores de riesgo asociados con la imagen corporal, esto es, se plantearon como objetivos determinar en relación con los varones: 1. Niveles de satisfacción/insatisfacción; 2. Niveles de alteración; 3. Importancia atribuida a peso corporal en relación con ser o no

atractivo; y 4. Importancia atribuida a la figura o apariencia física en diferentes situaciones de interacción social.

Método

Muestra y participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística formada con $N=1646$ adolescentes estudiantes de bachillerato y del primer semestre de estudios profesionales, con un rango de edad de 15 a 19 años y edad promedio de $M=17.0$ años ($\pm .052$ y $DE=2.1$).

Instrumentos (ver ítems y propiedades psicométricas en Apéndice)

Medición de imagen corporal

Escala visual de siluetas. Adolescentes y jóvenes (Gómez-Peresmitré 1998, 2000, 2010). Escala evaluativa de insatisfacción con partes corporales (nueve subescalas bipolares, tipo Osgood) (Gómez-Peresmitré, 1998).

Escala de la importancia de la figura corporal en interacción social [seis subescalas, tipo Likert] (Gómez-Peresmitré, 1999).

Variables medidas:

1. Satisfacción/insatisfacción.
2. Alteración de imagen corporal (sobrestimación/subestimación).
3. Atractivo corporal.
4. Importancia de la imagen.

Índice de Masa Corporal (IMC) (Saucedo & Gómez-Peresmitré, 1997).

Resultados

Entre los resultados que más llaman la atención está la congruencia de las respuestas encontradas entre las distribuciones de insatisfacción y alteración corporal, así como la similitud

porcentual entre las mismas. Se encontró, por ejemplo: 1) Insatisfacción negativa (42%), esto es, los chicos, en un 42% querían estar más gruesos y 2) Subestimación (42%), es decir, el 42% también subestimaba, es decir se autopercibía más delgado de lo que era en realidad. Puede verse entonces la congruencia entre las respuestas: me percibo más delgado de lo que soy por lo que me siento insatisfecho porque desearía ser más grueso, o al revés: me gustaría ser más grueso (insatisfacción negativa) porque me percibo más delgado de lo que estoy (subestimación). Asimismo, se encontró 3) Satisfacción (27%) y 4) No-alteración (27%): los chicos que no alteraban su imagen corporal (se percibían como eran) se encontraban satisfechos; 5) Insatisfacción positiva (31%) y 6). Sobre-estimación (31%): los estudiantes que se percibían más gruesos de lo que eran se mostraron insatisfechos porque querían estar más delgados (insatisfacción positiva). Esta misma congruencia se encontró en relación con los resultados del IMC y los de autopercepción del peso corporal, por ejemplo, los participantes con IMC indicador de peso normal también se autopercibían con normo-peso.

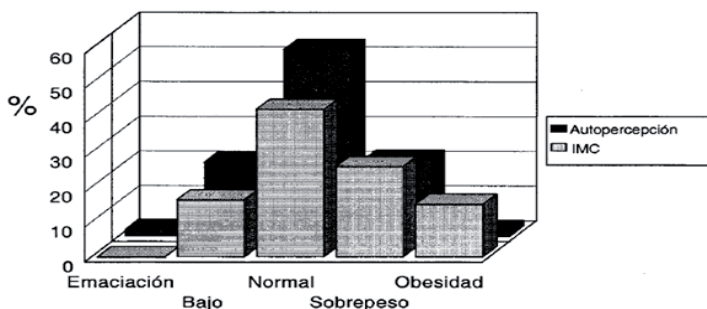


Figura 6. Distribución de las variables IMC y autopercepción del peso corporal (muestra total).

Fuente. Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000).

Por otra parte, las medias por grupo de ambas distribuciones (satisfacción y alteración de la imagen corporal) resultaron negativas y características del género masculino: insatisfacción

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

por querer estar más grueso ($M=-.09$) ($DE=1.5$) y por percibirse más delgado de lo que sería su figura ideal, subestimación: $M=-.35$ ($DE=1.6$).

Puntuación Satisfacción/Insatisfacción	Sat./Insat. (Fig. actual-Fig. ideal)	%	Puntuación Alteración	Alteración (IMC-APC)	%
-	Insatisfacción	41.9	-	Subestimación	41.6
0	Satisfacción	27.2	0	No alteración	27.8
+	Insatisfacción	30.9	+	Sobre-estimación	30.6
$M \pm E. E.$	$-.090 \pm .038$		$M \pm E. E.$	$-.347 \pm .188$	
DE			DE	1.59	

Tabla 5. Distribución en porcentajes de las variables satisfacción/insatisfacción y alteración de la imagen corporal por muestra total, medias y desviaciones estándar.

Fuente. Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000.

Ahora bien, ¿qué tan atractivos se sentían (autoatribución del calificativo atractivo a partes corporales, cuerpo y yo) los participantes de este estudio? Lo que sobresale de los resultados es que sus valores (que van de 1 a 5) son bajos, por ejemplo las medias de “partes corporales” (1.04 a 2.01); de “cuerpo” (1.25 a 1.89) siendo similares a lo largo de todas las preguntas y de toda la muestra. Las más altas fueron las medias del calificativo “atractivo” al ítem “yo”: “yo me considero...” (2.81 a 3.36) que alcanzan un atractivo regular, pero, cuerpo y partes corporales fueron calificadas como poco y algo atractivos. ¿Qué pasa cuando se revisan las variables de satisfacción/insatisfacción con esas mismas “partes corporales, cuerpo y yo”?

Se encontró lo mismo: valores bajos pero con información adicional, valores menos bajos los de tamaño que los de forma. Esto es, se encontró mayor insatisfacción con tamaño (grande/pequeño, gordo/delgado) que con forma (proporcionado/

desproporcionado, bien formado/mal formado), puesto que las puntuaciones de satisfacción/insatisfacción (entre más grandes mayor insatisfacción). ¿Qué importancia le atribuyen los hombres de la muestra a la figura corporal en diferentes situaciones de interacción social? Se encontró que se le atribuye una importancia “regular” a la figura corporal con el sexo opuesto, fiestas y amigos, y que la consideran “más importante” en relación con uno mismo en donde alcanzó medias hasta de 3.97 a 4.02; pero en el trabajo, en la familia y en los estudios, se le atribuyó “poca” importancia.

Discusión y conclusiones

De acuerdo con los resultados, puede afirmarse que resultó de gran interés la congruencia cualitativa encontrada en las respuestas dadas a las distribuciones de insatisfacción y alteración corporal, así como la congruencia cuantitativa (similitud porcentual) entre las mismas, debido a que entre las mujeres no se encuentra respuestas de concordancia como las descritas en este estudio. En relación a las diferentes variables en las que se exploró satisfacción/insatisfacción se encontró insatisfacción, tanto en la forma agregada (figuras completas como objeto de elección y el concepto cuerpo como objeto de evaluación) como en la desagregada (partes corporales). Así, la presencia de mayor insatisfacción, tanto por querer ser más grueso (insatisfacción con signo negativo) como por desear estar más delgado (insatisfacción con signo positivo) fue evidente y más aún con partes corporales con las que se mostraron insatisfechos de modo consistente con el tamaño y forma, aunque ligeramente menos insatisfechos con esta última, con forma. Así podemos concluir que “insatisfacción” y “alteración” resultaron negativas y características del género masculino: insatisfacción por querer estar más grueso y subestimación (alteración) por percibirse más delgado de lo que estaba. Los participantes se autocalificaron como medianamente atractivos

Debe subrayarse, sin embargo, que todavía resultó más evidente la presencia de alteración de la imagen corporal en la forma de subestimación. Fue claro que los muchachos que estaban insatisfechos

porque deseaban mayor peso también se subestimaban, se auto-percibían más delgados de lo que eran en realidad y viceversa. Los insatisfechos porque querían menor peso, también se auto-percibían más gruesos de lo que eran (sobrestimaban). La pregunta que surgió de esta investigación fue: si los hombres alteran su imagen (subestiman o sobrestiman), entonces ¿la auto-percepción podría explicar su insatisfacción? La respuesta, como es claro, requiere de mayor investigación: conocer la dirección causal de la relación entre las variables (la percepción depende de la satisfacción o la satisfacción depende de la percepción) es tarea de nuevas investigaciones. Pero también quedó claro que se encontraron las dos tendencias, los insatisfechos porque querían estar más gruesos y aquellos que querían estar más delgados.

Referencias bibliográficas

- Betz, N. E., Mintz, L. & Speakmon, G. (1994). Gender differences in the accuracy of self-reported weight, *Sex Roles*, 30 (7-8), 543-552.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*, Barcelona: Herder.
- Jacobi, L., & Cash, T. F. (1994). In pursuit of the perfect appearance: discrepancies among self ideal percepts of multiple physical attributes, *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (5), 379-396.
- Dunn, J. G. H., Gotwals, J. K. & Dunn, J. C. (2005). An examination of the domain specificity of perfectionism among intercollegiate student athletes, *Personality and Individual Differences*, 38 (6), 1439-1448.
- Fallon, A. E. & Rozi, P. (1985). Sex differences in perception of desirable body shape, *Journal of a Normal Psychology*, 94 (1), 102.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante: 'sentirse atractivo' o 'ser atractivo'?, *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-33.
- _____ (1999). Preadolescentes mexicanas y cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal, *Revista Mexicana de Psicología* 1 (16) 153-165.

- _____ (2000). *Prevención primaria: autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y la nutrición*, financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT 34507-H).
- _____, Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. & Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo en muestras del género masculino, *Psicología Contemporánea*, 7 (1), 4-15.
- _____, Saucedo, M., T. & Unikel, S. C. (2001b). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud, en N. Calleja y G. Gómez-Peresmitré (comp), *La psicología social: investigación y aplicaciones en México*, México: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2010). Realidad virtual. Promoción de la diversidad corporal y prevención /educación de trastornos de la imagen corporal en hombres adolescentes. Proyecto IXTLI.
- Leit, R. A., Gray, J. J. & Pope, H. G. (2002). The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia?, *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 334-338.
- Leit, R. A., Pope, H. G. & Gray, J. J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of playgirl centerfolds, *International Journal of Eating Disorders*, 29 (1) 90-93.
- Lerner, R. M., Orlos, J. B. & Knapp, J. R. (1976). Physical attractiveness, physical effectiveness, and self-concept in late adolescence, *Adolescence*, 11, 313-326.
- McCreary, D. R. & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls, *Journal of American College Health*, 48, 297-304.
- Mintz, L. B., & Betz, N. E. (1986). Sex differences in the nature, realism, and correlates of body image, *Sex Roles*, 15 (3-4), 185-195.
- Morrison, T. G., Morrison, M. A., & Hopkins, C. (2003). Striving for bodily perfection? An exploration of the drive for muscularity in Canadian men, *Psychology of Men and Masculinity*, 4 (2), 111.
- Pliner, P., Chaiken, S. & Flett, G. L. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16 (2), 263-273.

- Pope, H., Phillips, K. & Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*, New York: The Free Press.
- Rieves, L. & Cash, T. F. (1996). Social development factors and women's body-image attitudes, *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 63-78.
- Saucedo, T. & Gómez-Péresmitré, G. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de adolescentes mexicanos, *Acta Pediátrica de México*, 18 (1), 19-27.
- Wilson, N. L. & Black Hurst, A. E. (1999). Food advertising and eating disorders: marketing body dissatisfaction, the drive for thinness and dieting in women's magazines, *The Journal of Humanistic Counseling Education and Development*, 38 (2) 111-112.

3. 4. MODELOS ESTRUCTURALES. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN UNA MUESTRA DE HOMBRES DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO

JOSÉ SALINAS POLANCO
GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ

Introducción

A los TCA en varias ocasiones se les ha asociado como exclusivos del sexo femenino, cuando se escucha hablar de la anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), así como los Trastornos de Conducta Alimentarios No Especificados (EDNOS), inmediatamente puede aparecer la imagen de la mujer delgada o que está buscando los medios para lograrlo (Silva, 2007).

Asimismo, también hay que tomar en cuenta otros factores, como pueden ser diversos perfiles de personalidad, o características o rasgos en los individuos. Se ha propuesto en muchas ocasiones que los rasgos de personalidad influyen en la aparición de los TCA (Kirzman & Salgueiro, 2002). Por otra parte, también se ha propuesto que puede haber un origen genético al suponer que los TCA son hereditarios (Rodríguez, Fernández, Lalaguna, González & González-Pinto, 2001).

Índices de prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en hombres

Es importante plantear cuáles son los índices de prevalencia de los TCA en hombres y mujeres. De acuerdo con un estudio, se ha encontrado que en las últimas tres décadas ha habido un incremento en la prevalencia de problemas de alimentación; se observó un porcentaje de 0.5-1% de anorexia nervosa (AN) de 1-3% de bulimia nervosa (BN) y de aproximadamente 3% de Trastornos de Conducta Alimentaria no Especificados (EDNOS). Había una razón de prevalencia de TCA de 9 a 1, de mujeres respecto a varones (Peláez, Labrador & Raich 2005).

En las últimas dos décadas ha habido un incremento de la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de los TCA en hombres, al difundir y reforzar “cuerpos perfectos” hechos y compuestos con Photoshop, plastificados, etc., pero principalmente irreales, provocando insatisfacción corporal, y con esto la emisión de conductas (regímenes estrictos de ejercicio, dietas especiales, consumo de esteroides y químicos, cirugía plástica, etc.) con las que se pretende disminuir el malestar subjetivo y demás consecuencias psicológicas (Harvey & Robinson, 2003). Como señala Andersen (1999), los hombres que realizan dieta lo hacen con el propósito de dar forma a su cuerpo, no para subir o bajar de peso. Entre las razones para llevarla a cabo se encuentran:

1. Mejoramiento en la ejecución de los deportes.
2. Evitar enfermedades médicas.
3. Evitar la gordura.
4. Establecer una relación homosexual (p. 220).

Los hombres, en muchas ocasiones, tienen síntomas bulímicos por razones personales y específicas, las cuales no son tan reconocidas por los clínicos. Wichstrøm (2006) menciona que aunque un número significativo de varones con TCA es homosexual, no significa que sólo ellos los presenten. Es posible que en nuestra cultura, para el hombre homosexual, la apariencia tenga un valor apreciado igual que en el mundo femenino, mientras que al hombre heterosexual no se le ponen muchas exigencias a su presentación física.

Deportes y vulnerabilidad a los TCA

Otro aspecto a considerar es la participación en diversos deportes, sobre todo aquellos en los que se requiere un peso o figura específica (Dosil, 2004; Montenegro, 2006; Toro, 2004). Behar y Hernández (2002), postulan que la vulnerabilidad a los TCA tiende a incrementarse cuando el cuerpo se convierte en el principal instrumento de trabajo del deportista. Se ha encontrado que también la crítica hacia el tamaño y forma del cuerpo produce

experiencias y emociones negativas tales como: miedo, hostilidad, culpa, ansiedad, vergüenza, perfeccionismo, trastorno obsesivo compulsivo y depresión (Díaz, 2005). Dosil (2004), sugiere que los deportes que tienen un riesgo elevado para desarrollar TCA pueden dividirse en los siguientes grupos:

1. Deportes de categorías. Son aquellos en los cuales el peso determina la clasificación en una u otra categoría, entre ellos están el remo, la lucha, el box y el judo.

2. Deportes de estética. Son aquellas disciplinas en las cuales el aspecto físico y figura de los atletas influyen en la puntuación de los jueces, pueden señalarse la gimnasia, patinaje artístico y nado sincronizado.

3. Deportes de gimnasio. En estas disciplinas hay una preocupación para mantener un cuerpo atlético y musculoso, por ejemplo el fisicoculturismo y los aerobics.

4. Deportes de resistencia. En estos deportes los atletas buscan tener un bajo peso para mejorar su rendimiento. Los más notables son el ciclismo, el atletismo y la natación.

Deportes de categorías

En un estudio realizado con luchadores y boxeadores se observó que durante la etapa de preparación para un combate perdían y recuperaban grandes cantidades de peso de 5 a 9 kilos, y utilizaban varios métodos para perderlo que llegaban a ser extremos: deshidrataciones (saunas y vestidos para sudar), vómitos, ayunos, laxantes y diuréticos, incluso un luchador o boxeador puede perder desde un 2% hasta un 12% de su peso, entre 2 a 48 horas antes de una competencia (Thompson & Sherman, 1993). Es interesante mencionar que la disciplina del remo es un área que se empezó a estudiar a fines del siglo pasado. Terry, Lane y Warren (1999) encontraron que entre los remeros de alta competencia clasificados en peso ligero y pesado eran los de peso ligero los que reportaban síntomas de TCA en un 12%. Cuando presentaban estrés, confusión y depresión aumentaba la probabilidad de TCA o insatisfacción corporal.

Deportes de resistencia

Yates, Leehey y Shisslak (1983) demostraron que los varones que participan en carreras de fondo se preocupan por el peso y la grasa corporal, por lo que llegan a restringir sus dietas de manera crónica y a desarrollar prácticas compensatorias incrementando las distancias que recorren para perder el peso que consideran haber ganado. Por su parte, De Palma *et al.* (1993) analizaron un grupo de 131 jugadores de fútbol americano. Entre los principales resultados encontraron que 74% manifestaban rechazo a la comida, 17% vómito autoinducido, 66% ayuno, 4% usaba laxantes, 25% usaron píldoras para dieta, enemas o diuréticos, 42% tenía un patrón alimentario disfuncional y el 9% se purgaba. Es importante citar el trabajo de Kazzoun (2000), que comparó una muestra de 183 hombres atletas que estaban en deportes que enfatizaban el peso con una muestra de 180 controles. El grupo de atletas dependientes del peso tuvo más conductas anoréxicas y bulímicas que el grupo control.

Deportes de gimnasio

Una disciplina que ha sido más estudiada entre los hombres deportistas es el fisicoculturismo. Mangweth *et al.* (2001) analizaron tres grupos, fisicoculturistas, pacientes con anorexia y controles. Los fisicoculturistas tenían gran obsesión por la imagen corporal y la alimentación, semejante a la de los pacientes con anorexia. Además, los fisicoculturistas tenían niveles intermedios de trastornos psiquiátricos, aunque en lugar de perder peso su propósito era ganar musculatura. Pickett, Lewis, Cash y Pope (2005), compararon a un grupo de fisicoculturistas que participaban en competencias con fisicoculturistas que realizaban la actividad como pasatiempo y un tercer grupo de hombres sin ninguna actividad. De acuerdo con sus resultados, los fisicoculturistas de competencia, aunque reportaron mayor autoestima, presentaban mayores desórdenes de alimentación y un mayor deseo de aumentar de peso. Según Baum (2006), una parte importante de varones con TCA tienen una presión muy fuerte por mantenerse en un peso determinado por su

actividad y cuentan con un control bastante estricto. De acuerdo con Goldfield (1999), en esta categoría se puede mencionar a los fisicoculturistas, quienes buscan obtener delgadez y un ideal mesomórfico, reportan de una manera significativa preocupación por la forma y el peso, así como insatisfacción corporal y TCA. Estos problemas también se encuentran en boxeadores y corredores de caballos. También se han reportado casos en bailarines, quienes tienen una gran exigencia por mantener bajo su peso, y las cifras de casos van aumentando. En una muestra que estudiaron Giardino y Procidano (2012), de 113 levantadores de pesas, un porcentaje alto mostraba dependencia al ejercicio, la cual se correlacionó positivamente con dismorfia muscular, uso de esteroides y TCA. Con estos datos se confirma que la presencia de TCA se relaciona con más problemas, tales como el abuso de sustancias. En algunos casos se ha detectado que los hombres que tienen insatisfacción corporal, preocupación por el peso y que son adictos al ejercicio presentan “anorexia inversa”; esto es, en lugar de autopercebirse obesos se perciben delgados, sin músculo y buscan ganar más masa corporal (Molina, 2007).

Rasgos de personalidad, género y deporte

¿Qué resultados se han observado al efectuar estudios que comparan la personalidad de hombres con la de mujeres? Según Kajtna y Tusak (2003), el nivel de éxito deportivo no influye en la estructura de la personalidad, ni en la ansiedad; sin embargo, los atletas con mayor éxito tenían una mayor orientación al triunfo y eran más competitivos, una necesidad más fuerte de poder y de éxito, así como más automotivación. Las mujeres, en comparación a los hombres, presentaban índices mayores de ansiedad e inestabilidad emocional. En otra investigación llevada a cabo por Kjelsås y Augestad (2004), en hombres y mujeres se encontró que había diferencias notables en los rasgos de agresión indirecta, además de que las variables que más predecían la actividad física eran neuroticismo, extraversión, manejo de delgadez e insatisfacción corporal. En un estudio realizado por Dunn, Gotwals y Dunn (2005), se utilizó una muestra de

108 mujeres y 133 hombres. Entre sus principales resultados, los hombres tenían tendencia a ser más perfeccionistas que las mujeres, además, este rasgo dependía de la situación de cada persona.

En virtud de la relevancia social del deporte y del papel (protector o de riesgo) que puede jugar en relación con los trastornos de la conducta alimentaria, así como del poco conocimiento que existe al respecto, especialmente en el sexo masculino, se consideró relevante desarrollar modelos estructurales que permitieran analizar y describir el papel del deporte (de riesgo o protector) en relación con la conducta alimentaria, imagen corporal y rasgos de personalidad.

Método

Muestra y participantes

La muestra no probabilística quedó compuesta por 300 hombres adolescentes; dividida en dos grupos: deportistas de alto rendimiento que entrenaban las siguientes disciplinas: natación (94), waterpolo (44) y clavados (12) y un grupo de no deportistas (estudiantes que no hacían deporte ni alguna actividad física). Los grupos se igualaron en escolaridad y edad. El promedio de edad fue de $M=15.30$ y $DE=1.17$ y $M=15.10$ y $DE=1.25$ respectivamente.

Instrumentos (ver ítems y propiedades psicométricas en Apéndice)

Medición de imagen corporal

Escala visual de siluetas. Adolescentes y jóvenes (Thompson & Gray, 1995).

Variables medidas:

1. Satisfacción / insatisfacción;
2. Alteración de imagen corporal (sobreestimación/subestimación).

Medición conducta de riesgo

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), versión adolescentes y jóvenes (Gómez-Peresmitré, 1998, 2001, 2011).

3. Factor 1. Conducta alimentaria compulsiva (conductas alimentarias bulímicas).

4. Factor 2. Preocupación por el peso y la comida.

5. Factor 3. Dieta crónica y restringida.

Escala: Análisis del temperamento de Taylor y Johnson (1940), validada en México por Pereyra (1985).

Procedimiento

La recolección de datos no fue intrusiva. Se aseguró a cada uno de los participantes libertad de decisión y anonimato, además se les solicitó el consentimiento informado. Los instrumentos se aplicaron a los deportistas en los lugares de entrenamiento y a los no deportistas en sus escuelas, en los salones de clase.

Resultados

Índices de ajuste. Modelo deportistas. Con el propósito de desarrollar los modelos estructurales se utilizó el programa AMOS 4.0 de Arbuckle y Wothke (1999). En el grupo de deportistas, como se esperaba (aceptar la H_0 de no diferencia del modelo teórico y el modelo de la realidad) la prueba Ji cuadrada arrojó el siguiente valor no significativo ($X^2 = 3.932$ $gl = 5$ $p = .559$). Hay que destacar que las medidas de bondad de ajuste GFI, AGFI Y NFI fueron buenas al ser mayores a 0.90; y que la medida RMSEA fue menor que 0.05 con un índice de 0.00 por lo que se puede decir que el modelo es adecuado (Arbuckle & Wothke, 1999).

Modelo deportistas (MD)

Puede observarse que en el MD se formaron (ver Figura 7) dos grupos de variables, a la izquierda se ubicaron los rasgos de

personalidad (depresión, actividad social y hostilidad) intercorrelacionados entre sí (ligas con doble flecha) y relacionados con el otro grupo formado por factores de riesgo (preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restringida y conducta alimentaria compulsiva). El papel de “actividad social” resultó de gran importancia y, como puede verse, es protector, dadas las cargas negativas de sus relaciones: con depresión ($R=-.48$) de esta manera a mayor actividad social menor depresión, menor hostilidad ($R=-.20$) y menor preocupación por el peso y la comida ($B=-.11$). Como es sabido, las variables en los modelos estructurales influyen en otras variables a través de relaciones directas e indirectas. Así, puede afirmarse que en este modelo, “preocupación por el peso y la comida” jugó el papel de variable mediadora, como puede observarse en la Figura 7. Con esta variable se conectan, se relacionan directamente los tres rasgos de personalidad (depresión, actividad social y hostilidad) y de allí parte (su influencia) indirectamente a “Dieta crónica y restringida” y “conducta alimentaria compulsiva”. Analizando las cargas más altas (mayor influencia) se observa que “preocupación por el peso y la comida” obtuvo el peso más alto ($B .57$) en su relación con “dieta crónica y restringida”; a más “preocupación por el peso y la comida” mayor será “dieta crónica y restringida” y un peso de ($B .35$) con “conducta alimentaria compulsiva” que como puede verse indica que a más “preocupación por el peso y la comida” mayor será “conducta alimentaria compulsiva”. Al observar los datos de la varianza explicada (rectángulo inferior izquierdo en la Figura 7) puede notarse que “dieta crónica y restringida” explicó el 32% de la varianza y “conducta alimentaria compulsiva” el 20%, mientras que “preocupación por el peso y la comida” sólo explicó 11%.

Índices de ajuste. Modelo no-deportistas. Respecto al grupo de no deportistas también se obtuvieron resultados esperados como la no significancia de la prueba Ji Cuadrada ($X^2=12.692$ $gl=10$ $p=.241$), así como valores críticos aceptables en los índices de bondad de ajuste (Arburckle & Wothke, 1999): GFI, AGFI Y NFI resultaron mayores de .90, y la medida RMSEA fue menor de .05 observándose un índice de .043.

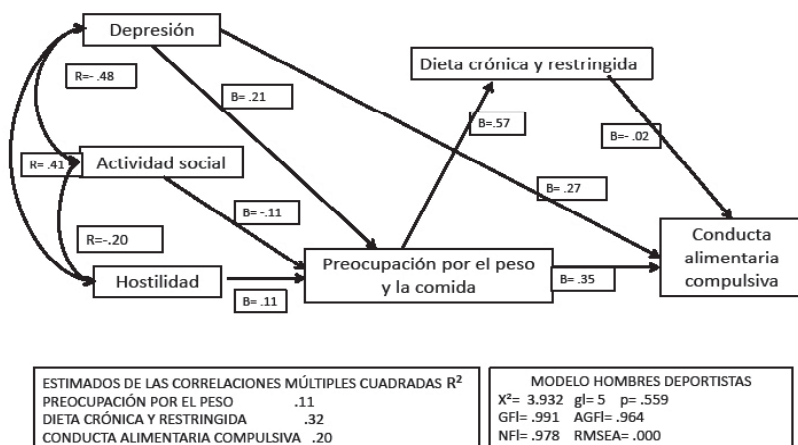


Figura 7. Modelo Deportistas (MD).

Modelo de los No Deportistas (MND)

Al observar el modelo MND (Figura 8) puede notarse nuevamente la formación de dos grupos de variables, por un lado, a la izquierda e inter-correlacionados entre sí, aparecen los rasgos de personalidad sólo que ahora, se añadió “ansiedad”, que no apareció en el MD y desapareció el de “actividad social” y su lugar lo ocupó una variable de imagen corporal, “insatisfacción corporal”, por el otro, a la derecha, se ubicaron los mismos factores de riesgo que en el MD: “preocupación por el peso y la comida” ocupando el mismo papel mediador, “dieta crónica y restringida” y “conducta alimentaria compulsiva”. Es importante señalar cómo “hostilidad” influye directamente sobre: “preocupación por el peso y la comida” y de allí, se bifurca su relación con “dieta crónica y restringida” y “conducta alimentaria compulsiva”. Deben subrayarse las cargas más altas (que las del MD) que establecen “preocupación por el peso y la comida” con “dieta crónica y restringida” (B .70) y con “conducta alimentaria compulsiva” (B .47). Ansiedad influye directamente sobre “conducta alimentaria compulsiva” (B .21).

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

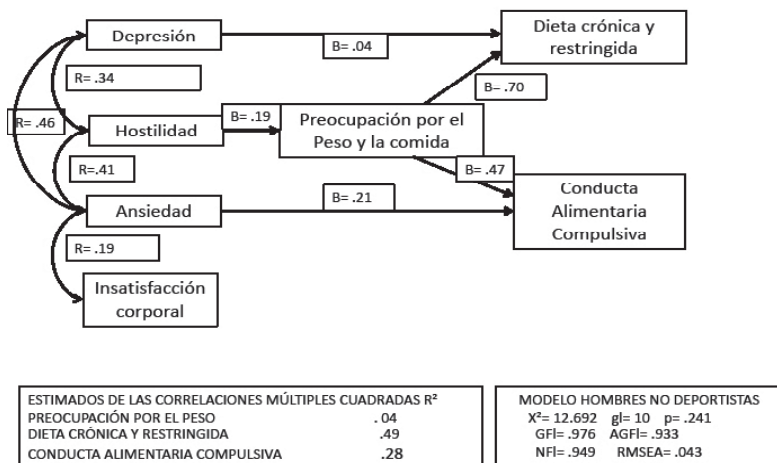


Figura 8. Modelo No Deportistas (MND).

También es importante hacer notar que en este modelo de no deportistas los porcentajes de varianza explicada fueron más altos que los del MD: “dieta crónica y restringida” ($R^2 .49=49\%$) y “conducta alimentaria compulsiva” ($R^2 .28=28\%$).

Discusión

En el presente estudio se consideró relevante desarrollar modelos estructurales que permitieran analizar y describir el papel del deporte (de riesgo o protector) en relación con la conducta alimentaria, imagen corporal y rasgos de personalidad. Al analizar los resultados, pueden confirmarse hallazgos previos que prueban que para los hombres la imagen corporal es menos importante que para las mujeres. Al observar los dos modelos se hace evidente que el factor de riesgo de insatisfacción corporal sólo aparece en el de los no-deportistas y éste no influye directamente en ninguno de los factores de riesgo (“preocupación por el peso y la comida”, “dieta crónica y restringida” y “conducta alimentaria compulsiva”). Cabe destacar el efecto mediador de “preocupación por el peso y la comida” en los dos modelos. Esto es, las relaciones

que se establecen entre los rasgos de personalidad y las conductas alimentarias de riesgo son moduladas por este mediador. Se requieren, sin embargo, nuevos análisis para especificar los efectos particulares de dicha mediación. Por otro lado, resultó de gran interés el hallazgo que mostró que entre los deportistas el rasgo de personalidad denominado “actividad social” tiene un papel protector contra los factores de riesgo que pueden contribuir a que se geste un trastorno de la conducta alimentaria. De esta manera, a mayor actividad social, menor depresión, menor hostilidad y menor preocupación por el peso y la comida. Debe hacerse notar que este factor protector sólo se presentó entre los chicos deportistas, lo que sugiere a su vez que el deporte está funcionando también como factor protector, coincidiendo con resultados de investigaciones previas (Doyle, Le Grange, Goldschmidt & Wilfley, 2007; Gerner & Wilson, 2005; Miotto, De Coppi, Frezza, Rosi & Preti, 2002; Schutz & Paxton, 2007). En cambio, un factor de “doble” riesgo, entre los deportistas es el que muestra el rasgo de personalidad de “depresión” ya que afecta directamente a “preocupación por el peso y la comida” e indirectamente, a través de éste, a “conducta alimentaria compulsiva”. Esta relación entre rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA confirma resultados previos, por ejemplo, los reportados por Feltman y Ferraro (2011) y Núñez-Navarro, *et al.* (2012).

Entre los chicos que no hacen deporte llamó la atención que se añadiera (a los rasgos de personalidad presentes entre los deportistas) el de “ansiedad” ausente entre los deportistas y como si esto fuera poco, que tampoco apareciera el factor de “actividad social”, que como ya se vio es un factor protector y que en su lugar se instaurara “insatisfacción corporal”. Es decir, que se intercambiara un factor protector (actividad social) por uno de riesgo (insatisfacción corporal). No debe perderse de vista que toda esta relación da cuenta nuevamente del papel protector del deporte. Por otro lado, el rasgo de personalidad de “ansiedad” influyó directamente en “conducta alimentaria compulsiva” tal y como lo reportaran, entre otros autores, Goldschmidt *et al.* (2008). Debe hacerse notar que cada rasgo de personalidad influyó directamente en alguno de los factores de riesgo en TCA. Por ejemplo, resulta interesante ver que “hostilidad” se relaciona

directamente con “preocupación por el peso y la comida” y a través de éste lo hace con las otras dos conductas alimentarias de riesgo (“dieta crónica y restringida” y “conducta alimentaria compulsiva”). Comparando en los dos grupos: la influencia de las relaciones de “preocupación por el peso y la comida” sobre “dieta crónica y restringida” ($B_{\text{no-dep.}} .70$ vs. $B_{\text{dep.}} .57$) y sobre “conducta alimentaria compulsiva” ($B_{\text{no-dep.}} .47$ vs. $B_{\text{dep.}} .35$) las cargas más altas se encontraron entre los no deportistas. Asimismo, las conductas alimentarias de riesgo entre los chicos que no hacen deporte explicaron mayor varianza que los deportistas: “dieta crónica y restringida” (.49 vs .32) respectivamente; “conducta alimentaria compulsiva” (.28 vs .20), respectivamente.

Conclusiones

El deporte resultó ser un factor protector general contra la generación de factores de riesgo que puedan conducir a trastornos alimentarios, comprendiendo en su modelo, Figura 7 (Modelo de Deportistas) un factor protector específico, “actividad social” cuyo incremento se relaciona con menor depresión, menor hostilidad y menor preocupación por el peso y la comida.

La depresión (rasgo de personalidad) se constituyó en el factor de riesgo más importante entre los deportistas: ejerce una doble influencia directa, una, sobre “preocupación por el peso y la comida” y otra, sobre “conducta alimentaria compulsiva”, además de una influencia indirecta sobre esta última ejercida a través de “preocupación por el peso y la comida” (ver Figura 7).

En el modelo de los chicos que no hacen deporte (Figura 8) se añade, a la lista de rasgos de personalidad que aparecen entre los deportistas el de “ansiedad”, produciéndose además un intercambio desfavorable para los mismos: el factor protector de “actividad social” se cambia por uno de riesgo (insatisfacción corporal).

Hostilidad (rasgo de personalidad) se constituyó en el factor de riesgo más importante entre los no deportistas, relacionándose directamente con “preocupación por el peso y la comida” y a través de éste, indirectamente, con las conductas alimentarias de riesgo (“dieta crónica y restringida” y “conducta alimentaria compulsiva”).

En suma los no deportistas mostraron mayor problema en el manejo de conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal y en el de rasgos de personalidad, como depresión, ansiedad y hostilidad.

Los rasgos de personalidad investigados no sólo se relacionan con los factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria sino que constituyen factores que favorecen la aparición de trastornos de la conducta alimentaria

Por último, se sugiere que los programas de prevención en trastornos de la conducta alimentaria para hombres deportistas y no deportistas promuevan el desarrollo de actividad social, tomen en cuenta el efecto mediador o modulador del factor preocupación por el peso y la comida, tomen en cuenta el efecto negativo de la hostilidad y depresión en los trastornos de la conducta alimentaria y promuevan, en especial, el deporte.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones más importantes de este estudio se encuentra la imposibilidad de generalizar los resultados a la población de deportistas de alto rendimiento, debido a la no aleatoriedad de la muestra. Asimismo, el carácter de autoreporte de la investigación debe complementarse en estudios futuros, especialmente con metodología prospectiva. Debe señalarse, sin embargo, que se ha hecho una primera aportación al campo de conocimiento en trastornos alimentarios en el deporte de alto rendimiento, en el que somos pioneros en nuestro contexto social.

Referencias bibliográficas

- Andersen, A. E. (1999). *Males With Eating Disorders: Medical Considerations. Eating Disorders: A Guide to Medical Care And Complications*, Nueva York: Mehler, Phillip.
- Arbuckle, J. L. & Wothke, W. (1999). *Guía 4.01 del usuario de los AMOS*, Chicago: Smallwaters.
- Baum, A. (2006). Eating disorders in the male athlete, *Sports Medicine*, 36, 1, 1-6.

- Behar, A. R. & Hernández, T. P. (2002). Deportes y trastornos de la conducta alimentaria, *Revista Médica de Chile*, 130 (3), 287-294.
- De Palma, M. T., Koszewski, W. M., James, G., Barile, R., De Palma, B. F. & Oliaro, S. M. (1993). Weight control practices of lightweight football players, *Medicine y Science in Sports and Exercise*, 25 (6), 694-701.
- Díaz, I. (2005). Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores, *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5 (1-2), 67-80.
- Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*, Madrid: McGraw-Hill.
- Doyle, C., Le Grange, D., Goldschmidt, A. & Wilfley, E. (2007). Psychosocial and physical impairment in overweight adolescents at high risk for eating disorders, *Obesity*, 15 (1), 145-154.
- Dunn, J. G., Gotwals, J. K. & Dunn, C. J. (2005). An examination of the domain specificity of perfectionism among intercollegiate student-athletes, *Personality and Individual Differences*, 38, 1439-1448.
- Feltman, K. & Ferraro, F. (2011). Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe an in women and analysis of mortality, *Current Psychology*, 50 (2), 194-202.
- Gerner, B. & Wilson, P. H. (2005). Relationship between friendship factors and adolescent girls body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating, *International Journal of Eating Disorders*, 37 (4), 313-320.
- Giardino, J. C. & Procidano, M. E. (2012). Muscle dysmorphia symptomatology: a cross-cultural study in Mexico and the United States, *International Journal of Men's Health*, 11 (1), 83-103.
- Goldfield, G. S. (1999). A comparison of eating attitudes and behavior and general psychological characteristics in bulimics and body builders, *Dissertation Abstracts International: Section B; The Sciences y Engineering*, 60, 2929.
- Goldschmidt, A. B., Tanofsky-Kraff, M., Goossens, L., Eddy, K. T., Ringham, R. & Yanovski, S. Z. (2008). Subtyping children and adolescents with loss of control eating by negative affect and dietary restraint, *Behaviour Research and Therapy*, 46 (7), 777-787.

- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante: sentirse atractivo o ser atractivo?, *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-33.
- _____ (2001) Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Conferencia Magistral de los 450 años de la Universidad, UNAM.
- _____ (2011). Peso sano en cuerpo sano. Un programa de prevención de la obesidad en población escolar, Programa de Apoyo a Proyectos de investigación e innovación tecnológica PAPIIT IN 304011.
- Harvey, J. A. & Robinson, J. D. (2003). Eating disorders in men: current considerations, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10 (4), 297-306.
- Kazzoun, L. A. (2000). Personality characteristics, eating attitudes and behaviors of male university athletes, *Dissertation Abstracts International: Section B; The Sciences and Engineering*, 60, 48-91.
- Kajtana, T. & Tusak, M. (2003). Personality and motivation of top athletes, *Horizons of Psychology*, 12 (1), 67-84.
- Kjelsås, E. & Augestad, L. B. (2004). Gender, eating behavior, and personality characteristics in physically active students, *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 14 (4), 258-268.
- Mangweth, B., Pope, H. G., Kermmler, G., Ebenbichler, C., Haussman A., De Col, C. *et al.* (2001). Body image and psychopathology in male bodybuilders, *Psychotherapy Psychosomatic*, 70 (1), 38-43.
- Kirzman, D. & Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo*, España: TEA Ediciones.
- Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., Ross, M. & Preti, A. (2002). Social desirability and eating disorders. A community study of an Italian school-aged sample, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 372-377.
- Molina, R. (2007). Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación, *Salud y Drogas*, 7 (2), 289-308.
- Montenegro, S. (2006). Disordered eating in athletes, *Athletic Therapy Today*, 11 (1), 60-62.
- Núñez-Navarro, A., Agüera, Z., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., Argauz, N. *et al.* (2012). Do men with eating

- disorders differ from women in clinics psychopathology and personality?, *European Eating Disorders Review*, 20 (1), 23-31.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. & Raich, R. M. (2005). Prevalence of Eating disorders methodological considerations, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (2), 135-148.
- Pereyra Z. L. (1985). *Estandarización del inventario de personalidad y análisis del temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA) en la población de estudiantes de Ciudad Universitaria*, tesis de licenciatura, México: UNAM.
- Pickett, T., Lewis, R., Cash, T. & Pope, H. (2005). Men, muscles, and body image: comparisons of competitive bodybuilders, weight trainers, and athletically active controls, *British Journal of Sport Medicine*, 39 (4), 217-222.
- Rodríguez, C., Fernández, D., Lalaguna, B., González, R. & González-Pinto, A. (2001). Los trastornos de la conducta alimentaria, *Salud mental*, 4, 234-238.
- Salinas, P. J. & Gómez-Peresmitré, G. (2009). Modelos estructurales. Deporte de alto rendimiento y conductas alimentarias de alto riesgo, *Psicología y salud*, 19 (2), 271-280.
- Schutz, H. K. & Paxton, S. J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls, *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 67-83.
- Silva, C. (2007). *Trastornos alimentarios*. México: Pax.
- Taylor, R. & Morrison, L. (1996). *Análisis de temperamento de Taylor-Johnson*, Michigan: Sigma.
- Terry. P. C., Lane, A. M. & Warren, L. (1999). Eating attitudes, body shape perceptions and mood of elite rowers, *Journal of Science y Medicine Sport*, 2 (1), 67-77.
- Thompson, J. & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body image assessment scale, *Journal of Personality Assessment*, 64, 258-269.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*, Barcelona: Ariel.
- Wichstrom, L. (2006). Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms, *International Journal of Eating Disorders*, 39 (6), 448-453.

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

3.5. MODELOS ESTRUCTURALES. PAPEL DEL AFECTO NEGATIVO COMO FACTOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE CONDUCTAS BULÍMICAS EN HOMBRES

GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ
GISELA PINEDA GARCÍA
LILIANA OVIEDO CAMACHO

Introducción

En el presente estudio se aplicó a una muestra de hombres el modelo del camino doble (Dual-Pathway Model) desarrollado por Stice (1994) para explicar la conducta bulímica. Éste, no sólo es uno de los paradigmas reportados por la literatura internacional con mayor evidencia empírica, sino también ha sido ampliamente aplicado principalmente a muestras de mujeres con resultados exitosos (Duemm, Adams, & Keating, 2003; Stice, Nemeroff & Shaw, 1996; Stice, Shaw, & Nemeroff, 1998; Shepherd & Ricciardelli, 1998; Ricciardelli & McCabe, 2001; Van Strien, Engels, Van Leeuwe & Snoek, 2005).

Modelo del camino doble

El Modelo del Camino Doble (MCD) (Dual Pathway Model) es denominado así porque identifica dos caminos en los que la insatisfacción corporal puede provocar el desarrollo de conductas bulímicas. Éstas pueden producirse vía dieta extrema o vía afecto crónico negativo. En el primer camino, la insatisfacción está fuertemente relacionada con la restricción alimentaria, que incrementa la probabilidad de atracón y bulimia. En el segundo, la insatisfacción corporal influye en la bulimia a través del afecto negativo (Stice, 1994, 2001, 2002), por ejemplo, depresión, baja autoestima, estrés, etc.

Insatisfacción corporal entre los hombres

Mientras que en las mujeres, la dieta restringida puede tener un papel moderador, aliviando la presión social producida por la “urgencia” y deseo de adelgazar, en los hombres la dieta relacionada con el deseo de estar más gruesos o musculados, no tiene ese papel, aunque se han encontrado niveles parecidos de alimentación bulímica en hombres y mujeres. Algunos estudios han mostrado que los chicos se sienten menos deprimidos y culpables después de realizar atracones (LaPorte, 1997; Leon, *et al.*, 1995). Puede decirse que si los hombres (una gran mayoría) no quieren ser más delgados entonces difícilmente estarán corporalmente insatisfechos y con problemas de dieta restringida.

Atracón

Asimismo, es importante señalar que en los hombres (especialmente entre los púberes y adolescentes) resulta muy difícil calificar de atracón su ingesta alimentaria habitual, que pareciera excesiva comparada con la de las mujeres. De hecho, éste es un problema de investigación aún no resuelto, pues se requiere determinar y operacionalizar qué es un atracón. Polivy y Herman (1999), señalan que el atracón representa una forma inadecuada de afrontar el estrés o bien, que puede funcionar como distractor de sentimientos negativos; así, esta conducta, puede enmascarar los motivos del estrés y el afecto negativo o puede proveer un escape a la autoconciencia negativa proveniente de situaciones amenazantes.

Imagen corporal negativa

Una imagen corporal negativa constituye un factor de riesgo para el desarrollo, no sólo de los TA, sino también de otras patologías que atentan contra la salud mental (Knoesen, Thai & Castle, 2009). En cambio, una imagen corporal positiva que conlleva

satisfacción con el propio cuerpo no sólo viene a constituir un índice de salud mental sino un factor protector. Los efectos dañinos de una pobre Imagen Corporal (IC) se han comparado con los de desadaptación social y se muestran en la forma de patología alimentaria (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2000; 2010; Lazo, 2012), en insatisfacción y distorsión corporal (Moreno & Ortiz, 2009; Niide, 2011; Vázquez *et al.*, 2005), en la forma de pensamientos y sentimientos negativos dirigidos al propio cuerpo (Grogan, 2008), en el decrecimiento de la autoestima y del gusto de las actividades de la vida diaria (Cooley & Toray, 2001).

Los objetivos de este estudio fueron desarrollar dos modelos estructurales: el del camino doble (MCD), propuesto por Stice (1994), y un modelo alternativo de afecto negativo reforzado (MANR) en el que se agrega al factor de depresión el de estrés para efectos de comparación.

Se plantearon las siguientes preguntas:

¿Cómo se relacionan entre sí y con conducta bulímica los factores de riesgo y cuál de los dos modelos explica relaciones más fuertes (cargas β más altas) y mayor porcentaje de varianza (R^2) en la variable dependiente (conducta bulímica)?

Método

Muestra y participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística $N=75$ estudiantes, del sexo masculino, del primer año de carreras del área de Ciencias Sociales de una universidad pública. La edad promedio de los participantes fue de ($M=19.35$, $DE=1.75$). Los padres de los chicos de la muestra eran residentes urbanos con una educación escolar distribuida en un rango de 12 a 17 años.

Criterios de exclusión

Estudiantes con problemas médicos, psicológicos o psiquiátricos. Instrumentos (ver ítems y propiedades psicométricas en Apéndice)

Medición de imagen corporal

Escala visual de siluetas. Adolescentes y jóvenes (Gómez-Peresmitré 1998, 2001, 2010).

Variables medidas:

1. Satisfacción/insatisfacción.

Medición conducta de riesgo

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), versión adolescentes y jóvenes (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998, 2001, 2011):

Factor 1. Conducta alimentaria compulsiva (conductas alimentarias bulímicas).

Factor 2. Dieta crónica y restringida.

Escala de Estrés alimentario (Gómez-Peresmitré, 1998, 2002).

Inventario de depresión de Beck (1988), validado en México por Jurado, Villegas, Méndez, *et al.* (1998).

Procedimiento

Se procedió a la recolección de datos una vez obtenida la aceptación del consentimiento informado. Los instrumentos se aplicaron a los estudiantes en los salones y en los horarios de clase.

Resultados

Se analizaron las interrelaciones estructurales y parámetros con el método de máxima probabilidad y se probaron vía el análisis de Modelamiento con Ecuaciones Estructurales (MEE) del programa estadístico AMOS versión 4.01 para Windows XP (Arbuckle & Wothke, 1999). Los dos modelos obtuvieron parámetros con valores de bondad de ajuste aceptables: los índices utilizados para evaluar el ajuste del modelo (su habilidad para reproducir los datos) fueron: 1. La Ji Cuadrada que prueba la Ho., que establece que el modelo tiene un buen ajuste en la población (ésta es la

Ho que el investigador espera, es la que desea aceptar) 2. La Raíz Media Cuadrada de aproximación al Error (RMSEA, por sus siglas en inglés) con valor de cero indica un buen ajuste. Un valor de $RMSEA \leq .05$ indica una aproximación a un buen ajuste; valores entre .05 y .08 sugieren un error razonable y una $RMSEA \geq .10$ sugiere un pobre ajuste; y 3. El índice de ajuste normativo (NFI) define el modelo nulo como aquel en el que todas las correlaciones o covarianzas son igual a cero. Un valor entre .90 y .95 es aceptable, y por arribade .95 es bueno (Bollen & Long, 1993).

Modelo del Camino Doble (MCD). En la Figura 9 aparece el modelo cuya estructura, como puede verse, es similar a la del MCD (Stice, 2001, p. 125): figura ideal precede, y se relaciona con una carga negativa de -0.35 con el factor de riesgo insatisfacción corporal, y de éste parten dos vías, una influye en dieta restringida, con una carga de 0.29 y la otra en depresión (0.16), y cada uno de éstos, a su vez, se conecta directamente con conducta bulímica: dieta restringida con un peso de 0.28 y depresión con 0.12. El modelo muestra claramente, como lo señala el MCD, que dieta restringida y depresión median la influencia entre insatisfacción corporal y conducta bulímica. Sin embargo, está faltando la relación (la liga) entre dieta y afecto negativo (que en este estudio es depresión) que aparece en el MCD de Stice. (2001, p. 125). Por otra parte, la varianza explicada (R_s cuadradas en la Tabla 5) por los factores de riesgo incluidos en el modelo es muy baja. Por ejemplo, para la variable bulimia fue del 9.5% (ver Figura 9).

Modelo del Afecto Negativo Reforzado (MANR). En la figura 10 puede apreciarse el MANR que surge, cuando se añade la variable estrés. Esto es cuando se mete la variable estrés entonces, aparece la influencia directa de afecto negativo sobre dieta restringida (estrés 0.46 \rightarrow dieta restringida), señalada en el modelo original de Stice, (2001, p.125). Además muestra, cómo la insatisfacción corporal influye, por un lado, en dieta restrictiva (directa con un peso de 0.29 e indirectamente, a través de las variables de afecto negativo, depresión y estrés) y por el otro, en conducta bulímica, con la carga más alta (0.51).

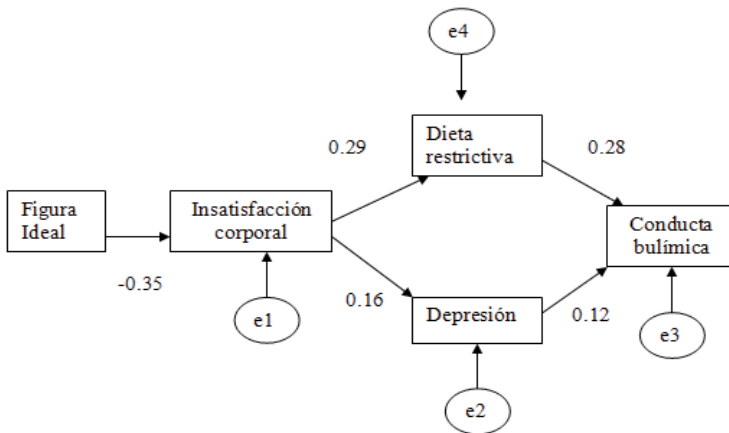


Figura 9. Modelo del Camino Doble (MCD).

Fuente: Gómez-Peresmitré, Pineda y Oviedo, 2008.

Comparación modelos MCD y MANR

Al comparar las soluciones de ambos modelos, se puede observar que estrés pasa a ocupar el lugar que el factor depresión ocupaba en el MCD, mediando entre insatisfacción corporal y conducta bulímica y que éste, el factor depresión, sigue funcionando como variable mediadora, pero ahora entre insatisfacción corporal y estrés y pierde su papel de predictor directo en la variable dependiente última y principal, la conducta bulímica. La varianza explicada se incrementa, casi tres veces más, en el caso de la conducta bulímica, que pasa del 9% en el MCD (ver Tabla 6) al 26% en el MANR (ver Tabla 7). También llama la atención, el cambio de dirección de la interrelación entre dieta restringida \rightarrow afecto negativo que aparece en el MCD original de Stice (2001, p.125) y que en este estudio se invierte, afecto negativo (en este caso estrés) \rightarrow y dieta restringida con lo que se hizo evidente la fuerte influencia que tiene la variable “estrés” sobre dieta restringida y sobre conducta bulímica, por cada unidad de variación de estrés, la primera se incrementa a 0.46 y la segunda a 0.51.

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

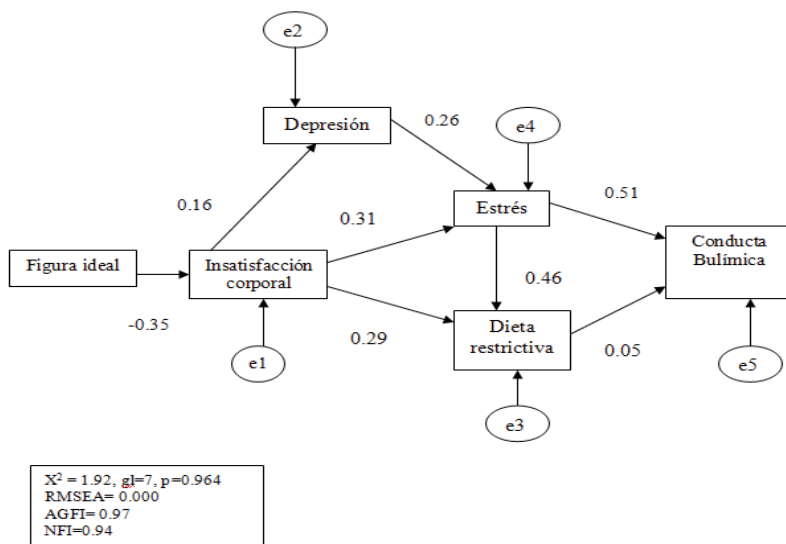


Figura 10. Modelo del Afecto Negativo Reforzado (MANR).

Fuente: Gómez-Peresmitré, Pineda y Oviedo.

Insatisfacción corporal	0.12
Depresión	0.03
Dieta restrictiva	0.08
Conducta bulímica	0.09

Tabla 6. Correlaciones cuadradas múltiples.

Insatisfacción corporal	0.12
Depresión	0.02
Estrés	0.16
Dieta restrictiva	0.27
Conducta bulímica	0.26

Tabla 7. Correlaciones cuadradas múltiples.

Discusión y conclusiones

Con respecto al planteamiento de los objetivos que se propusieron conocer cómo se relacionan entre sí y con conducta bulímica los factores de riesgo, así como detectar el papel predictivo y mediador de éstos en la explicación de la conducta bulímica se encontró que:

-El valor teórico central que sobresale en la estructura de los modelos es el papel antecedente e indirecto que mantiene la variable insatisfacción corporal con conducta bulímica, confirmando el MCD de Stice (1994) y Stice (2001, p. 125), así como planteamientos de otros investigadores (Gleaves, Williamson & Barker, 1993; Ricciardelli, Tate & Williams, 1997) que afirman y confirman la insatisfacción corporal como factor de riesgo para la conducta bulímica. Esto es necesario (aunque no suficiente) que la persona se sienta insatisfecha con su cuerpo (*e. g.*, forma y tamaño) para que se presenten ciertas conductas (por ejemplo, preocuparse por la comida, restringir la alimentación, etc.), que de otra manera no aparecerían.

Igualmente importante es que el MCD original y los modelos de este estudio confirman que esa relación indirecta de insatisfacción corporal y conducta bulímica está mediada por dieta restringida y afecto negativo, factores de riesgo que, a su vez, influyen directamente en conducta bulímica, confirmando así reportes de investigaciones antecedentes (Field, Camargo, Taylor, Berkey & Colditz, 1999; Johnson & Wardle, 2005).

De gran interés resulta constatar que el ajuste estructural (interrelaciones directas e indirectas entre los factores y dirección de las mismas, así como el lugar antecedente o mediador de los factores) entre el MCD original (Stice, 1994, 2001) y el MCD de este estudio, sería total, si no fuera por la ausencia de la relación directa entre dieta restringida y afecto negativo (depresión), relación que sorprendentemente aparece en el MANR que emerge, cuando se da mayor fuerza a la influencia del afecto negativo, agregando al factor depresión, el de estrés. Sin embargo, también debe tomarse en cuenta que los datos con los que se desarrolló el modelo MCD de Stice provienen de muestras de mujeres, mientras que el MCD de este estudio (en el que no apareció la relación dieta

restringida–afecto negativo) y el MANR fueron desarrollados con muestras de hombres. Al respecto, vale la pena resaltar que la carga de la relación dieta[®] conductas bulímicas resultó muy baja (.05), confirmando la teoría que señala que *los hombres no tienen problema de dieta restringida, ya que la insatisfacción corporal es menor y distinta que la de las mujeres, puesto que desean una figura más gruesa y no más delgada como éstas*. Resulta de gran relevancia realizar nuevas investigaciones que confirmen o no la existencia de una influencia diferencial de la variable género.

La contribución teórico-práctica de mayor valor del MANR es que su estructura permite evaluar el plus que el afecto negativo ejerce, en la mejor comprensión de la variable dependiente (explicación de mayor varianza de la conducta bulímica), pasando por dieta restringida, confirmando lo que la teoría postula, a saber, que la dieta restringida es un factor de riesgo predictor de conducta bulímica (Field, Camargo, Taylor, Berkey & Colditz., 1999; Johnson & Wardle, 2005). En otros términos, *el MANR arroja luz sobre la importancia que el factor afecto negativo tiene en general en la gestación de conductas bulímicas y en especial el papel igualmente importante que el estrés tiene (en nuestra cultura) en relación con ese mismo trastorno alimentario, la bulimia nervosa*.

Debe señalarse la necesidad de realizar nuevos estudios que repliquen los resultados encontrados a favor del modelo del afecto negativo reforzado.

Una de las principales limitaciones de este estudio reside en su carácter total y único de autoreporte por lo que es necesario que se apliquen metodologías de investigación más fuertes (diseños experimentales o longitudinales) para el análisis de las relaciones de causalidad entre los factores de riesgo y bulimia nervosa.

Referencias bibliográficas

- Arbuckle, J. L. & Wothke, W. (1999). *Guía 4.01 del usuario de los AMOS*, Chicago: Smallwaters.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Disordered eating in college freshman women: a prospective study, *Journal of American College Health*, 49, 229-235.
- _____ (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years, *International Journal of Eating Disorders*, 30, 28-36.
- Duemm, I., Adams, G. & Keating, L. (2003). The addiction of sociotropy to the dual pathway model of bulimia, *Canadian Journal of Behavioral Science*, 35 (4), 281-291.
- Field, A., Camargo, C., Taylor, C., Berkey, C. & Colditz, G. (1999). Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls, *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153, 1184-1189.
- Gleaves, D. H., Williamson, D. A. & Barker, S. E. (1993). Confirmatory factor analysis of a multidimensional model of bulimia nervosa, *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 173-176.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante: sentirse atractivo o ser atractivo?, *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-33.
- _____, Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. & Unikel, S. C. (2000). Trastornos de alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en muestras de sexo masculino, *Revista de Psicología Contemporánea*, 7 (1), 4-15.
- _____ (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Conferencia Magistral de los 450 años de la Universidad, UNAM.
- _____ (2002). Desarrollo de estrategias para la intervención en la prevención de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN 301501.
- _____, G., Pineda, G. & Oviedo, L. (2008). Modelos estructurales, conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres universitarios, *Psicología y Salud*, 18 (1), 45-55.
- _____ (2010). Realidad virtual. Promoción de la diversidad

corporal y prevención/educación de trastornos de la imagen corporal en hombres adolescentes. Proyecto IXTLI.

- _____ (2011). *Peso sano en cuerpo sano. Un programa de prevención de la obesidad en población escolar.* Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN 304011.
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*, New York: Routledge, Psychology Press.
- Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis, *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 119-124.
- Jurado, S. Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México, *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Knoesen, N., Thai, V. S., & Castle, D. (2009). To be Superman-the male looks obsession, *Australian Family Physician*, 38 (3), 131-133.
- Laporte, D. (1997). Gender differences in perception and consequences of an eating binge, *Sex Roles*, 36, 479-489.
- Lazo, A. (2012). *Factores de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios en una muestra de población homosexual masculina*, tesis de Licenciatura en Psicología (inédita), Facultad de Psicología, UNAM.
- Leon, G., Fulkerson, J., Perry, C., & Early-Zald, M. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating, *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140-149.
- Moreno G. M. & Ortiz, V. G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes, *Revista Terapia Psicológica*, 27 (2), 181-190.
- Niide, T. K (2011). *Body Ideals and Body Dissatisfaction among a Community Sample of 1330 Ethnically Diverse Adolescents on Kauai, Hawaii*, dissertation doctoral, USA.
- Polivy, J., & Herman, P. (1999). Distress and eating: why the dieters overeat?, *International Journal of Eating Disorders*, 26, 153-169.

- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action, *Clinical Psychology Review*, 16, 633-661.
- _____ (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect, *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- _____ (1994). A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action, *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.
- _____ (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review, *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848.
- _____, Nemeroff, C. & Shaw, H. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: evidence of dietary restraint and affect regulation mechanisms, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 443-363.
- _____, Shaw, H. & Nemeroff, C. (1998). Dual pathway model of bulimia nervosa: Longitudinal support for dietary restraint and affect regulation mechanisms, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 129-149.
- Ricciardelli, L. & McCabe, M. (2001). Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys, *Behavior Research and Therapy*, 39, 1317-1328.
- _____, Tate, D. & Williams, R. (1997). Body dissatisfaction as a mediator of the relationship between dietary restraint and bulimic eating patterns, *Appetite*, 29, 43-54.
- Shepherd, H. & Ricciardelli, L. (1998). Test of Stice's pathway model: dietary restraint and negative affect as mediators of bulimic behavior, *Behavior Research and Therapy*, 36, 345-352.
- Van Strien, T., Engels, R., Van Leeuwe, J. & Snoek, H. (2005). The Stice model of overeating: tests in clinical and nonclinical samples, *Appetite*, 45, 205-213.
- Vázquez, R., Mancilla, J., Mateo, C., López, X., Álvarez, G., Ruíz, A., et al. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos, *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 53-63.

3.6. IMAGEN CORPORAL, IMC Y ATRACTIVO FÍSICO EN HOMBRES ADOLESCENTES DE LA FRONTERA NOROESTE MEXICANA

GISELA PINEDA GARCÍA
GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ

Introducción

Casi desde la misma historia del capitalismo, la búsqueda de la belleza ha sido explotada industrialmente: cremas, aceites, pastillas, perfumes, moda y una gran diversidad. Hoy el mercado cuenta con diversos productos de belleza, fabricados especialmente para la población masculina. Destacan los champús, modeladores para el cabello y hasta maquillajes, sólo por mencionar algunos. Y es que las sociedades occidentales sobrevaloran la apariencia física de las personas.

Tradicionalmente, los roles de género promovían en las mujeres la pasividad, la dependencia, el cultivo de la belleza y en los hombres la agresividad, la fuerza, la inteligencia. De hecho en México era bien conocido el dicho que proclamaba: “Un buen hombre debe ser feo, fuerte y formal”. Actualmente un hombre no debe ser “feo”, y ser “feo” implica salir del canon corporal impuesto por la cultura. En las líneas siguientes leeremos que, para los hombres, al igual que para las mujeres, les es difícil encajar en los estereotipos de masculinidad y que las alteraciones de su cuerpo son complejas, quizá más que las de las mujeres.

En los últimos tiempos, es conocido el papel de la imagen corporal en la génesis de los TCA, y no sólo eso, se sabe además sobre la presencia de alteraciones de la imagen corporal en muestras no clínicas, llegándose a considerar, por ejemplo, a la insatisfacción, un fenómeno normativo entre mujeres y hombres de diversas poblaciones, hoy se sabe esto, pero no siempre fue así... En el capítulo que ensuguida se describe, se desarrolla una breve revisión histórica y conceptualiza a la imagen corporal, asimismo, revisa la literatura en muestras de hombres, y reporta los resultados de un estudio de las principales variables de imagen corporal en hombres adolescentes de un estado fronterizo del norte de la república mexicana.

Roles asociados al género masculino

El género ha sido definido como una serie de características y funciones que sobrepasan lo biológico, atribuidos a los sexos para justificar diferencias y relaciones de poder (Ortega, Castillo & Centeno, 2005).

Los teóricos de género han identificado una serie de “papeles” asignados a cada género, para Facchini (2006), la cultura latinoamericana promueve en las mujeres actitudes de pasividad, represión de comportamientos agresivos, el ser pequeña y detallista. Y entre los hombres, el ser fuerte, grande, musculoso, agresivo e independiente, es promovido.

Para Connell (1987), el género como forma de práctica social, es superior a la biología, ya que la práctica social es creativa, pero no autónoma, en el sentido que depende de estructuras definidas de las relaciones sociales. Esas relaciones se basan en asociaciones de poder, representada en la subordinación de la mujer y el dominio del hombre (Toro-Alfonso, Nieves & Borrero, 2010).

Ramírez (1993), indica que la cultura busca generar hombres que manifiesten conductas autodestructivas, de alto riesgo y violentas. La investigación, sin embargo, indica que los hombres sufren angustia y se rinden ante el estereotipo de masculinidad (Román Tirado, González Armenteros, Fernández Bauzó, Cruz Díaz, & Ávila Rodríguez, 2003).

Imagen corporal

La imagen corporal ha sido ampliamente estudiada en investigaciones nacionales (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998, Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001a) por su importancia como constructo individual y su asociación con los TCA.

La imagen del cuerpo elaborada en la mente o la apariencia física que una persona atribuye a su cuerpo es una definición propuesta por el neuropsiquiatra vienés Paul Schilder (1989). Esta concepción de imagen corporal además de ser clásica es popular por su parsimonia.

En 1994, Slade y Brodie conceptualizan la imagen corporal como una fotografía mental del tamaño y forma del cuerpo que incluye los sentimientos hacia estos últimos y hacia las diferentes partes del cuerpo. En este sentido, los autores identifican dos aspectos importantes de la imagen corporal: a) uno referente a la agudeza de la percepción del tamaño, y b) el otro, los sentimientos hacia el cuerpo o la insatisfacción o menosprecio hacia el mismo.

Thompson (1990), reconoce tres componentes de la imagen: 1) el perceptual, referido a la precisión en la valoración de las proporciones del tamaño corporal, 2) cognitivo afectivo, relacionado con los sentimientos hacia el cuerpo, y 3) el conductual, o comportamientos producto de la percepción o sentimientos hacia el cuerpo.

Para Thompson (2002), es Hilde Bruch, en 1962, quien provee la primera posición teórica sobre el rol que juegan los disturbios de la imagen corporal en la génesis de la Anorexia Nervosa (AN), por la misma época, entre los pacientes con obesidad también se identificaron grandes niveles de insatisfacción corporal (Stunkard y Mendelson, 1967, citado por Thompson, 2002). Para la década de los ochenta, las investigaciones en Estados Unidos identifican disturbios significativos de la imagen en muestras no clínicas (Thompson, 2002).

En México, el interés del estudio de la imagen corporal cobra vida en la década de los noventa cuando se identifica, entre otros fenómenos, que las chicas del orbe mexicano también presentaban disturbios de la imagen corporal y hacían dieta para bajar de peso, tal como las mujeres de Estados Unidos (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998).

La relevancia que cobra el estudio de la imagen corporal reside en el papel que juega en relación con el desarrollo y mantenimiento de los TCA. Por ejemplo, la literatura indica que existen modelos que colocan la insatisfacción corporal como un factor próximo a un TCA (Brytek-Matera & Schiltz, 2011), o bien como un factor predictor de dieta restringida que puede conducir al desarrollo de la bulimia nervosa (Stice, Shaw & Nemeroff, 1998; Stice, 2001).

Alteraciones de la IC

La Asociación Psicológica Americana (2000), define alteración de la imagen corporal simplemente, como la distorsión que un individuo presenta sobre su cuerpo o figura. Entre las principales alteraciones de la imagen corporal están la insatisfacción y la alteración. Si bien el deseo de una figura delgada no es considerada como una alteración, sí ha sido identificada como un factor de riesgo temprano en la cadena causal de los trastornos alimentarios (Stice, 2001).

La satisfacción con el cuerpo es un importante predictor de la salud mental y física de las personas (Catikka, 2011), por ejemplo, la insatisfacción es un precursor de conductas alimentarias anómalas (Striegel-Moore, McAvay y Rodin, 1986; Striegel-Moore, Silberstein, Frensch y Rodin, 1989, citados en Catikkas, 2011). Mientras que también se han encontrado relaciones entre satisfacción y estabilidad emocional, siendo esta última el predictor de la primera (Koyuncu, Tok, Gunes & Dogan, 2009).

El modelo del camino doble propuesto por Stice (2001), también establece una conexión directa entre la insatisfacción y el seguimiento de dieta restringida, precursor directo de conducta bulímica.

Fue Bruch, en la década de los sesenta, en el siglo pasado, quien identificó por primera vez la imagen corporal distorsionada como un rasgo característico de la anorexia nervosa, que describió como una alteración de proporciones ilusorias, identificándola como fija y no transformable, en la que la persona con anorexia se percibe como obesa, cuando en realidad es delgada y desnutrida. Estos señalamientos promovieron el auge de la investigación de la imagen corporal en personas con trastorno alimentario y grupos control (Slade & Brodie, 1994).

El meta análisis de Slade y Brodie (1994), permitió confirmar algunos elementos de la hipótesis de Bruch, al comprobar que, efectivamente, las personas con trastorno alimentario, anorexia y bulimia nervosas, manifiestan sobrestimación de la imagen corporal, si bien ésta es débil, poco estable e insegura, no es fija y tampoco no transformable (como lo afirmaba Bruch).

Estudios de imagen corporal en hombres

Es bien sabido que el estudio de la imagen corporal y TCA era llevado a cabo casi exclusivamente con muestras de mujeres. En el siglo XXI sin embargo, hay suficiente evidencia de la existencia de desórdenes asociados con alteraciones de la imagen corporal en hombres (Garner, 1997). En las investigaciones de Olivardia, Pope, Mangweth y Hudson (1995) y Mangweth *et al.* (1997), identificaron grados más altos de sobrestimación de la imagen en hombres con trastorno alimentario que aquellos sin esa característica.

En México, Gómez-Peresmitré, Tafoya, Granados, Jáuregui y Unikel (2001), encontraron, en una muestra de adolescentes de la capital del país, altos porcentajes de insatisfacción (72%) y alteración de la imagen corporal (72%). En lo referente a insatisfacción, el más alto porcentaje deseaba ser más grueso o fuerte. En alteración, si bien los porcentajes más altos subestimaban sus cuerpos, un porcentaje alto (31%) también se percibió más grueso de lo que en realidad estaban. En cuanto al IMC, el más alto porcentaje se ubicó en peso normal, sin embargo, se presentaron elevadas cifras de sobrepeso (26%) y obesidad (15%). Asimismo, encontraron que la figura ideal no era significativamente más delgada que la que percibían como propia, y que el cuerpo deseado estaba representado por una silueta mesomorfa o musculosa.

En muestras de hombres españoles, se ha identificado insatisfacción con el cuerpo estadísticamente significativa, manifestada a través del deseo de los adolescentes ibéricos de poseer un cuerpo con músculo que no tienen (Arroyo, Ansotegui y Rocandio, 2008).

En una investigación similar con participantes españoles, los puntos de corte de IMC, indicaron que un 52% tenía peso normal, 40% sobrepeso y 6% obesidad. La mitad no altera su imagen corporal, 29% se percibió más delgado y 18% se vio más grueso (Montero, Morales & Carbajal, 2004).

Para el año 2010, Toro-Alfonso, Nieves y Borrero reportaron los resultados de una investigación muy interesante sobre la relación entre masculinidad, imagen corporal, trastorno alimentario

y homosexualidad, encontrando que el 13%, a partir de una muestra de 300 hombres estudiantes universitarios presentó trastorno alimentario. Del total de los participantes con TCA, el 58% presentaba una orientación homosexual. Llama la atención que sólo 16% de la muestra manifestó insatisfacción corporal, la muestra homosexual con mayor grado de problemas con la imagen corporal, en comparación con la muestra de hombres heterosexuales.

La investigación recientemente realizada, con muestras de hombres de edad adulta avanzada, tal como el estudio de McCabe y McKreeby (2010), quienes trabajaron con dos grupos etarios, uno de 41 a 49 años de edad y otro de 51 a 60 años, tenía como objetivo conocer la relación entre los comentarios sobre su cuerpo provenientes de sus parejas sexuales y la imagen corporal de los participantes. Los comentarios que hacían las parejas generalmente eran positivos y asociados con la salud de los participantes.

Originalmente, la literatura también indicaba que es poco probable la búsqueda de la delgadez en hombres, salvo casos especiales, como el de algunos tipos de deportes que requieren cuerpos delgados: corredores, nadadores, jugadores de hockey (Drewnowski, Kurth & Krahn, 1995; Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995). Para ser más específicos, el hombre evita estar delgado-débil, pero también evita estar obeso.

Toro-Alfonso, Nieves y Borrero (2010), sugieren que los disturbios en la imagen corporal de hombres y mujeres son similares, pero más complejos entre los primeros: mientras la gran mayoría de las mujeres desea ser más delgada, hay hombres que desean estar más gruesos (Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya & Unikel, 2001), más delgados o más delgados con músculo (Bergstrom & Neighbors, 2006).

En las últimas décadas, las sociedades han sufrido constantes transformaciones, al igual que lo han hecho los prototipos de belleza entre los hombres. La investigación pionera en México sobre imagen corporal y trastornos alimentarios se centró originalmente en la capital del país, descuidándose, por falta de recursos el estudio de esas variables en otros estados de la república, especialmente los fronterizos. La relevancia de este

reporte reside en la descripción de las variables de imagen corporal, más ampliamente reportadas en la literatura nacional e internacional, de una muestra probabilística de un estado de la frontera norte mexicana.

Objetivo

Identificar y comparar la imagen corporal (insatisfacción y alteración), la percepción del atractivo físico así como la autoestima (autoatribución), según el IMC de adolescentes estudiantes de secundaria que viven en Ensenada, Mexicali y Tijuana, Baja California, en la frontera noroeste mexicana.

Método

Muestra y participantes

Se trabajó con una muestra probabilística estratificada de 1604 hombres adolescentes que estudiaban en escuelas secundarias de los tres principales municipios de Baja California: Ensenada, Mexicali y Tijuana. La edad promedio de los participantes fue de 14 años ($DE=1$). El 75% pertenecía a escuelas públicas, y el 25%, a instituciones privadas.

Instrumentos (ver ítems y propiedades psicométricas en Apéndice)

Medición de imagen corporal

Escala visual de siluetas. Adolescentes y adultos (Gómez-Peresmitré, 1998, 2001, 2010).

Variables medidas:

1. Satisfacción/insatisfacción.
2. Alteración de imagen corporal (sobreestimación/subestimación).

Ítem (5) que mide atractivo físico de la Escala de Autoatribución (Gómez-Peresmitré, 1999).

IMC Puntos de corte propuestos por el CDC (Center for Disease Control and Prevention, 2000).

Procedimiento

Tanto las escuelas como los grupos de alumnos participantes se seleccionaron aleatoriamente (con reemplazo) a partir de las listas proporcionadas por la SEP para los municipios de Ensenada, Mexicali y Tijuana.

De la muestra seleccionada originalmente se eligió, también al azar, al 20% de los participantes a quienes se pesó y midió para la obtención del IMC. La aplicación del instrumento de papel y lápiz fue colectiva, realizándose en los salones de clase por encuestadores previamente entrenados. En la recolección de datos se siguieron los criterios éticos de la investigación en psicología, para procedimientos no intrusivos (SMP, 2002).

Resultados

IMC. El estado nutricional de los participantes indicó, como se esperaba, que el más alto porcentaje de los participantes presentaba peso normal, sin embargo, llama la atención que se manifestó un porcentaje mayor de obesidad que de sobrepeso en los adolescentes, ambas categorías representaron el 42 % del total de la muestra. En la Figura 11, se puede observar que la categoría de emaciación estuvo muy poco presente y que la de bajo peso prácticamente es inexistente.

Figura ideal

La valoración de la figura ideal indicó que porcentajes muy pequeños de alumnos deseaban cuerpos con sobrepeso y obesidad. Llama la atención que el porcentaje de chicos que desean una silueta desnutrida es mayor que aquellos que desean una silueta con sobrepeso. El más alto porcentaje (59%) de los encuestados eligió una silueta delgada ligeramente atlética, como ideal, un 35% seleccionó la silueta normopeso atlética (ver Figura 12).

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

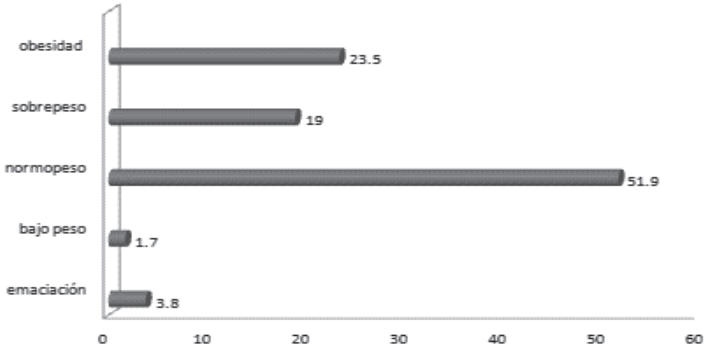


Figura 11. Distribución porcentual de la variable IMC.

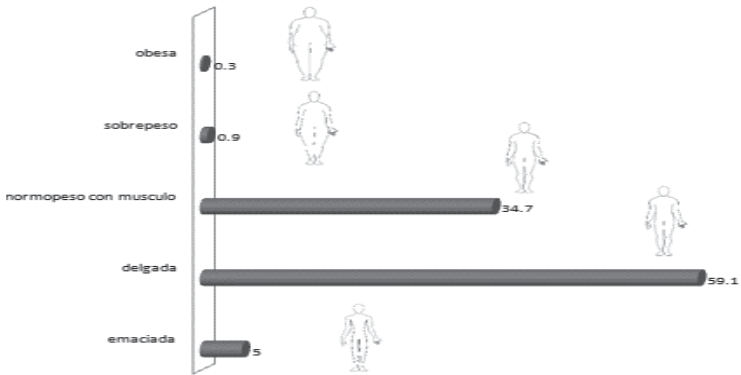


Figura 12. Distribución porcentual de la variable figura ideal.

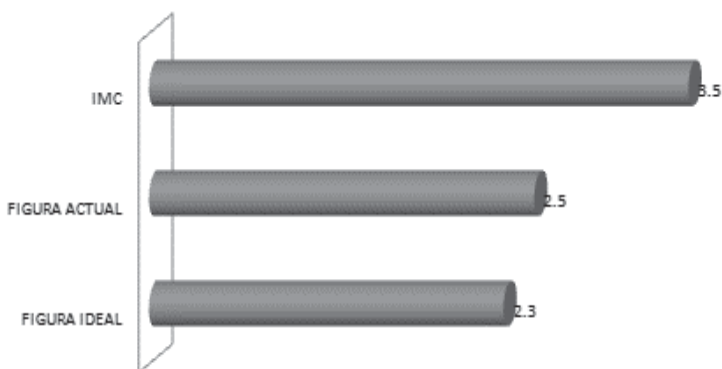


Figura 13. Medias de IMC, figura actual y figura ideal para los participantes de la muestra.

IMC, figura actual vs. figura ideal

Se aplicó un análisis de prueba t de Student para muestras relacionadas para conocer si existían diferencias entre IMC y la percepción de la figura actual con la elección de la silueta ideal de los participantes. Los valores indicaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables (IMC–figura ideal: t (gl)=18.002, y $p=.000$; figura actual–figura ideal: t (gl)=8.018, y $p=.000$). Si bien las diferencias fueron significativas en ambos pares de comparación, la discrepancia entre las medias parece ser mayor entre el IMC y la figura ideal, que entre la figura actual y esta última. Como se observa en la Figura 13 la *media* de elección de figura ideal fue 2.3 ($DE=.55$), la de IMC 3.6 ($DE=1$) y percepción de figura actual 2.5 ($DE=.77$).

Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal

Los resultados de Anova One Way, mostraron diferencias significativas por IMC (F (4)=62.6, $p=.000$) en el grado de

satisfacción/insatisfacción con el cuerpo. La prueba Bonferroni indicó que las diferencias estuvieron entre todos los grupos de comparación a excepción del grupo de delgados y normopeso, quienes no difieren significativamente. Las medias de insatisfacción graficadas en la Figura 4 indican que los niveles más altos de insatisfacción están presentes en los participantes con obesidad y sobrepeso, deseando ser más delgados. Los adolescentes con peso normal prácticamente no presentan insatisfacción (observar el valor cercano a cero), mientras que los delgados y muy delgados deseaban ser más robustos o musculosos.

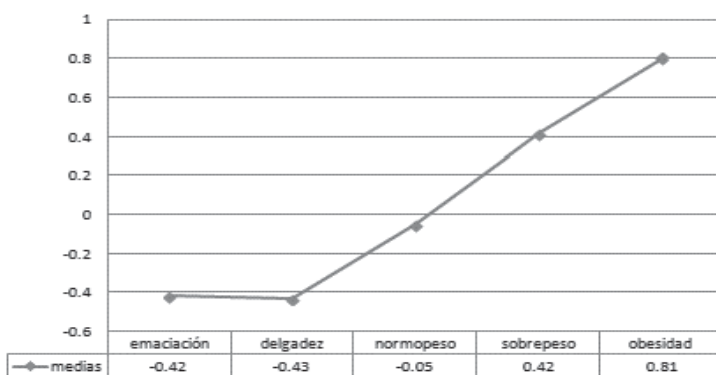


Figura 14. Medias de insatisfacción para los participantes de la muestra.

Alteración de la imagen corporal

Se produjeron diferencias significativas en la alteración de la imagen corporal por IMC ($F(5)=8.921, p=.000$). La prueba *post hoc* (Bonferroni) indicó diferencias entre el grupo normopeso y los sobrepeso y obesos. Los promedios graficados en la Figura 15 muestran que todos los grupos alteran su imagen (se ven más delgados de lo que en realidad están). Los que manifiestan el nivel más bajo son los participantes normopeso ($M=-.53, DE=.74$) y los que más subestiman son los adolescentes con sobrepeso ($M=-1, DE=.67$) y obesidad ($M=-1.2, DE=.65$).

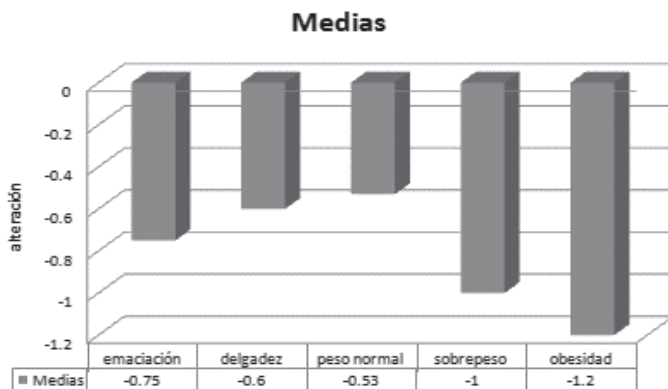


Figura 15. Medias de alteración para los participantes de la muestra.

Autoestima

La valoración de la autoestima por IMC resultó estadísticamente significativa ($F(4)=5.075, p=.000$). La prueba *post hoc* (Bonferroni) indicó diferencias entre los adolescentes con peso normal y aquellos con sobrepeso y obesidad. Las medias indicaron que los participantes normopeso tuvieron la autoestima más alta ($M=3.4, DE=.61$) y los adolescentes con obesidad la más baja ($M=3.1, DE=.76$).

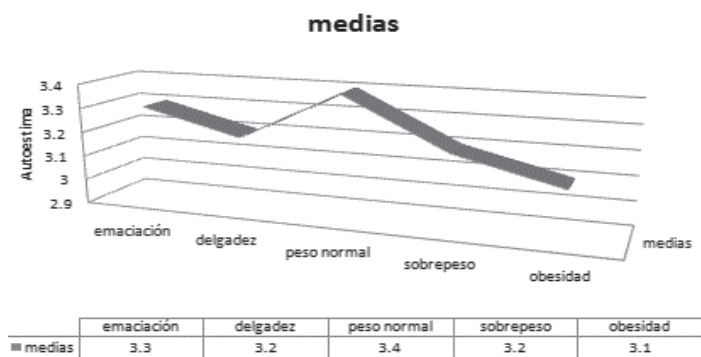


Figura 16. Medias de autoestima (autoatribución) para los participantes de la muestra.

¿Qué tan atractivo eres?

Cuándo se evaluó la percepción de atractivo físico por IMC, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($F(4) = .698, p = .594$). La comparación por auto percepción corporal resultó ser significativa al nivel de .05 ($F(2) = 2.929, p = .021$). Las medias graficadas en la Figura 17 indican que los chicos que se percibieron obesos se consideraron en promedio como los menos atractivos ($M = .5, DE = .71$). De los grupos de comparación y los adolescentes que se identificaron muy delgados se percibieron como los más atractivos ($M = 3.2, DE = 1.3$), seguidos de los delgados ($M = 2.8, DE = 1.42$), normo peso ($M = 2.71, DE = 1.17$) y con sobrepeso ($M = 2.3, DE = 1$).

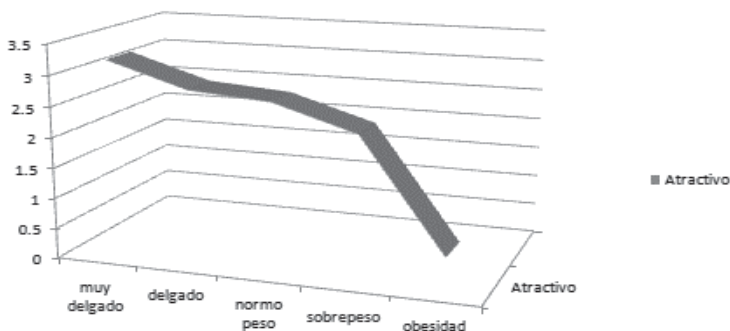


Figura 17. Percepción de atractivo físico por autopercepción para los participantes de la muestra.

Discusión y conclusiones

La literatura sobre el estudio de la imagen corporal y trastornos alimentarios en población masculina ha avanzado en las grandes ciudades del mundo, siendo descuidada en estados con menor importancia geográfica y económica. La investigación actual presenta los hallazgos sobre las principales variables asociadas con el constructo imagen corporal en una muestra de adolescentes bajacalifornianos.

La distribución porcentual de IMC indicó, como era lo esperado, que el porcentaje más alto de los participantes se ubicara en la categoría de peso normal (52%), coincidiendo con estudios previos que trabajaron con muestras de adolescentes del Distrito Federal. Gómez-Peresmitré *et al.* (2001b) reportaron cifras similares de normopeso, si bien las cifras de sobrepeso (tomando juntamente a las categorías “sobrepeso” y “obesidad”) también fueron similares (aproximadamente 40% en ambos estudios). Las cifras de “sobrepeso” fueron mayores en la muestra del D. F., y las de “obesidad” mayores en las del estado fronterizo. Los hallazgos de sobrepeso del presente reporte son más similares a los de muestras adolescentes de Estados Unidos. Sorprendentemente Shankaran (2011) *et al.*, reportan 17 % de sobrepeso y 25% de obesidad contra los 19 y 23%, respectivamente, de los participantes de la presente muestra.

Por obvias razones, parece ser que los estados norteros fronterizos se ven más influidos por el tipo de alimentación y, en general, el estilo de vida de los habitantes del país vecino del norte; sin embargo, en la presente investigación no se comparó a diferentes ciudades o estados de la república representativos de las diferentes zonas geográficas de la misma, por lo que se sugiere la realización del contraste en futuros ensayos.

Como se esperaba, ya que la literatura previa así lo indicaba (Gómez-Peresmitré, *et al.*, 2001b), los más altos porcentajes de los adolescentes desearon poseer una silueta delgada ligeramente atlética, seguida de la silueta normopeso también atlética, tal y como lo afirma Bruchon-Schweitzer (1992), sobre el deseo de los hombres de un cuerpo atlético o mesomorfo, sin que implique la ganancia de grasa.

A diferencia del reporte de Gómez-Peresmitré *et al.*, (2001b), la diferencia entre las medias de elección de figura actual e ideal entre los participantes sí resultó ser significativa, siendo la elección de esta última menor que la primera, indicando que los adolescentes hombres de esta muestra deseaban un cuerpo más delgado del que percibían que ellos poseían, en contraposición a los hallazgos de Gómez-Peresmitré *et al.* (2001b), quienes encontraron el deseo de una figura más gruesa, sin llegar a ser sobrepeso. ¿A qué puede deberse la divergencia en los resultados? Los participantes

de la presente muestra manifestaron diferencias significativas entre los valores de IMC y figura ideal. La *media* de IMC estuvo muy cercana al sobrepeso, mientras que la figura ideal se ubicó en una silueta delgada ligeramente atlética. A diferencia del estudio de Gómez-Peresmitré *et al.* (2001b), aquí los participantes eran más “gorditos”, y por eso deseaban ser más delgados.

El grado de satisfacción corporal en los hombres de la muestra con peso normal es un resultado positivo y hasta cierto punto esperado, ya que una persona ubicada en esta categoría de peso no representa ningún riesgo para la salud, mientras que la satisfacción es un factor protector contra el desarrollo de TCA, considerando que la insatisfacción es un factor precursor de los trastornos alimentarios (Stice, Shaw & Nemeroff, 1998; Stice, 2001).

Los adolescentes con sobrepeso y obesidad desearon ser más delgados. Los emaciados y delgados desearon siluetas más gruesas, asociado con los valores de la figura ideal. Se puede decir que estaban insatisfechos con sus cuerpos porque deseaban poseer figuras delgadas o con peso normal atléticas, nuevamente coincidiendo con la teoría sobre el deseo de figuras mesomorfas (Bruchon-Schweitzer, 1992; Gómez-Peresmitré, *et al.* 2001b).

Sin duda, estos hallazgos van en la misma dirección de las afirmaciones de Toro, Nieves y Borrero (2010), de que las alteraciones de la imagen corporal de los hombres son más complejas incluso que las de las mujeres, en el sentido de que la mayoría del deseo corporal femenino es una silueta delgada, mientras que algunos hombres desean estar más gruesos, otros más delgados y algunos más delgados atléticos o con músculo.

La investigación sobre TCA e imagen corporal en muestras no clínicas se ha centrado en el componente afectivo (satisfacción/insatisfacción, Thompson, 1990). Sin embargo, la alteración de la imagen corporal también representa riesgo para la salud de la persona que la manifiesta. De hecho, la alteración representa una “doble vía”: 1) para el desarrollo de TCA, como anorexia y bulimia nervosas y 2) para el mantenimiento o riesgo de obesidad (Park, 2011). La totalidad de los adolescentes de nuestra muestra presentó alteración de la imagen en la forma de subestimación, se percibieron más delgados de lo que en realidad eran, datos

preocupantes si se considera que esta forma de alteración representa riesgo para mantener o desarrollar obesidad, en la medida que una persona decide perder o controlar su peso en función de que se percibe con sobrepeso (Miller *et al.* 2008). Si bien, el presente estudio, no valoró la relación causa-efecto entre alteración y obesidad, la realidad es que un porcentaje bastante alto de los participantes manifestó sobrepeso y obesidad. De tal manera, se sugiere indagar en futuros análisis esta relación.

Continuando con los hallazgos de alteración, cabe mencionar que éstos solo coinciden parcialmente con el estudio de Gómez-Peresmitré *et al.* (2001b) con hombres del Distrito Federal, donde los delgados sobrestimaron (se percibieron más gruesos), aquellos con peso normal prácticamente no alteraron, mientras que los participantes con sobrepeso subestimaron sus cuerpos. De hecho, los resultados sólo coincidieron en este último dato, ya que los hombres normopeso y delgados de la presente investigación también subestimaron sus pesos. Este análisis parece indicar que los hombres que viven en la frontera difieren de los que viven en el centro de la república mexicana en el componente perceptual de la imagen corporal.

Tradicionalmente se creía que un hombre entre más “fuerte, feo y formal” era más atractivo, no obstante, en el presente estudio se encontró que entre más delgado o emaciado se percibe el participante más atractivo se considera. Estos resultados pueden explicarse a la luz de la presión sociocultural a la que se encuentran expuestas las personas de todas las edades y de género indistinto, por lucir una silueta delgada, asociada al prototipo de belleza actual. Las participantes con autopercepción de obesidad se consideraron los menos atractivos, y es que actualmente se sabe que existe actitud “lipo-fóbica”, tal y como se encontró en el estudio de Gómez-Peresmitré *et al.* (2001a), donde un grupo de niños y niñas atribuyeron a sus coetáneos con obesidad atributos tales como: feo, prieto y asqueroso, entre otros adjetivos negativos.

Los datos sobre percepción de atractivo físico son congruentes con los reportados por Delfabbro, Winefield, Anderson, HammarStröm y Winefield (2011), quienes encontraron en adolescentes australianos y mexicanos mayor percepción de atractivo en delgados que en sobrepeso/obesos.

Un hallazgo especialmente relevante tiene que ver con que los adolescentes con la autoestima más alta fueron los que poseían cuerpos en la categoría de peso normal, los mismos que están más satisfechos con su cuerpo. Es importante considerar estos hallazgos como relevantes, al identificar factores que pueden proteger la salud mental y alimentaria de los jóvenes: promover un peso corporal normal asociado a la satisfacción con el cuerpo y una autoestima adecuada que pueden prevenir la aparición de un TCA.

Sin embargo, es triste identificar que los hombres con obesidad presentaron la autoestima más baja, percibiéndose como los menos atractivos también, coincidiendo con literatura previa (Delfabbro *et al.*, 2011).

No cabe duda de que las relaciones y la cultura actuales han sufrido transformaciones. El rol de los hombres no es la excepción. Tal parece que ahora no solamente es necesario que sea “formal y fuerte”, también debe ser bello, y ser bello es poseer un cuerpo atlético. Las mujeres tradicionalmente eran usadas como objetos sexuales y de venta de productos. En la actualidad es común ver también a sus contrapartes masculinas en las filas de esos objetos, ya que los hombres también representan excelentes blancos de la industria que explota la belleza.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Washington, DC: APA.
- Arroyo, M; Ansotegui, L. & Rocandio, A. M. (2008). Imagen y composición corporal en hombres jóvenes, *Osasunaz*, 9, 11-23.
- Bergstrom, R. & Neighbors, C. (2006). Body image disturbances and the social norms approach: an integrative review of the literature, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 975-1000.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*, Barcelona: Herder.
- Brytek-Matera A. & Schiltz L. (2011). Association between attitudes towards body image, negative emotions about one's own body and self-state representations in a clinical sample of

- eating disordered women, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 13, 37-43.
- Catikkas, F. (2011). Physical correlates of college's student's body image satisfaction levels, *Social Behavior and Personality*, 39, 497-502.
- Connell, R. (1987). *Gender and Power*, Stanford: Stanford University Press.
- Delfabbro, P., Winefield, A., Anderson, S., HammarStröm A. & Winefield, H. (2011). Body image and psychological well-being in adolescents: the relationship between gender and school type, *The Journal of Genetic Psychology*, 172, 67-83.
- Drewnowski A., Kurth C. L., & Krahn D. D. (1995). Effects of body image on dieting, exercise, and anabolic steroid use in adolescent males, *International Journal of Eating Disorders*, 17, 381-386.
- Facchini, M. (2006). ¿La imagen corporal en la adolescencia es un tema de varones?, *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104 (2), 177-184.
- Garner, D. M. (1997). The 1997 body image survey results, *Psychology Today*, 30 (1), 30-44.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante: sentirse atractivo o ser atractivo?, *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-33.
- _____ & Ávila, E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósito como control de peso?, *Psicología Iberoamericana*, 6, 37-45.
- _____ (1999). Proyecto de investigación imagen corporal en preadolescentes y adolescentes: un instrumento computarizado para el autodiagnóstico de factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la alimentación. Financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT, núm. 25845-H).
- _____ (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Conferencia Magistral de los 450 años de la Universidad, UNAM.
- _____, Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S. & Pineda, G. G. (2001a). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo

- en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes, *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324.
- _____, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. y Unikel, C. (2001b). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino, *Revista Psicología Contemporánea*, 7 (1), 4-15.
- _____. (2010). Realidad virtual. Promoción de la diversidad corporal y prevención /educación de trastornos de la imagen corporal en hombres adolescentes. Proyecto IXTLI.
- Koyuncu, M., Tok, S., Gunes I. & Dogan, B. (2009). Media body images and body image dissatisfaction in female athletes and nonathletes. 11th International Conference of Sport Kinetics, Kallithea, Halkidiki, Greece.
- Mangweth, B., Pope, H. G., Hudson, J. I., Olivardia, R., Kinzl, J. & Biebl, W. (1997). Eating disorders in Austrian men: an intra-cultural and cross-cultural comparison study, *Psychotherapy Psychosomatic*, 66, 214-221.
- McCabe, M. & McGreevy, S. (2010). The role of partners in shaping the body image and body change strategies of adult men, *Health*, 2 (9), 102-109.
- Miller, C., Schulz, M. & Bibeau, L. (2008). Factors associated with misperception of weight in the stroke belt, *Journal of General Internal Medicine*, 23 (3), 323-328.
- Montero, P., Morales, E. & Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos, *Antropo*, 8, 107-116.
- National Center for Health Statistics (CDC, Growth Chasis:United Status (2000). National Center for Health Statics. CDS Growth Charts: Atlanta, United States. [Documento recuperado el 10 de mayo de 2012]. <<http://www.cdc.gov/nchs 2000>>.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Mangweth, B. & Hudson, J. I. (1995). Eating disorders in college men, *American Journal of Psychiatry*, 152, 1279-1285.
- Ortega, M., Castillo, M. & Centeno, R. (2005). *Masculinidad y factores socioculturales asociados a la paternidad*, Nicaragua: UNFPA-CEPAL.
- Park, E. (2011). Overestimation and underestimation: Adolescent's weight perception in comparison to BMI-based weight status

- and how it varies across socio demographic factors, *Journal of School Health*, 81, 2, 57–64.
- Ramírez, R. (1993). *Dime capitán: reflexiones sobre la masculinidad*, San Juan, Puerto Rico: Huracán.
- Román Tirado, F. A., González Armenteros, J. J., Fernández Bauzó, E. B., Cruz Díaz, E. & Ávila Rodríguez, M. (2003). *Masculino que ninguno: una perspectiva socio personal del género, el poder y la violencia*, San Juan, Puerto Rico: Colectivo Vivencia de los Géneros.
- Shankaran, S., Bann, C., Das, A., Lester, B., Bada, H. Bauer, C.R., La Gasse, L. & Higgins, R. D. (2011). Risk for obesity in adolescence starts in early childhood, *Journal of Perinatology*, 31, 711–716.
- Slade, P. & Brodie, D. (1994). Body-image distortion and eating disorder: a reconceptualization based on the recent literature, *European Eating Disorders Review*, 2 (1), 32-46.
- Schilder, P. (1989). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*, México: Ed. Paidós.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código ético del psicólogo*, México: Trillas.
- Stice, E., Shaw, H. & Nemeroff, C. (1998). Dual pathway model of bulimia nervosa: longitudinal support for dietary restraint and affect–regulation mechanisms, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 129-149.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect, *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Striegel-Moore, R. McAvay, G. & Rodin, J. (1986). Psychological and behavioral correlates of feeling fat in women, *International Journal of Eating Disorders*, 5, 935-947.
- Thompson, J. (1990). *Body Image Disturbances: Assessment and Treatment*, USA: Pergamon Press.
- Thompson, J. K. (2002). *Body Image, Eating Disorders and Obesity*. USA: American Psychological Association.
- Toro-Alfonso, J., Nieves, L. K. & Borrero, B. N. (2010). Cuerpo y masculinidad: los desórdenes alimentarios en hombres, *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 225-234.

Imagen corporal y orientación sexual - Gilda Gómez-Perezmitré

PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

**4. INVESTIGACIÓN RELACIONADA CON LA SEGUNDA
TENDENCIA ACTITUDINAL HACIA UN MODELO
MASCULINO IDEAL**

4.1. IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN UNA MUESTRA DE HOMBRES HOMOSEXUALES.

ROBERTO LAZO OCAMPO
GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ

Introducción

Al hablar sobre trastornos alimentarios, la primera imagen que se nos viene a la mente es la de una modelo sobre una pasarela ostentando un cuerpo cadavérico o una adolescente que se esconde en su cuarto para prácticamente devorar toda una caja de galletas, para después pasar al angustioso ritual de vomitar en el baño todo lo ingerido. Estos cuadros, que ahora parecen trillados pero aún siguen siendo una realidad, son los que han aparecido ligados a los trastornos alimentarios desde que los medios de comunicación comenzaron a interesarse en sacarlos a la luz. Que los medios, y antiguamente los científicos, centraran la atención en la población femenina al hablar de trastornos alimentarios y, por lo tanto, quedaran íntimamente ligados, no es un mero sesgo que simplifique la magnitud del problema. De hecho, las estadísticas dicen que los trastornos alimentarios ocurren mayormente en mujeres. Sin embargo, poco a poco, los investigadores que se dedican a este tema, han ido ampliando el espectro poblacional de sus estudios y se han enfocado en grupos que antes recibían mínima atención; entre ellos, los hombres.

Primeros estudios de hombres y trastornos alimentarios

Aunque ya desde los años setenta había algunos estudios nacientes sobre trastornos alimentarios que incluían participantes hombres, fue hasta los años ochenta en Estados Unidos de Norteamérica y en otros países anglosajones, que se despertó el interés por estudiar qué pasaba con los hombres tanto heterosexuales como homosexuales respecto a los trastornos alimentarios. Desde ese momento, varias

investigaciones se han dedicado al estudio de la incidencia y prevalencia de estos trastornos entre la población masculina.

Las primeras investigaciones, y algunas recientes, sobre la correlación de los trastornos alimentarios y la homosexualidad masculina, partían de presupuestos tales como equiparar la homosexualidad con el género femenino: ser homosexual equivale a ser como mujer, lo que de alguna manera, sesgaba los resultados. Hoy en día, las investigaciones respecto a hombres homosexuales y trastornos alimentarios intentan quitarse todos los velos de prejuicios para llevar a cabo investigaciones más precisas.

En México, la existencia de este tipo de trabajo es nula, y por lo tanto, es de gran importancia que se comience a tomar en cuenta a este sector de la población. De esta manera, se ampliaría el número de imágenes en nuestra mente cada vez que pensemos en trastornos alimentarios y nos daríamos cuenta que éstos son más complejos de lo que creemos, y que pueden aparecer en diversas poblaciones además de la femenina.

Esta investigación versa, precisamente, en dar cuenta de la presencia, o ausencia, de factores predisponentes para desarrollar trastornos alimentarios en una muestra de hombres homosexuales.

Homosexualidad

Según la posición esencialista, la homosexualidad es un rasgo biológico que aparece en todas las sociedades y en todas las épocas (Castañeda, 1999). Según estas teorías, la explicación de la homosexualidad puede que se encuentre por estructuras neurobiológicas diferentes (entre homos y heterosexuales) con diferentes efectos hormonales o incluso determinaciones genéticas (Baile, 2008). En el orden biológico, en los últimos años se han buscado diferencias anatómicas, hormonales o más recientemente, genéticas entre personas homo y heterosexuales, sin alcanzar todavía resultados concluyentes (Castañeda, 2002). Respecto a este último punto, en estudios realizados con gemelos se ha concluido que, aproximadamente, entre el 30% y el 70% de la homosexualidad en ambos sexos puede explicarse genéticamente (Bailey, Pillad, Neale & Agyei, 1993). Sin embargo, estudios más recientes, que también implican a hermanos gemelos, han dejado

ver que junto con las influencias genéticas existen variables ambientales no compartidas en la determinación de la orientación sexual (Zegers, Larrain & Bustamante, 2007).

A nivel molecular, Hammer, Hu, Magnuson, Hu y Pattatuci (1993), demostraron que había cinco marcadores pertenecientes a la región Xq28 que coincidían en 33 de los 40 pares de pares de hermanos analizados. Esto ha propiciado que se postule la existencia de un gen de la homosexualidad masculina; sin embargo, aunque estos estudios son fuertemente indicativos, no son absolutos por no haberse encontrado en el 100% de los casos (Careaga & Cruz, 2004). También, a nivel hormonal, varios investigadores han realizado estudios donde se especula que el grado de cantidad hormonal en adultos contribuye a la homosexualidad, pero la mayoría no ha encontrado diferencias significativas y aún no se ha dado información que sustente que las hormonas en los adultos contribuyan a la orientación sexual (Carroll, 2005). Es más, los hombres y mujeres homosexuales son tan parecidos a sus homólogos heterosexuales en todo, aparte de su polo de atracción sexual, que sólo investigaciones muy precisas y especializadas (respecto a la influencia hormonal) han podido descubrir pequeñas diferencias en ellos. De hecho, actualmente, está claro que los niveles hormonales sólo pueden explicar una parte del todo (Mondimore, 1998).

El orden de nacimiento y el sexo de los hermanos es otra área en la cual las investigaciones han encontrado una correlación con la homosexualidad masculina, pero no con la femenina (Zucker, Blanchard & Siegelman, 2003). De hecho, se ha hipotetizado que el efecto del orden de nacimiento en la homosexualidad es un subproducto de un mecanismo biológico que pudiera cambiar los rasgos masculinos a otros más femeninos en los hermanos menores, reduciendo la probabilidad de competencia fraterna infructuosa (Miller, 2000). Esta hipótesis es conocida como la hipótesis del efecto inmune materno: el efecto del orden de nacimiento se dispara cuando células fetales (o fragmentos de ellas) penetran en la circulación sanguínea de la madre, lo que es frecuente durante el nacimiento. El sistema inmune de la madre trata a estas células como cuerpos extraños y comienza a producir anticuerpos para eliminarlas.

Sin embargo, los anticuerpos que impiden el cruce dejan pasar estas células de la placenta directo al cerebro del feto masculino. Estos anticuerpos desvían, de alguna manera, la diferenciación sexual de la línea masculina típica. Lo que haría que, a medida de que se desarrolla, el individuo sienta atracción por hombres y no por mujeres (Blanchard, 2008). Sin embargo, en un estudio realizado por Campero-Ciani, Cornay Capiluppi (2004), sobre aspectos biológicos (influencia hormonal, número de hermanos varones) que favorecen la homosexualidad, encontraron que en el 79% de la varianza de la muestra de hombres homosexuales (90 en total) no se puede explicar solamente por razones biológicas. Es más, señalan que la homosexualidad se puede explicar por razones culturales más que por causas de origen biológicas.

Entre otras teorías que han tratado de explicar las causas de la homosexualidad se encuentra la teoría psicoanalítica freudiana. Freud argumentaba que los niños (varones) se fijarían en una fase homoerótica, que, según Freud, todos pasamos por ella en un momento de nuestro desarrollo, si habían tenido una relación pobre con sus padres, y si, por el contrario, la relación con la madre había sido demasiado cercana (Golombok & Tasker, 2005). La homosexualidad es revisada a través de todo el mapa de las elaboraciones freudianas, desde el complejo de Edipo, hasta el narcisismo (D'Angelo, 2008), lo que da cuenta de la insistencia de Freud del carácter adquirido de la homosexualidad, pero el padre del psicoanálisis reflexiona que, entre la multiplicidad de factores que intervienen en el nacimiento de la homosexualidad, también hay que contar con factores constitucionales, aunque no sea posible determinar sus modos de actuación (Gafo, 1997).

Las teorías sociales desarrolladas, desde mediados de los años sesenta, también han fallado en dar una explicación satisfactoria, y completa, sobre un origen puramente cultural de esta orientación. Quizá sea, como sugiere Pinel (2001), el comportamiento actual de una persona tiene los siguientes antecedentes: a) cómo es su organismo, b) a qué situación se está enfrentando, c) cómo su organismo se ha configurado a partir de la genética y de sus experiencias vitales, y d) cómo su genética se ha configurado a lo largo de la evolución de su especie. Lo que da paso a un modelo integrador que considera que en la

determinación de la homosexualidad influyen factores biológicos (genéticos-innatos, hormonas, orden de nacimiento), factores psicológicos (relaciones y experiencias con los otros en la infancia y adolescencia) y factores sociales (por ejemplo, la existencia de modelos sociales de homosexuales que reafirman una orientación homosexual incipiente y la confirman) (Baile, 2008).

Existe una controversia en el porcentaje de hombres homosexuales. Algunos cálculos estiman que éste va del 2% al 10% de la población (Carroll, 2005), dependiendo de la metodología utilizada en el estudio. Por ejemplo, en una revisión de los estudios sobre la proporción de población homosexual a través del tiempo realizado por Diamond (1993), nos deja ver que los resultados varían del 1.6% a 19%; sin embargo, estas investigaciones son matizadas por diferentes aspectos: desde las preguntas realizadas, hasta cuestiones como la tendencia de los participantes a ocultar información. Sin embargo, la mayoría de los estudiosos del tema observan que el índice de homosexualidad en los hombres es mayor que en las mujeres.

Esto es, el porcentaje tentativo de hombres homosexuales es mayor a 11.2% al 2.1%, que el de mujeres homosexuales, del 0.8% al 2.1% con una proporción aproximada de dos hombres por una mujer, 2:1 (Zegers, Larrain & Bustamante, 2007).

Es obvio que estas estadísticas sólo se centran en hombres que se identifican como homosexuales. La identidad sexual es más que actos individuales; es un estilo de vida. La identidad hacia una clase social, grupo étnico, y en minoría, los integrantes de ésta se definen partiendo de los sujetos que se encuentran en la llamada “normalidad” (Recio, 2000). Al ser la homosexualidad una de las minorías que integran nuestra sociedad, es importante incluir estudios sobre cuestiones de salud específicos para esta población, especialmente de salud mental.

Homosexualidad y salud mental

La salud, entendida en sentido amplio, como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad,

sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo (San Martín, 1992). De la misma forma, la salud mental no sólo se refiere a la ausencia de enfermedad mental perceptible, sino a un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades y puede trabajar de manera productiva y de manera fructífera, y es capaz de contribuir con su trabajo a la comunidad (Desjarlis, Eisenberg, Good & Kleiman, 1995). Según el médico Phillip Long, en su portal de Internet: Internet Mental Health, los problemas de salud mental se dividen en ocho bloques: trastornos de ansiedad, trastornos de la infancia, trastornos afectivos, trastornos cognitivos, trastornos de personalidad, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos relacionados con la dependencia a las drogas y los trastornos alimentarios.

Desde 1973, año en que la homosexualidad ya no es clasificada por la Asociación Americana de Psiquiatría como una enfermedad mental, se comienza a dar un giro en el estudio sobre la comunidad homosexual, como personas que deben recibir atención médica, no por su orientación sexual sino por causas iguales a las de sus contrapartes heterosexuales. Todavía, después de esta decisión, se publicaban textos, que arropados bajo el mote de “investigaciones científicas”, versaban sobre terapias de conversión que tenían el fin de desaparecer, en los infantes, cualquier rasgo (comportamientos “femeninos”) que a la larga conllevará a éste a ser sexualmente “anormal”. Algunas otras formas de tratamiento incluían terapia de electrochoques, hasta terapia hormonal, pasando por tratamientos con terapias psicológicas (psicoanálisis, psicodrama) (Smith, Barlett & King, 2001).

En la actualidad, se sabe que este tipo de terapias no han probado ser funcionales, puesto que entre sus fallos se encuentra confundir la excitación sexual (que puede disminuir con técnicas conductuales aversivas) con la orientación sexual (Serovich, Craft, McDowell & Grafski, 2008).

Sin embargo, vestigios de intolerancia aún grabados con profundidad en la memoria grupal y constantemente implantados en los discursos normalizadores que deambulan en la sociedad, han hecho difícil en ocasiones destrabar la imagen del homosexual

como un ser que requiere reconvertirse en alguien aceptable para ciertas fracciones de la sociedad.

Estudios sobre comorbilidad de enfermedades mentales y orientación sexual han encontrado que la población gay presenta un alto riesgo de desarrollar un desorden psiquiátrico (Cochran, 2001). King, Semlygen, See Tai, Killaspy y Osborn (2008), mencionan que los grupos homosexuales, bisexuales y lésbicos, tienen mayor riesgo que los individuos heterosexuales de padecer trastornos mentales e incluso conductas suicidas. Aunque esto se podría deber a causas multifactoriales que necesitan ser estudiadas más a fondo, varios estudios apuntan a la homofobia y discriminación (en conjunto estrés de “minoría”) (Mays & Cochran, 2001). El estrés de minoría aparece cuando hay un conflicto entre los miembros de tal o cual grupo minoritario y una sociedad estigmatizadora y discriminadora (Meyer, 1995). En personas homosexuales este tipo de estrés es común debido a que enfrentan diversos grados de exclusión, puesto que muchas sociedades, incluyendo la mexicana, valoran de forma negativa su orientación sexual. En una sociedad como la nuestra, donde todavía la masculinidad es vista como controladora y ostentadora del poder y, como Kimmel (2004), lo señala, una huida (y repudio) de lo femenino, la carga del estigma es grande. La discriminación puede jugar un papel importante en la salud mental del individuo que la padece o percibe. Como ejemplo tenemos un estudio realizado por MacCabe, Bostwick, Hughes, West y Boyd (2010), en el cual encontraron que los participantes de su estudio, adultos homosexuales, quienes presentaban algún tipo de discriminación (por su orientación sexual, género o etnia), reportaban más uso de drogas que quienes no eran discriminados. Lo anterior concuerda con lo encontrado por Ortíz-Hernández (2005), en el sector homosexual en México, es más frecuente el consumo de cigarros, drogas entre otros, además de existir una prevalencia alta de trastornos afectivos y de comportamientos autodestructivos. Los individuos homosexuales entrevistados en un estudio cualitativo realizado también en México, reportaron tener sentimientos de rechazo, culpa, autorechazo, ideación suicida y aislamiento (Granados-Cosme & Delgado-Sánchez, 2008). De hecho, en la población homosexual masculina de la ciudad de México, se ha

encontrado una tasa alta de ideación suicida (36%) y un 39% de intento de suicidio (Ortiz-Hernández, 2005). También se ha hallado que tanto los trastornos de ansiedad como los trastornos afectivos en la población masculina, se concentra principalmente en grupos de minorías sexuales (Bostwick, Boyd, Hughes & McCabe, 2010). En este mismo estudio, los autores exponen que probablemente la razón para que la “no heterosexualidad” tenga más relación con un incremento de trastornos mentales entre la población masculina se debe principalmente al gran estigma que aún existe para la homosexualidad masculina en Estados Unidos, y que se podría aplicar a otros países, incluyendo México (Bostwick, *et al.*, 2010). Una variable importante que también se correlaciona con la salud mental es el sentimiento de soledad prolongado que puede derivar incluso en enfermedades físicas como el cáncer (Hawley & Cacciopo, 2004). Respecto a la población homosexual, el sentimiento de soledad está relacionado con la homofobia internalizada, que se puede describir como el conflicto intrapsíquico entre la orientación sexual hacia el mismo sexo y el deseo de ser heterosexual (Herek 2004), causando problemas para relacionarse con los demás y derivando posiblemente en otros problemas mentales como la depresión (Frost & Meyer, 2009). De hecho, la homofobia predice estrés negativo en hombres homosexuales (Meyer, 1995), y por lo tanto, puede ser ésta causa de que se presenten trastornos mentales en la población homosexual (Meyer, 2003).

Resulta interesante conocer la forma que están tomando actualmente estos problemas y la manera en que los homosexuales están tratando de lidiar con ellos, por ejemplo, el uso excesivo de Internet (De Longa, *et al.*, 2011), para crear programas de intervención creados específicamente para esta población.

Homosexualidad y trastornos de la alimentación

Aunque los primeros documentos sobre personas que padecieron lo que ahora podríamos clasificar como TA provienen de casos donde el paciente era hombre, los estudios referentes a trastornos alimentarios han encontrado que éstos usualmente están más presentes en mujeres que en hombres. De esta manera, hasta

principios de este siglo, se han empezado a investigar los trastornos alimentarios, y temas relacionados, como la insatisfacción corporal, en el hombre. Por lo mismo, hasta hace algún tiempo, la prevalencia de estos trastornos en población masculina permanecía en el misterio. Aunque desde hace bastante tiempo existen reportes sobre hombres con trastornos alimentarios, como los casos descritos por Bruch (1973) o por Wilps (1990), o aun casos anteriores, parecen ser más anecdóticos que encontrarse dentro de la norma. En tiempos más recientes, se han comenzado incluso a realizarse encuestas nacionales sobre TA en hombres, como la hecha por Hudson, Hiripi, Pope y Kessler en 2007 en población estadounidense, la cual destaca que la prevalencia de la anorexia nervosa en hombres es del 0.3%, la prevalencia de la bulimia nervosa es del 0.5% y la prevalencia del trastorno por atracón es del 2.0%. Respecto a la edad en que pueden aparecer estos trastornos, se ha encontrado que el promedio en los hombres es de 21 años (Braun, Sunday, Huang & Kalmi, 1999).

Las características de los hombres que presentan TA son muy similares a las de las mujeres con los mismos trastornos; sin embargo, existen algunas diferencias que merecen la pena mencionar:

a) Los hombres con anorexia nervosa presentan conductas obsesivas más extremas que sus contrapartes femeninas (Harris & Cumella, 2006).

b) Los hombres con bulimia nerviosa presentan más conductas impulsivas más extremas que sus contrapartes femeninas (Harris & Cumella, 2006).

c) En algunos estudios recientes se ha comprobado que los hombres son igual o más propensos a entregarse a conductas compensatorias como, usar laxantes (Reyes-Rodríguez, *et al.* 2011); y también respecto a la autoinducción del vómito se ha encontrado que los hombres son más propensos a esta conducta (Gadalla, 2009) en contra de la idea común de que las mujeres tienen más conductas compensatorias.

d) Entre las conductas compensatorias que tienen una estrecha relación con los TA se encuentra el ejercicio físico y la mayoría de los hombres lo utilizan para controlar el peso (Drewoski & Yee, 1987). De hecho, un número mayor de hombres que de mujeres

reportan pensar sobre la quema de calorías cuando se ejercitan (Gadalla, 2009).

Diversos estudios han mostrado que una gran cantidad de hombres que son homosexuales tienen un riesgo sustancial de incrementar el riesgo para desarrollar TA debido a su orientación (Andersen, 1999). Se ha encontrado que el rango de hombres homosexuales o bisexuales tiende a presentar un índice más alto de TA que los hombres heterosexuales (Felgman & Meyer, 2007). Debido a la gran prevalencia de hombres homosexuales con algún trastorno alimentario se cree que éstos son más susceptibles a desarrollarlos que los hombres heterosexuales (Do Jackson, 2008).

Entre los factores de riesgo para desarrollar TA entre la población homosexual destaca la insatisfacción con la imagen corporal. En una encuesta nacional reciente realizada en Canadá sobre la salud de hombres homosexuales se concluyó que éstos reportaban una alta insatisfacción corporal y mayor propensión a tener, por lo menos, conductas alimentarias desordenadas (Brennan, Crath, Hart, Gadalla & Gillis, 2011). Estos autores también teorizan en torno a la idea de que una de las causas podría ser que hoy en día, los hombres homosexuales, sobre todo los adolescentes y los jóvenes adultos, tienen más posibilidades para acceder y estar expuestos a la cultura gay prevalente en los medios de comunicación, oportunidades que no existían hace treinta años. La exposición a imágenes dirigidas a hombres homosexuales puede tener un efecto potencial para la predisposición de TA (Taylor & Goodfriend, 2008) y para sentirse insatisfecho con su cuerpo (Morgan & Arcelus, 2009).

Según Michael Cohen (1997), se ha encontrado que la búsqueda de la delgadez en los hombres homosexuales equivale a la búsqueda de un cuerpo esbelto, pero tonificado y sin grasa. Esta búsqueda, según Gough y Gareth (1988), comenzó entre los setenta y al final de los ochenta cuando tener un cuerpo atlético y masculino se volvió importante para desarrollar una apariencia muscular y tonificada. Actualmente, con la aparición, de un modelo de delgadez, en el mundo de la moda, donde lo de hoy son los pantalones estrechos y jovencitos cuasi escuálidos (McVeigh, 2010), la atención no es en la pérdida de músculo sino de grasa, lo que da pie a un aumento de comportamientos de compulsión por el ejercicio excesivo y por una dieta restringida si es que el

ejercicio falla en su misión de “desaparecer” la grasa (Cohen, 1997). Este comportamiento dirigido a alcanzar una figura delgada concuerda con lo encontrado en el estudio realizado por Duggan y McCreary (2004), en el que los participantes homosexuales reportaron conductas alimentarias negativas orientadas a disminuir su peso corporal. Los TA están fuertemente relacionados con la insatisfacción corporal en sujetos homosexuales (Hospers & Jansen, 2005). La importancia que éstos ponen en la imagen corporal se debe al énfasis depositado en el atractivo físico, tanto de ellos como de sus parejas (Siever, 1994). El verse en forma y atractivo pudiera ser importante para los hombres homosexuales para poder conseguir pareja y mantenerla (Harvey & Robinson, 2003). Esta insatisfacción corporal en hombres homosexuales puede reflejar motivos de competencia intrasexual, la cual dispara comportamientos de alimentación restringida, tanto en hombres homosexuales como en mujeres (Li, Smith, Griskevicius, Canson & Bryan, 2010). Esto puede ser porque, a diferencia de los hombres heterosexuales, los hombres homosexuales asumen que una pareja potencial prefiera cuerpos esbeltos, tal como lo encontraron Smith, Hawkeswood, Bodell y Joiner (2011), al comparar una muestra de hombres homosexuales con otra de hombres heterosexuales. Lo antes dicho concuerda con el estudio realizado por Brown y Graham (2008), quienes encontraron que una de las principales motivaciones de los hombres homosexuales para ir al gimnasio era mejorar su apariencia física, ya que pueden ser evaluados como futuras parejas y pueden ser discriminados por su apariencia física. Esto explicaría por qué los hombres homosexuales expresan que su imagen corporal tiene efectos negativos en su calidad de vida, además de que, no importando su peso, se sienten más insatisfechos e inseguros que los hombres heterosexuales (Perplau, Curtis, Maisel, Leveer, & Ghavani, 2009).

Además de la insatisfacción corporal existen otros factores por los cuales los hombres homosexuales pueden ser susceptibles a desarrollar algún TA. Uno de éstos puede ser la presión que se vive en la comunidad gay en relación con los estándares de atracción (Meany-Walen & Daves-Cage, 2009), esto es acotado por hombres que tienen de alguna u otra manera lazos con la comunidad gay, quienes señalan la existencia de una gran competencia entre los

miembros de ésta, en cuanto a ser más atractivo que el de al lado (Arcelus & Morgan, 2009). Pudiera ser que a lo largo del paso de los hombres homosexuales por las etapas de su formación identidad sexual, su deseo por resultar atractivo a los ojos de otros hombres resulte en preocupación e insatisfacción por su aspecto físico. Este disgusto por su cuerpo podría incrementarse si el individuo se involucra con la comunidad gay (Gil, 2007), en especial en grupos donde se impone la idea de la imagen como moneda de cambio. Lo antes dicho se complica, sobre todos si se tiene en cuenta que la cultura tradicional sobre lo que debe ser un hombre y lo que se espera de él todavía permea en muchos hombres homosexuales (Sánchez, Greenberg, Liu & Vilain, 2009).

En virtud de la importancia que tiene la producción de conocimiento relacionado con factores de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios, en este estudio se planteó, como uno de los objetivos, determinar el carácter positivo/negativo de la imagen corporal y su relación con conductas alimentarias de riesgo/no riesgo, con actitud hacia el cuerpo masculino (en una muestra de hombres homosexuales).

Objetivo

El objetivo central de la presente investigación fue determinar los niveles de satisfacción/insatisfacción y la relación de la imagen corporal (positiva/negativa) con actitud hacia el cuerpo masculino, factores de riesgo asociados con conducta alimentaria (dieta restringida, comer compulsivo, preocupación por el peso y la comida) y afecto negativo (estrés y depresión) en una muestra de hombres homosexuales.

Método

Tipo y diseño de investigación

Es un tipo de estudio descriptivo, de campo y transversal, con un diseño de una sola muestra, con observaciones independientes.

Muestra y participantes

La muestra fue no probabilística con un tamaño total de $N=52$ participantes. Los participantes fueron hombres homosexuales con un rango de edad de 18 a 41 años y *media* de $M=28.92$ ($DE=6.81$). Cabe destacar que el mayor porcentaje (38%) se ubicó en el rango de 19- 25 años de edad, mientras que el menor porcentaje (10%) se sitúa en el rango que va de los 36 -40 años de edad.

Instrumentos (ver ítems y propiedades psicométricas en Apéndice)

Medición de imagen corporal

Escala visual de siluetas. Adolescentes y adultos con orientación sexual homosexual y heterosexual (Gómez-Peresmitré, 2010).

Variables medidas:

1. Satisfacción / insatisfacción.
2. Alteración de imagen corporal (sobreestimación/subestimación).

Medición conducta de riesgo

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), versión adolescentes, jóvenes y adultos (Gómez-Peresmitré, 1998, Gómez-Peresmitré, 2001, 2011):

Factor 1. Conducta alimentaria compulsiva (conductas alimentarias bulímicas).

Factor 2. Preocupación por el peso y la comida.

Factor 3. Dieta crónica y restringida.

Escala de actitud hacia el cuerpo masculino (Male Body Attitude Scale, MBAS) (Tylka, Bergeron y Schwartz, 2005).

Inventario de depresión de Beck (1988), validado en México por Jurado, Villegas, Méndez, *et al.* (1998).

Procedimiento

Para la recolección de datos se acudió a grupos de encuentro gay y se solicitó a los participantes su colaboración (consentimiento informado).

Resultados

Figura ideal y satisfacción/insatisfacción

La figura ideal promedio fue de $M=4.5$. ($DE=1.05$). La *media* de la variable satisfacción/insatisfacción fue de -0.403 con ($DE=2.27$). El 25% de los participantes mostraron estar satisfechos con su imagen corporal, mientras que el 41% tenía puntuaciones negativas (insatisfacción porque se quiere estar más grueso), y el 34% obtuvo puntuaciones positivas (insatisfacción porque se quiere estar más delgado).



Figura 18. Distribución porcentual de la variable insatisfacción corporal.

Niveles de estrés

En relación con los niveles de estrés se encontró una $M=2.53$ ($DE=1.07$). Los niveles bajo, medio y alto de estrés obtuvieron el mismo porcentaje (27%) cada uno, mientras que el porcentaje menor (18%) corresponde a los participantes con un nivel severo de estrés.

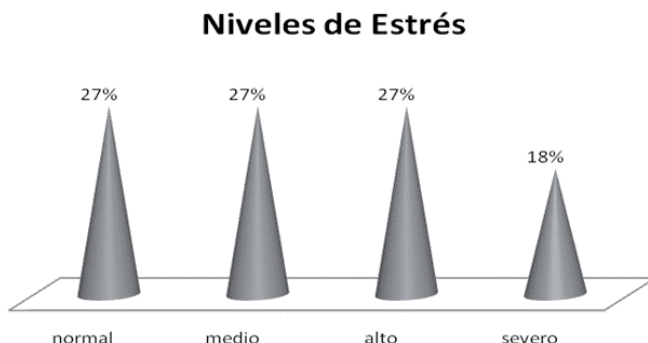


Figura 19. Porcentajes de los niveles de estrés.

IMC. Con respecto al índice de masa corporal, se encontró una $M=22.93$ y una $DE= 2.56$. El mayor porcentaje (72 %) se presentó en el rango de normopeso (18.6–24.9), mientras que el menor (6%) correspondió a la categoría de “muy delgado” (<18.5), y un 19% de los participantes clasificó con sobrepeso (≥ 25) de acuerdo con los criterios de la OMS (2011).

Actitud positiva/negativa hacia la imagen corporal

Se formaron dos grupos, teniendo en cuenta la actitud positiva/negativa de los participantes hacia su imagen corporal. Se encontró al 47% de los participantes con actitud positiva en oposición al 52% de los mismos que mostraron tener una actitud negativa. Se aplicó la prueba t de Student para la comparación de grupos y búsqueda de diferencias significativas. Como puede observarse en la Tabla 9, se exponen únicamente los factores

cuyos resultados fueron significativos, aunque debe aclararse que hubo más resultados significativos que no significativos. Por ejemplo, de la comparación del total de 11 factores sólo 4 (figura actual, figura ideal, factor altura y conducta alimentaria normal) no resultaron con diferencias estadísticamente significativas. En el restante de los factores (siete) que si fueron estadísticamente significativos puede observarse, que las medias de IC negativa, en cada caso, fueron más altas que las de IC positiva ($M_{ICneg} > M_{ICpos}$), por lo que puede vérselo más bien como una tendencia hacia la depresión.

Afecto negativo

La variable “estrés” también arrojó una diferencia significativa [$t(50)=2.21, p=.038$] con $M=20.25$ para los participantes con IC positiva y $M=23.77$ para los de IC negativa, siendo esta última más grande que la primera, que la de IC positiva. Debe señalarse, sin embargo, que el otro factor de afecto negativo, el de depresión, obtuvo una diferencia marginal, obteniendo una $p > .05$ esto es ($p=0.06$) con $M=3.07$ para los participantes con IC positiva y $M=7.62$ para los de IC negativa.

Conducta alimentaria de riesgo

Entre los Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), también resultaron con diferencias significativas: Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC) [$t(50)=-4.28, p=.000$] con $M=1.12$ para los participantes con imagen corporal positiva y $M=1.57$ para los de imagen corporal negativa; dieta crónica y restringida [$t(50)=3.33, p=.002$] con $M=1.08$ para los participantes con imagen corporal positiva y $M=1.68$ para los de imagen corporal negativa; preocupación por el peso y la comida [$t(50)=2.39, p=.023$], con $M=1.34$ para los participantes con una imagen corporal positiva y $M=1.81$ para los de imagen corporal negativa.

Actitud hacia el cuerpo masculino

Con respecto a la actitud hacia el cuerpo masculino, sólo los ítems de dos subescalas resultaron significativos: la de musculatura con $t(49)=5.81$ $p=.000$ con $M=19.87$ para IC positiva y $M=28.07$ para IC negativa; y la de grasa corporal $7(50)=6.28$ $p=.000$ con $M=1.12$ para IC positiva y $M=1.57$ para IC negativa. Como puede observarse, nuevamente las medias correspondientes a IC negativa fueron más grandes que las de IC positiva.

IC grupo	t	gl	p	IC positiva	IC negativa
IC (factor musculatura)	-5.813	49	.000	$M=19.87$ $DE=4.82$	$M=28.07$ $DE=5.20$
IC (factor grasa corporal)	-6.284	50	.000	$M=13.80$ $DE=3.48$	$M=20.85$ $DE=4.49$
EFRATA 1 (CAC)	-4.284	50	.000	$M=1.12$ $DE=.23$	$M=1.57$ $DE=.47$
EFRATA 4 (dieta crónica y restringida)	-3.329	50	.002	$M=1.08$ $DE=.15$	$M=1.68$ $DE=.90$
EFRATA 2 (preocupación por el peso y la comida)	-2.338	50	.023	$M=1.34$ $DE=.47$	$M=1.81$ $DE=.90$
Estrés	-2.219	50	.038	$M=20.25$ $DE=5.00$	$M=23.77$ $DE=6.60$
Depresión	-1.982	49	.061	$M=3.07$ $DE=5.58$	$M=7.62$ $DE=10.46$

Tabla 8. Comparación de grupos con imagen corporal positiva/negativa (M , DE , t , p) en relación con actitud hacia el cuerpo masculino, conducta alimentaria de riesgo y afecto negativo (estrés y depresión).

Discusión

El propósito de este estudio se centró en el análisis de la imagen corporal de una muestra de adultos jóvenes homosexuales ($M=28.9$ años ± 6.81), buscando determinar los niveles de satisfacción/insatisfacción con figura (actual e ideal), la actitud hacia el cuerpo masculino (grasa, altura, musculatura), factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios y afecto negativo (estrés y depresión), así como establecer la presencia positiva o negativa de la imagen corporal y su relación con todos y cada uno de los factores antes señalados.

De gran interés resultó constatar que la figura ideal promedio se encontrara en una figura normopeso y que el valor medio de la variable satisfacción/insatisfacción tuviera un valor negativo indicando que el grupo, en promedio, se encuentra insatisfecho porque desea ser más grueso, ya que este resultado, contradice estudios previos que señalan que los hombres homosexuales desean, al igual que las mujeres, una figura ideal delgada. Si se analiza la distribución de esta misma variable en la Figura 18, se confirma ese valor medio, ya que el porcentaje más alto 41% (la suma de los porcentajes de la parte izquierda de la distribución de la Figura 18) es también de insatisfacción negativa; en oposición al 34% de los participantes (la suma de los porcentajes a la derecha de esa misma distribución) que manifiestan insatisfacción positiva (quieren estar más delgados). La presencia de estos porcentajes que dividen la respuesta total de insatisfacción, unos insatisfechos porque quieren ser más delgados y otros porque quieren estar más gruesos replica diversos estudios de hombres heterosexuales (por ejemplo, Gómez-Peresmitré, *et al.* 2001, entre otros), dejando ver que existe una misma respuesta para figura ideal entre homosexuales y heterosexuales. De esta manera se requieren más estudios que repliquen los resultados de este estudio para poder fundamentar que *el deseo de la figura corporal ideal más gruesa se asocia con el género (ser hombre) y no con la orientación sexual*. Los hombres de esta muestra clasificaron en promedio con un índice de masa corporal normopeso ($M=22.93$, $DE=2.56$), teniendo casi las tres cuartas partes de ellos la misma clasificación. Sin embargo, casi la cuarta parte restante se encuentra en riesgo, el 18% porque

tiene sobrepeso y el 6% porque está muy delgado, prácticamente emaciado. Nótese que en esta muestra de homosexuales se repite el problema de sobrepeso, pero no el de obesidad, lo cual no deja de sorprender dado que ésta se ha convertido en un problema de salud pública en nuestro país.

Por otra parte, casi la mitad de los participantes de este estudio mostraron tener puntuaciones de estrés alto y severo (ver Figura 19) concordando con lo encontrado con Kimmel y Mahalik (2005), quienes reportan que el estrés está correlacionado con experiencias de insatisfacción corporal en hombres homosexuales. Este resultado se confirma cuando se comparan los niveles de estrés de participantes con imagen corporal positiva vs. participantes con IC negativa. Se obtuvieron diferencias significativas y los participantes con una IC negativa tuvieron mayor estrés que los de IC positiva (ver Tabla 9). En cambio, en relación con la variable “depresión” sólo se encontró lo que puede denominarse una tendencia a la depresión. Ahora bien, la actitud negativa, de más de la mitad de los participantes de este estudio hacia su propia imagen corporal explicaría, de acuerdo con Perplau, Curtis, Maisel, Leveer y Ghavani (2009), por qué se ha encontrado que los hombres homosexuales consideran que su imagen corporal tiene efectos negativos en su calidad de vida. Como ya se señaló en otra parte, la IC tiene el potencial de influir en nuestra calidad de vida; influye en lo que pensamos y cómo lo hacemos, cómo nos vemos y lo que sentimos sobre nosotros mismos. De la misma manera, los homosexuales con imagen corporal negativa, a diferencia de los que tenían imagen corporal positiva, mostraron una actitud más negativa (insatisfacción) con su musculatura, así como con su grasa corporal, *implicando el deseo de un cuerpo con músculo, pero sin grasa, confirmando lo que la literatura indica al respecto, esto es que, la insatisfacción corporal en los hombres homosexuales se debe a que desean tener cuerpos más delgados, pero con musculatura* (Yelland & Triggeman, 2003). Debe señalarse que la importancia que éstos ponen en la imagen corporal se debe al énfasis depositado en el atractivo físico; tanto de ellos como el de sus parejas (Siever, 1994). Estar en forma y verse atractivo pudiera ser importante para los hombres homosexuales para poder conseguir pareja y mantenerla (Harvey & Robinson, 2003). Por otra parte, debe tenerse en cuenta

la relación insatisfacción/trastornos alimentarios, pues como lo señalan French, Story, Remafedi, Resnick y Blum (1996), entre otros, los hombres homosexuales con insatisfacción corporal son más propensos a caer en conductas alimentarias desordenadas como involucrarse en dietas restrictivas o producirse vómitos. De hecho, también resultaron significativamente diferentes (homosexuales con imagen corporal negativa en oposición a aquellos con imagen positiva) los factores de riesgo relacionados con conductas alimentarias anómalas (conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica y restringida y preocupación por el peso y la comida). Estas conductas dirigidas, sin duda, a alcanzar una figura delgada (con músculo) concuerda con lo encontrado en el estudio realizado por Scott Duggan y Donald McCreary (2004), quienes reportan que los participantes homosexuales mostraron conductas alimentarias negativas orientadas a disminuir su peso corporal. Se sabe que una IC negativa o distorsionada puede afectar a una persona cognitiva, emocional y conductualmente, hasta el punto de que desarrolle condiciones patológicas como los trastornos alimentarios (Thompson, Coover, Richards, Johnson & Cattarin, 1995). Ahora bien, nuestros resultados asociados con la imagen corporal negativa confirman lo que ha sido señalado por diferentes investigadores en el sentido de que los trastornos alimentarios están fuertemente relacionados con la insatisfacción corporal en sujetos homosexuales (Hospers & Jansen, 2005). Entonces esta insatisfacción corporal en hombres homosexuales puede reflejar motivos de competencia al interior del grupo (intrasexual) lo que puede disparar comportamientos de alimentación restrictiva, tanto en hombres homosexuales como en mujeres (Li, Smith, Griskevicius, Canson & Bryan, 2010). Esto puede ser porque los hombres homosexuales, a diferencia de los heterosexuales, asumen que una pareja potencial prefiere cuerpos esbeltos, tal como lo encontraron Smith, Hawkeswood, Bodell y Joiner (2011) cuando compararon una muestra de hombres homosexuales con otra de heterosexuales.

En suma, llaman la atención los principales hallazgos de este estudio relacionados, por un lado, con los datos que marcan el alto riesgo (de desarrollar trastornos alimentarios) de una auto-imagen corporal negativa asociada con una orientación sexual

homosexual y, por el otro, los altos niveles de estrés con los que asocia. Son necesarias nuevas investigaciones que confirmen estos resultados e indispensable la comparación con su contraparte heterosexual de los resultados con estas mismas variables para la mejor comprensión del efecto (diferencial o no) de la orientación sexual.

Conclusiones

La figura ideal de los hombres homosexuales de la muestra investigada es una que se encuentra ubicada en la escala de siluetas ligeramente por debajo de la que representa normopeso.

Las respuestas dadas a la variable “satisfacción/insatisfacción” se dividieron siguiendo el patrón general de las muestras de hombres heterosexuales, porcentajes menores en satisfacción; y el porcentaje restante dividido en insatisfacción porque se quiere ser más grueso y otra parte en insatisfacción porque se quiere ser más delgado.

El valor promedio de la variable satisfacción/insatisfacción indica que los participantes se encuentran insatisfechos con su imagen corporal porque desean una figura más gruesa de la que tienen.

Los hombres de esta muestra clasificaron en promedio con un índice de masa corporal normopeso, de acuerdo con la clasificación de la OMS (2011).

Los hombres homosexuales con imagen corporal negativa, a diferencia de los que tenían una imagen corporal positiva, mostraron mayor insatisfacción con la definición muscular de su cuerpo y con la grasa corporal del mismo; de igual manera, *los hombres homosexuales con imagen corporal negativa hacían más dieta restringida, tenían más conductas alimentarias compulsivas y mayor preocupación por su peso y comida; y como si esto fuera poco, también aceptaron tener mayor estrés.*

La principal limitación de este estudio es su carácter meramente descriptivo debido a su diseño de una sola muestra. Se considera urgente realizar nuevas investigaciones con diseños de por lo menos dos muestras (homosexuales/heterosexuales) con observaciones independientes.

Referencias bibliográficas

- Andersen, A. (1999). Eating Disorders in Gay Males, *Psychiatric Annals*, 29, 206–212.
- Arcelus, C. & Morgan, F. J. (2009). Body image in gay and straight men: a qualitative study, *European Eating Disorders Review*, 17, 435–443.
- Baile Ayensa, J. I. (2008). *Estudiando la homosexualidad—teoría e investigación*, Madrid: Pirámide.
- Bailey J. M., Pillard R. C., Neale M. C. & Agyei Y. (1993). Heritable factors influence sexual orientation in women, *Archives of General Psychiatry*, 50 (3), 217–223.
- Beck, A. T., Epstein, N. Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 56, 893–897.
- Blanchard, R. (2008). Review and theory of handedness, birth order, and homosexuality in men, *Laterality*, 13 (1), 50–70.
- Bostwick, W., Boyd, C., Hughes, T. & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood disorders and anxiety disorders in the United States, *American Journal of Public Health*, 100 (3), 468–475.
- Blanchard, R. (2008). Review and theory of handedness, birth order, and homosexuality in men, *Laterality*, 13 (1), 50–70.
- Brennan, D. J., Crath, R., Hart, T. A., Gadalla, T. & Gillis, L. (2011). Body satisfaction and disordered eating among men who have sex with men in Canada, *International Journal of Men's Health*, 10 (3), 253–268.
- Braun, D., Sunday, S. R., Huang, A. & Halmi, K. (1999). More males seek treatment for eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 25 (4), 415–424.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Bulimia, Anorexia Nervosa, and the Person Within*, USA: Basic Books.
- Brown, J., & Graham, D. (2008). Body satisfaction in gym-active males: an exploration of sexuality, gender, and narcissism, *Sex Roles*, 59 (1-2), 94–106.
- Campero-Ciani, A., Corna, F. & Capiluppi, C (2004). Factors favoring male homosexuality and promoting female fecundity, *Royal Society of London*, 271 (1554), 2217–2221.

- Careaga, G. & Cruz, S. (2004). *Sexualidades diversas: aproximaciones para su análisis*, México: UNAM.
- Carroll, L. (2005). *Sexuality Now*, USA: Wadsworth/Thomson.
- Castañeda, M. (1999). *La experiencia homosexual*, México: Paidós.
- _____ (2002). Lo que sabemos hoy, *Revista Muy Interesante*, 28.
- Cochran S. D. (2001). Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: does sexual orientation really matter?, *American Psychologist*, 56, 931-947.
- Cohen, M. (1997). Eating disorders in gay men—current issues, *NEDIC*. [Documento recuperado el 2 de febrero de 2011]. <www.nedic.com>.
- D'Angelo, L. (2008). *La homosexualidad masculina: ensayos freudianos sobre la sexualidad*, España: Editorial Síntesis.
- De Longa, K., Torres, H. L., Kamen, C., Evans, S. N., Lee, S., Koopman, C. & Gore-Felton, C. (2011). Loneliness, internalized homophobia, and compulsive Internet use: factors associated with sexual risk behavior among a sample of adolescent males seeking services at a community LGBT center. Sexual addiction y compulsivity, *The Journal of Treatment and Prevention*, 18, 64-71.
- Desjarlis, R., Eisenberg, L., Good, B. & Kleiman, A. (1995). *World Mental Health*, USA: Oxford University Press.
- Diamond, M. (1993). Homosexuality and bisexuality in different populations, *Archives of Sexual Behaviour*, 22, 291-310.
- Do Jackson, C. (2008). Exploration of factors associated with eating disorders in gay men, doctoral dissertation (n/p). [Documento recuperado el 3 de noviembre de 2009]. <www.Ir.Iowa.edu>.
- Duggan, S. & McCreary, D. (2004). Body image, eating disorders and the drive to muscularity in gay and heterosexual men: the influence of media images, *Journal of Homosexuality*, 47, 45-58.
- Gafo, J. (1997). *La homosexualidad: un debate abierto*, España: Descleé de Brouwer.
- Golombok, S. & Tasker, F. (2005). Do parents affects the sexual orientation of children?, en Moore, N. B. & Davison, K. J., *Speaking of Sexuality: Interdisciplinary Readings*, USA: Roxbury Publishing.

- Drewosky, A. & Yee, D. K. (1987). Men and body image: are males satisfied with their body weight?, *Psychosomatic Medicine*, 49, 626-634.
- Feldman, M. & Meyer, I. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay and bisexual population, *Journal of Eating Disorders*, 40, 3, 218 -226.
- French, A. S., Story, M., Remafedi, G., Resnick, M. & Blum, W. R. (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disorders behaviors: a population-based study of adolescents, *International Journal of Eating Disorders*, 19, 2, 119-126.
- Frost, D. M. & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals, *Journal of Counseling Psychology*, 56 (1), 97-109.
- Gadalla, T. (2009). Eating disorders in men: a community based study, *International Journal of Men's Health*, 8 (1), 72-81.
- Gil, S. (2007). Body image, well-being and sexual satisfaction: a comparison between heterosexual and gay men, *Sexual and Relationship Therapy*, 22 (2), 237-244.
- Golombok, S. & Tasker, F. (2005). Do parents affects the sexual orientation of children?, en Moore, N. B. y Davison, K. J., *Speaking of Sexuality: Interdisciplinary Readings*, USA: Roxbury Publishing.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). ¿Qué es más importante, 'sentirse atractivo' o 'ser atractivo'?, *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 27-33.
- _____, Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S. & Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes, *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.
- _____. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Conferencia Magistral de los 450 años de la Universidad, UNAM.
- _____. (2002). Desarrollo de estrategias para la intervención en la prevención de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN 301501.

- _____ (2010). Realidad virtual. Promoción de la diversidad corporal y prevención/educación de trastornos de la imagen corporal en hombres adolescentes. Proyecto IXTLI.
- _____ (2011). Peso sano en cuerpo sano. Un programa de prevención de la obesidad en población escolar. Programa de Apoyo a Proyectos de investigación e innovación tecnológica PAPIIT IN 304011.
- Gough, B. & Gareth E. (1988). The beer talking: four lads, a carry out and the reproduction of masculinities, *The Sociological Review*, 4 (3), 409 – 455.
- Granados-Cosme, J. A. & Delgado-Sánchez, G. (2008). Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual, *Cad. Saúde Pública*, 24 (5), 1042-1050.
- Hammer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N. & Pattatuci, A. M. (1993). A linkage between DNA markers on the x chromosome and male sexual orientation, *Science*, 261 (5119), 321-327.
- Harris, M. & Cumella, E.J. (2006). Eating disorders across the lifespan, *Journal of Psychological Nurse Mental Service*, 44, 20-6.
- Harvey, J. & Robinson, J. (2003). Eating disorders in men, *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 10, 297–306.
- Hawley, L. C. & Cacciopo, J. T. (2004). Stress and the aging immune system, *Brain, Behavior and Immunity*, 18, 114–119.
- Herek, G. M. (2004). *Beyond Homophobia: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century*, USA: San Francisco University.
- Hospers, J. & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males?, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 1188–1201.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope J., H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication, *Biological Psychiatry*, 63, 348-358.
- Jurado, S. Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México, *Salud Mental*, 21, 26–31.

- Kimmel, S. B. (2004). Understanding socio-cultural contributions to body dissatisfaction in gay men, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64.
- Kimmel, S. & Mahalik, J. R. (2005). Body image concerns of gay men: the roles of minority stress and conformity to masculine forms, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1185–1190.
- King, M., Semlyen, J., See Tai, S., Killaspy, H. & Osborn D. (2008). A systematic review of mental disorders, suicide and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people, *BMC Psychiatry*, 4, 8-15.
- Li, N., Smith, A., Griskevicius, V., Canson, M. & Bryan A. (2010). Intrasexual competition and eating restriction in heterosexual and homosexual individuals, *Evolution and Human Behavior*, 31, 365–372.
- Mays, V. M. & Cochran, S. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States, *American Journal of Mental Health*, 9 (11), 1869–1876.
- McCabe, S. E., Bostwick, W. B., Hughes, T. L., Bradi, T. W. & Boyd, C. J. (2010). The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States, *American Journal of Public Health*, 100 (10), 1946-1952.
- McVein, T. (2010, mayo 16). Anorexia, bulimia and obsession with bodily shape is no longer just a feminine matter, *The Observer*. <<http://www.guardian.co.uk/society/2010/may/16/skinny-models-fuel-male-eating-disorders>>.
- Meany-Walen, K. & Daves -Cage, D. (2009). Body dissatisfaction among gay men: a cultural phenomenon, trabajo basado en el programa presentado en The 2009 American Counseling Association Annual Conference and Exposition, march 19-23, Charlotte, North Carolina, *Mental Disorders. Internet Mental Health*. [Recuperado el 5 de junio de 2010]. <www.mentalhealth.com/p20-grp.html>.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men, *Journal of Health and Sexual Behavior*, 36, 38–56.

- _____ (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence, *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.
- Miller, M. E. (2000). Homosexuality, birth order and evolution, *Archives of Sexual Behavior*, 29, 1-34.
- Mondimore, F. C. (1998). *Una Historia Natural de la Homosexualidad*, España: Paidós.
- Ortíz-Henández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales en la ciudad de México, *Salud mental*, 28, 48-65.
- Perplau, L., Curtis, L., Maisel, N., Leever, J. & Ghavani, N. (2009). Body image in heterosexual, gay and lesbian adults, *Archive of Sexual Behavior*, 38, 713 – 725.
- Pinel, B. J. (2001). *Biopsicología*, España: Prentice Hall.
- Recio, E. M. (2000). A unified theory on homosexuality identity, *Social Construction of Homosexuality*, 295.
- Reyes-Rodríguez, M., Von Holle, A., Ulman, T., Thorton, L., Klump, K. & Brandt, R. (2011). Post-traumatic stress disorder in anorexia nervosa, *Psychometric Medicine*, 73 (6), 491–7.
- San Martín, H. F. (1992). *Salud y enfermedad*, México: La prensa médica mexicana.
- Sánchez, F. J., Greenberg, S. T., Lu, M. W. & Vilain, E. (2009). Reported effects of masculine ideals on gay men, *Psychology of Men and Masculinity*, 10, 73–87.
- Serovich, J. M., Craft, S. M., McDowell, T. & Graftsky, E. L. (2008). A sistematic review of the research of sexual orientation therapies, *Journal of Marital and Family Therapy*, 2, 227-238.
- Siever, M. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 252–260.
- Smith, G., Barlett, A. & King, M. (2001). Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s, an oral history: the experience of patients, *British Medical Journal*, 328; 427. <<http://www.bmj.com/content/328/7437/427>>.
- Smith, A., Hawkeswood, S., Bodell, L. & Joiner, T. (2011). Muscularity versus leanness: an examination of body ideals

- and predictors of disordered eating in heterosexual and gay college students, *Body Image*, 8 (3), 232-36.
- Taylor, K. C. & Goodfriend, W. (2008). The simulacra effect: the effect of media simulations on eating disorders in gay men, *Journal of Homosexuality*, 34 (12), 106-123.
- Thompson, J. K., Coovert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S., & Cattarin, J. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations, *International Journal of Eating Disorders*, 18 (3), 221-236.
- Tylka, T. L., Bergeron, D., & Schwartz, J. P. (2005). Development and psychometric evaluation of the male body attitudes scale (MBAS), *Body Image*, 2 (2), 161-175.
- Wilps, R. F. (1990). Male bulimia nervosa: an autobiographical case study, *Males with Eating Disorders*, New York: Brunner/Mazel.
- Yelland, C. & Triggerman, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men, *Eating Behaviors*, 4, 107-116.
- Zegers, B., Larraín, M. E. & Bustamante, F. (2007). *Sobre la homosexualidad*, Chile: Mediterráneo.
- Zucker, K., Blanchard, R. & Siegelman, M. (2003). Birth Order among homosexual men, *Psychological Report*, 92, 117-118.

4. 2. ESTUDIO COMPARATIVO. IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y HETEROSEXUALES. PRIMER ESTUDIO

GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ

REBECA GUZMÁN SALDAÑA

ROBERTO LAZO OCAMPO

SILVIA PLATAS ACEVEDO

Introducción

La figura ideal de los varones no es como la de las mujeres, para quienes, el deseo de un modelo corporal va acompañado por la idea “a más delgado mejor” (Furnham, Badmin & Sneade; 2002) y por una insatisfacción perenne, ya que difícilmente se alcanza la delgadez deseada. Esto es: nunca se es suficientemente delgada, en cambio, entre los hombres como género, puede decirse, dentro de una primera tendencia, que la figura ideal dominante, es mesomorfa, gruesa, por supuesto con músculo y sin grasa (Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya & Unikel, 2000; Gómez-Peresmitré, Jaeger, Pineda & Platas, 2010), deseando mayoritariamente una figura atlética con más músculo, hombros y espalda ancha y cintura delgada, es decir, con aumento de masa y tono muscular (Carlson & Crawford, 2005; McCabe & Ricciardelli, 2001; 2003; McCrary & Sasse, 2000; Raevouri, Keski-Rahkonen, Bulik, Rose, Aila & Kapric, 2006). En México, en uno de los primeros estudios realizado con una muestra de hombres (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2000) adolescentes y jóvenes ($N=1646$) se encontró que un 42% de ellos deseaba un cuerpo más grueso del que tenía. Sin embargo, este deseo está ya presente en la niñez. Por ejemplo, en otro estudio (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001), con una muestra de $N=4148$ hombres que abarca tres etapas de vida (prepúberes 6-9 años, púberes 10-12 años y adolescentes, 13-19) se encontró que el 42% de los más pequeños quería tener una figura “delgada atlética”. Entre los adolescentes un 40% se encontraba insatisfecho porque

deseaban estar más gruesos. Entre los hombres adultos como lo señalan Gray y Ginsberg (2007), se ha venido incrementando en las últimas décadas la proporción de insatisfechos con su cuerpo (peso y forma).

Por otra parte, hay que subrayar lo que puede considerarse como una segunda tendencia, que también hay hombres que al igual que las mujeres quieren una figura delgada, pero éstos están lejos de ser mayoría y se ha encontrado que este deseo de delgadez se encuentra asociado con trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) y con la orientación sexual dirigida hacia el mismo sexo: se ha reportado que entre los hombres homosexuales o bisexuales existe una propensión a presentar un índice más alto de TA que entre los hombres heterosexuales (Feldman & Meyer, 2007; Lazo, 2012). Algunos investigadores reportan que el rango de hombres homosexuales o bisexuales con AN es de un 20–45% (Russell & Keel, 2002). Asimismo, en una investigación con estudiantes universitarios latinoamericanos, se reporta que entre los hombres con algún TA, un 58%, eran homosexuales (Toro, Nieves & Borrero, 2010). La gran prevalencia de hombres homosexuales con TA sugiere que éstos tienen una mayor susceptibilidad a desarrollarlos (Do Jackson, 2008; Hospers & Jensen, 2005). Existe evidencia que señala que los hombres con BN tienen una más alta prevalencia de homosexualidad y que ésta actúa como factor de riesgo para la bulimia en hombres, pero no en mujeres (Carlat & Camargo, 1991). Así pues, podría decirse que la orientación sexual homosexual tiene un papel predisponente en varones, pues se ha encontrado que los TA tienen mayor prevalencia en hombres homosexuales (Hospers & Jansen, 2005).

Importancia de la apariencia física

Sin embargo, al igual que entre los heterosexuales, entre los hombres homosexuales hay quienes quieren una figura ideal delgada y quienes desean una figura esbelta, pero musculada (Siever, 1994), figura que, de acuerdo con Wood (2004), es altamente valorada en la comunidad gay. Debe tomarse en

cuenta que para el homosexual masculino la apariencia es un valor apreciado, igual que en el mundo femenino (Wichstrom, 2006). En los estudios realizados entre estudiantes masculinos universitarios en los que se comparan homosexuales vs. heterosexuales, se ha encontrado que las diferencias entre estos grupos pueden deberse al énfasis que los primeros otorgan a la apariencia. Los hombres homosexuales muestran mayor insatisfacción corporal. El ejercicio está más motivado por el deseo de mejorar el atractivo corporal; valoran más la apariencia corporal, puntúan significativamente más bajo en la escalas de musculatura (Silberstein, Mishkind, Striegel-Moore, Timko & Rodin, 1989; Siever, 1994), Silberstein *et al.* (1989), reportan, además, que en el grupo de hombres homosexuales pero no en el de heterosexuales, los hombres que deseaban ser más delgados tenían más actitudes y conductas asociadas con conducta alimentaria anómala que los hombres que eran más delgados de lo que ellos deseaban. Asimismo, los homosexuales manifiestan más síntomas depresivos, ansiedad general, fobias y trastornos psiquiátricos (Feldman & Meyer, 2007).

¿Pero la apariencia entre los hombres es en verdad atractiva sólo para los hombres homosexuales? En la actualidad, la post-modernidad (pérdida de grandes números de trabajadores de cuello azul, por ejemplo de obreros, el crecimiento de una economía de servicios, la expansión de las competencias y habilidades femeninas a prácticamente todos los campos del saber, hacer y decir, etc.) va acompañada de una cada vez mayor atención por la presentación, por la apariencia, tendencia que ha coincidido con el surgimiento de una figura “postmodernizada” de un hombre pulcro, “femenizado” en su presentación, preocupado por su cara (tratamientos de belleza) ropa, cabello, uñas, etc., y también preocupado por la forma de su cuerpo (esto es acuden a la cirugía estética, cuyas cifras y modalidades pueden consultarse en cualquiera de las estadísticas que existen al respecto).

Puede decirse, entonces, que ha surgido una nueva figura. Se habla del hombre “metrosexual” y del “ubersexual”, que no son necesariamente homosexuales (Rey, 1994; Pérez-Gauli, 2000). De ahí que la atracción por la apariencia no se encuentra ligada con la homosexualidad, ya que entre los heterosexuales

existen grupos de hombres que también se sienten atraídos por la apariencia. ¿Con qué prevalencia?, ¿bajo qué condiciones? Es claro que las respuestas requieren investigación. Con respecto a la figura ideal dominante, se tienen datos recientes de una investigación en universitarios que dejaron ver que el 73% de los hombres heterosexuales mostraban una alta adherencia a esa figura (cuyos atributos representan fuerza física, musculatura, virilidad, agresividad e independencia) (Toro, Nieves & Borrero, 2010).

Imagen corporal negativa

Ahora bien, una imagen corporal negativa constituye un factor de riesgo para el desarrollo no sólo de los TA sino también de otras patologías que atentan contra la salud mental (Knoesen, Thai Vo & Castle, 2009). Los efectos dañinos de una pobre Imagen Corporal (IC) se han comparado con los de desadaptación social y se muestran en la forma de patología alimentaria (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2000, 2010) en insatisfacción y distorsión corporal (Moreno & Ortiz, 2009; Vázquez, *et al.*, 2005) y en la forma de pensamientos y sentimientos negativos dirigidos al propio cuerpo (Grogan, 2008).

Con base en los antecedentes descritos y teniendo como propósito central de las investigaciones agrupadas en este capítulo la exploración de la IC masculina, se realizaron tres estudios, los primeros dos complementarios entre sí, con las mismas muestras pero con diferentes objetivos, y el tercero con muestra y método diferentes. Los objetivos de este primer estudio son: I) Describir las muestras analizando las principales variables socio-demográficas; II) Contrastar la IC y conducta alimentaria entre los participantes con diferente orientación sexual, determinando la existencia de diferencias significativas con respecto a: 1. Imagen corporal (insatisfacción corporal y figura ideal); 2. Conductas alimentarias con y sin riesgo (alimentación normal, compulsiva, dieta crónica-restringida y preocupación por el peso y la comida); y III) Afecto negativo (estrés, depresión y ansiedad).

Método

La investigación es de carácter retrospectivo, de campo y de autoreporte, con un diseño de dos grupos con observaciones independientes.

Muestra y participantes

Se trabajó con una muestra total no aleatoria de $N=199$ hombres con un rango de edad de 20 a 40 años. La muestra quedó formada por $n_1=117$ hombres heterosexuales ($M=23.6$, $DE=2.9$ y $CV=12$) y $n_2=82$ hombres homosexuales ($M=26.8$, $DE=4.9$ y $CV=18$). Las medias de la variable edad difirieron significativamente ($t=(116.16)=5.19$, $p=.000$), sin embargo, el coeficiente de variabilidad ($CV < 0.20$) de la variable edad, señala no efecto diferencial, además de fiabilidad (Bermejo, 2001).

Instrumentos (ver ítems y propiedades psicométricas en Apéndice)

Cuestionario Sociodemográfico con 13 preguntas formato mixto (abiertas, cerradas, dicotómicas y de opción múltiple) (Gómez-Peresmitré, 2001).

Medición de imagen corporal

Escala visual de siluetas. Adolescentes y adultos con orientación sexual homosexual y heterosexual (Gómez-Peresmitré 2010).

Variables medidas:

1. Figura Ideal.
2. Satisfacción/insatisfacción.

Escala de Insatisfacción con Partes Corporales (EIPC) (Gómez-Peresmitré, 2001):

Factor 1. Estómago, cintura, cadera.

Factor 2. Espalda, brazos, tórax.

Factor 3. Estatura, glúteos, piernas, pantorrillas.

Escala de actitudes hacia el cuerpo masculino (Male Body Attitude Scale, MBAS) (Tylka, Bergeron & Schwartz, 2005):

Subescalas: musculatura, grasa corporal, tono muscular, tamaño corporal.

Escala de estrés alimentario (Gómez-Peresmitré, 1998, 2002).

Inventario de depresión de Beck (1988), validado en México por Jurado, Villegas, Méndez, *et al.* (1998).

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), versión adolescentes y adultos (Gómez-Peresmitré 1998, Gómez-Peresmitré, 2001, 2011):

Factor 1. Conducta alimentaria compulsiva (conductas alimentarias bulímicas).

Factor 2. Preocupación por el peso y la comida.

Factor 3. Conducta alimentaria normal.

Factor 4. Dieta crónica y restringida.

Listado de los síntomas de la escala de ansiedad de Beck (BAI, 1988).

Procedimiento

La muestra de Hombres Heterosexuales (HHET), se compone principalmente de estudiantes universitarios de la ciudad de México (96%) y el 4% restante de estudiantes de un estado cercano a ésta. Se les aplicó el instrumento en los salones y a la hora de clases una vez leído y aceptado el formato del consentimiento informado. El total de los estudiantes entrevistados aceptaron y terminaron el cuestionario. La muestra de Hombres Homosexuales (HHOM) se formó en centros de reunión (organizaciones no gubernamentales, del mismo estado cercano al D. F. (81%) así como de lugares de encuentro gay de la ciudad de México (19%). El cuestionario se aplicaba a quienes aceptaban (consentimiento informado) y se encontraban en ese momento en el centro de reunión. Algunos de los entrevistados se ofrecieron para llevar los cuestionarios y dárselos a sus amigos. Se les explicaba los puntos importantes relacionados con el consentimiento informado y se les pedía que se lo comunicaran a sus amigos.

Resultados

1. Descripción sociodemográfica de las muestras

Estado civil, trabajo y estudio

Cuando se preguntó a los participantes de las muestras de estudio, por estado civil y persona con quien vivían, se encontró que un 83% de *HHET* respondieron ser solteros, 3% casados y un 14 % vivía con su pareja. Entre los *HHOM* 65% de ellos dijeron ser solteros (0% casados) y un 35% vivía con su pareja.

Asimismo, un porcentaje significativamente más alto ($X^2(1) = 28.89, p = .000$) de *HHET* estudia (92% vs. 61% *HHOM*), y al revés, más *HHOM* trabajan ($X^2(1) = 3.28, p = .07$) que los *HHET* (49% vs. 36% *HHET*) y los porcentajes más altos de ocupación son los de empleado (*HHET*=69% vs. *HHOM*=51%); el 22% de los *HHOM* trabaja en alguna profesión vs. el 17% de los *HHET*; otro 22% de *HHOM* era comerciante vs. 6% de *HHET*.

Interacción y apoyo social

En las respuestas relacionadas con interacción y apoyo social no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Así, a la pregunta ¿cuántos amigos cercanos tienes con quienes puedas platicar problemas personales y cuentas con ellos para lo que sea? Se encontraron los porcentajes más altos y similares entre los grupos en la categoría de 3 a 5 amigos (38% *HHET* y 39% *HHOM*). También se encontraron porcentajes similares de los que respondieron contar con más de 5 amigos (*HHET*=20% vs. *HHOM*=24%).

Relaciones familiares

¿Cómo son tus relaciones familiares (padres y/o madre y/o hermanos)? A la categoría de “muy malas” sólo respondió el grupo *HHOM* con un (2%); para las categorías “buenas” y “muy buenas” se encontró el porcentaje más alto en el grupo *HHET* (87% vs. un 51% del grupo *HHOM*). El análisis de las puntuaciones

de las opciones de respuesta “muy malas” hasta “muy buenas” produjo una ($t(195)=3.12, p=.002$) con diferencias significativas y los siguientes valores promedio: HHET ($M=4.17, DE=.78$) vs. HHOM ($M=3.74, DE=1.03$).

Deporte, IMC y consumo de suplementos alimentarios

Un porcentaje significativamente mayor 53% de HHET vs 34% de HHOM ($X^2(1)=6.73, p=.010$) respondió afirmativamente a la pregunta: ¿Practicar algún deporte? Con respecto al IMC no se encontraron diferencias significativas, el IMC promedio en los dos grupos correspondió de acuerdo con la OMS (1999) a peso normal ($IMC_{HHET} = 23.9, DE = 3.3; IMC_{HHOM} = 23.1, DE = 3.2; t(1.22), gl=194, p=.221$). En cuanto a la distribución porcentual del IMC, los porcentajes más altos correspondieron a peso normal ($HHET=74\%$ y $HHOM=69\%$). En peso bajo había más HHOM (9%) que HHET (2%), mientras que había más HHET obesos (6%) que HHOM (4%) y prácticamente el mismo porcentaje de sobrepeso ($HHET=18\%$ y $HHOM=19\%$). Por otra parte, un porcentaje significativamente mayor ($X^2(1)=6.87, p=.009$) de HHOM consume suplementos alimentarios (24%) comparados con un 10% de HHET.

Consumo de tabaco, alcohol y vida sexual activa

Hay un porcentaje significativamente mayor ($X^2(1)=7.21, p=.007$) de fumadores entre los HHOM (52%) que entre los HHET (33%) y hay significativamente más consumidores de alcohol ($X^2(1)=3.94, p=.047$) entre los HHOM (72%) que entre los HHET (58%). Cuando se les pregunta si tienen o han tenido vida sexual activa, un porcentaje (95%) significativamente mayor ($X^2(1)=4.77, p=.029$) del grupo de HHOM responde afirmativamente en oposición al 85% del de HHET.

2. Comparación entre grupos

Imagen Corporal con Escala de Siluetas (ICES). Figura Ideal e Insatisfacción Corporal. Escala de Insatisfacción con Partes Corporales (EIPC) y Actitud hacia el Cuerpo Masculino (ACM).

1. Figura Ideal (ICES). Se encontró que las siluetas representantes de sobrepeso y obesidad (7, 8, 9; Figura 20) quedaron prácticamente sin respuestas (.9%). Los porcentajes más altos se encontraron en la suma de las categorías 4 y 5 (*HHET* 76% vs. 68% *HHOM*) que corresponden a las siluetas con figuras corporales normopeso (ver Figura 20). El 10% de *HHOM* desea figuras muy delgadas (correspondientes a las siluetas 1 y 2) mientras que sólo un 4% de *HHET* lo hace así. Por otro lado, la silueta 6, que corresponde a una figura corporal gruesa, fuerte, con sobrepeso fue elegida por el 10% de *HHET* y el 1% de *HHOM* (ver Figura 20). Las medias de figura ideal no arrojaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{HHET}=4.64, DE=1.02$ vs. $M_{HHOM}=4.38, DE=1.18=t(158.01)=1.64, p=.10$). La figura ideal promedio fue la misma para los dos grupos y corresponde a una figura normopeso.

2. Insatisfacción Corporal (ICES). Por otro lado, al estimar la insatisfacción corporal la distribución de datos se dividió en tres percentiles (insatisfacción positiva, satisfacción e insatisfacción negativa), encontrándose que los porcentajes más bajos correspondieron a satisfacción con la figura corporal con 10% y 19% de los *HHOM* y *HHET* respectivamente. Con respecto a la insatisfacción negativa (porque desean estar más gruesos) se encontraron más *HHET* (52%) que *HHOM* (41%) y a la inversa. En insatisfacción positiva (porque se desea una figura más delgada) se encontraron más *HHOM* (39%) que *HHET* (37%); sin embargo, no se produjeron diferencias significativas, tomando en cuenta los valores medios. Es evidente que tampoco se encontró una diferencia significativa ($M_{HHET}=-0.54, DE=2.30$ vs. $M_{HHOM}=-0.23, DE=2.49=t(195)=-0.89, p=.37$). Puede verse que la insatisfacción promedio de los dos grupos fue negativa.

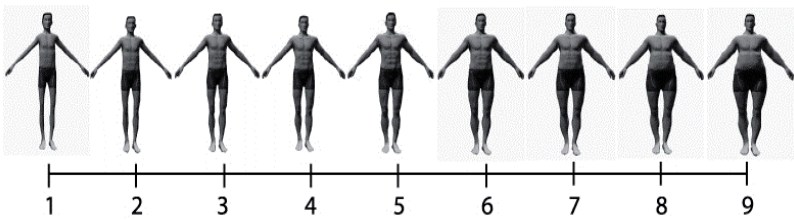


Figura 20. Escala visual de siluetas para la estimación de variables relacionadas con imagen corporal masculina.

3. EIPC. Como puede verse en la Tabla 9 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los factores de IPC por orientación sexual, aunque el factor 3 alcanzó una diferencia marginal ($p = .09$).

4. ACM. Cuando se comparan los factores de actitud hacia el cuerpo masculino por orientación sexual (ver Tabla 10), se encontró que sólo el factor que estima definición o tono muscular (“mi espalda debería estar más ancha y con más definición”, “estoy satisfecho con la definición de mis brazos”, etc.) resultó estadísticamente significativo ($p = 0.04$), aunque el factor que medía grasa corporal resultó con significancia marginal ($p = 0.08$) (“creo que tengo mucha grasa en mi cuerpo”, “me he sentido excesivamente gordo”). En los dos casos fueron los hombres del grupo homosexual quienes obtuvieron valores medios más altos ($M = 15.7 > M = 14.7$) y ($M = 7.2 > M = 6.5$) respectivamente, encontrándose más insatisfechos que los HHET.

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

		Factor 1		Factor 2		Factor 3	
Orientación Sexual	<i>N</i>	Estómago, cintura, cadera.		Espalda, brazos, tórax.		Estatura, glúteos, piernas, pantorri-llas.	
Heterosexual	117	<i>M (DE)</i>	0.20 (0.56)	<i>M (DE)</i>	0.09 (0.50)	<i>M (DE)</i>	0.01 (0.46)
Homosexual	82	<i>M (DE)</i>	0.30 (0.66)	<i>M (DE)</i>	0.15 (0.61)	<i>M (DE)</i>	-0.12 (0.61)
	199	<i>t</i> (197)=-1.05, <i>p</i> =.29		<i>t</i> (196)=-0.70, <i>p</i> =.48		<i>t</i> (143.31)=1.70, <i>p</i> =.09	

Tabla 9. Medias, desviaciones estándar y pruebas *t* de los factores de partes corporales por orientación sexual.

Orientación sexual	<i>N</i>	Músculo	Grasa corporal	Tono muscular	Tamaño
		<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>
Heterosexual	117	10.05 (1.99)	6.55 (2.5)	14.67 (3.66)	8.58 (1.87)
Homosexual	82	10.47 (2.24)	7.19 (2.6)	15.74 (3.44)	8.87 (2.20)
	199	<i>t</i> (194)= -1.39, <i>p</i> =.16	<i>t</i> (194)= -1.73, <i>p</i> =.08	<i>t</i> (190)= -2.07, <i>p</i> =.04	<i>t</i> (197)= -1.02, <i>p</i> =.30

Tabla 10. Medias, desviaciones estándar y pruebas *t* de las subescalas de la escala de actitud hacia el cuerpo masculino por orientación sexual.

3. Afecto negativo

En la Tabla 11, puede observarse que el resultado del factor “estrés” resultó significativamente diferente, siendo mayor entre los HHOM comparado con el grupo de HHET ($M=1.76 > M=1.54$, $p=.001$) respectivamente. De la misma manera, los resultados del factor “ansiedad” muestran que el grupo HHOM arrojó un valor medio significativamente más alto que el del HHET ($M=2.09 > 1.51$, $p=.05$). El factor “depresión” no mostró diferencias significativas por grupo (Tabla 12). Se encontró, teniendo en cuenta los valores medios, que los HHET ($M=25.79$, $DE= 6.58$) y HHOM (25.80 , $DE= 6.53$) tenían el mismo nivel moderado de depresión de acuerdo con los puntos de corte establecidos por Jurado *et al.* (1998) (ver Apéndice).

Orientación sexual	N	Estrés	Ansiedad	Depresión
		<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>
Heterosexual	117	1.54 (0.41)	1.51 (1.45)	25.79 (6.58)
Homosexual	82	1.76 (0.44)	2.09 (2.29)	25.80 (6.53)
	199	$t(187)=-3.53$, $p=.001$	$t(126.74)=-2.02$, $p=.05$	$t(195)=-0.01$, $p=.99$

Tabla 11. Medias, desviaciones estándar y prueba t de las variables relacionadas con afecto negativo por orientación sexual.

Orientación sexual	N	Conducta alimentaria compulsiva	Preocupación por el peso y la comida	Conducta alimentaria normal	Dieta crónica y restringida
		<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>
Heterosexual	117	1.39 (0.43)	1.25 (0.45)	2.32 (0.82)	1.18 (0.36)
Homosexual	82	1.53 (0.55)	1.68 (0.78)	2.76 (1.02)	1.43 (0.72)
	199	$t(146.85)=-1.82, p=.07$	$t(119.97)=-4.48, p=.000$	$t(150.28)=-3.17, p=.002$	$t(109.36)=2.93, p=.004$

Tabla 12. Medias, desviaciones estándar y prueba t de los factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria por orientación sexual.

4. Factores de riesgo en TCA

En la Tabla 12 pueden apreciarse dos principales aspectos: 1) Todos los factores con excepción de conducta alimentaria compulsiva, que sólo obtuvo una probabilidad marginal ($t(146.85)=-1.82, p=.07$), resultaron estadísticamente significativos. Preocupación por el peso y la comida $t(119.97)=-4.48, p=.000$; conducta alimentaria normal $t(150.28)=-3.17, p=.002$; y dieta crónica y restringida $t(109.36)=-2.93, p=.004$; y 2). El grupo HHOM comparado con HHET resultó con mayor problema en: conducta alimentaria compulsiva (1.53 vs. 1.39); preocupación por el peso y la comida (1.68 vs. 1.25); dieta crónica y restringida (1.43 vs. 1.18). Sin embargo, también una proporción mayor de HHOM mostraron tener una conducta alimentaria más normal que los HHET. La Figura 21 ofrece una visión más clara de cómo se distribuyeron los factores de riesgo investigados según la orientación sexual.

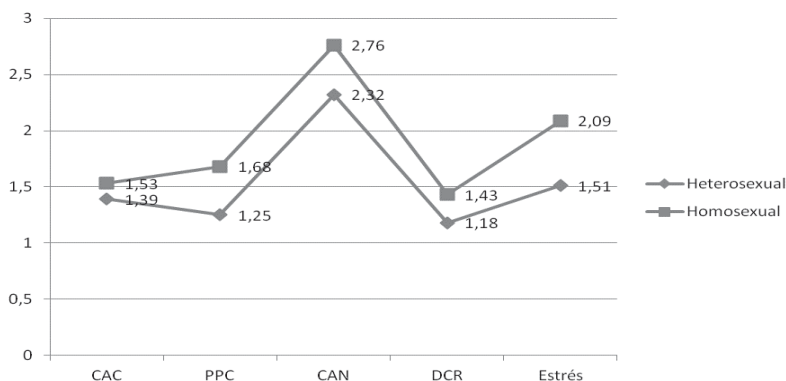


Figura 21. Factores de riesgo por orientación sexual.

Discusión

Con respecto a las características socio-demográficas de los grupos de estudio formados por Hombres Homosexuales (HHOM) y Hombres Heterosexuales (HHET), y tomando en cuenta sólo los resultados estadísticamente significativos, se encontró que la muestra de HHET estaba formada por solteros en su gran mayoría, con un porcentaje mínimo de casados (2%) y 14% viviendo con su pareja mientras que entre los HHOM, el 65% dijo ser soltero (se entiende que no vivía en pareja), nadie respondió ser casado y el 35% dijo vivir con su pareja. Puede decirse, comparando los dos grupos, que entre los HHOM no hay casados y un número mayor de ellos viven en pareja y que entre los HHET hay un número significativamente mayor de solteros. Ahora bien, en cuanto a la comparación de estos grupos con respecto a su vida laboral y de estudio, se encontró que un porcentaje mayor de los participantes con pertenencia al grupo HHET estaba dedicado a sus estudios y, a la inversa, un número mayor de participantes HHOM trabajaba; la modalidad de trabajo que alcanzó mayor frecuencia tomando en cuenta los dos grupos, fue el de empleado, había más profesionistas y comerciantes entre los HHOM que entre los HHET, respuesta esperada puesto que

éstos todavía se encontraban estudiando. Ahora bien, se sabe que un aspecto importante de la vida cotidiana es el de interacción social en el que las relaciones con los otros (padres, familiares y amigos, entre otros) ocupa un espacio relevante. Con el propósito de averiguar el apoyo social con el que contaban los participantes del estudio, se preguntó, con cuántos amigos incondicionales contaban, a quiénes podrían pedir ayuda y contar con ellos para lo que fuera. Se encontró una respuesta sorprendente por dos razones: porque el número de amigos incondicionales era grande, de 3 a 5, y más de 5, y porque fue una respuesta común a los dos grupos. Sin embargo, los resultados con respecto a las relaciones con los familiares fueron diferentes. En este caso, un poco más del 80% de HHET respondió que sus relaciones familiares eran buenas y muy buenas, mientras que entre los HHOM las respuestas fueron “malas y muy malas”. Aunque estas respuestas eran las esperadas, dada la mínima aceptación de la homosexualidad en nuestra sociedad, es importante tomar en cuenta la calidad de estas relaciones, ya que puede esperarse que constituyan un punto más de presión, generador de estrés con todas las consecuencias negativas que ello implica.

Con respecto a estilos de vida saludables de los grupos que nos ocupan y de acuerdo con los resultados, pareciera ser que los de los HHET fueran más saludables. Por ejemplo, más de éstos practicaban algún deporte y hacían ejercicio. Por otra parte, más HHOM fumaban y consumían alcohol. Debe tomarse en cuenta, sin embargo, que los integrantes de los dos grupos tenían un IMC clasificado como peso normal, aunque pudo observarse una tendencia mayor hacia la obesidad entre los HHET y mayor hacia la delgadez entre los HHOM. Con respecto a la variable “vida sexual activa”, más HHOM respondieron afirmativamente comparados con los HHET. La vida más sedentaria (la no práctica de un deporte y la no actividad física), así como el consumo de tabaco y alcohol junto con las malas relaciones familiares, son los puntos más frágiles (de los integrantes del grupo de HHOM) a tomar en cuenta en el desarrollo de programas de prevención de factores de riesgo en trastornos alimentarios y dirigidos hacia una mejor calidad de vida.

Por otra parte y contrario a lo señalado por algunos autores (Do Jackson, 2008; Feldman & Meyer, 2007), que afirman que los HHOM

prefieren una figura delgada, y en oposición a los que sugieren que los HHET desean una figura más gruesa (Carlson & Crawford, 2005; Gómez-Peresmitré, *et al.* 2010) los dos grupos HHOM y HHET, mostraron tener una proporción similar de insatisfacción corporal y por las mismas razones, es decir, estaban insatisfechos tanto porque deseaban estar más gruesos, como porque deseaban estar más delgados. Sin embargo, los valores medios de los dos grupos ($M_{HHET} = -.54$, $DE = 2.3$ y $M_{HHOM} = -.23$, $DE = 2.5$), muestran que la insatisfacción promedio es negativa, lo que significa que la insatisfacción provenía del deseo de una figura más gruesa, confirmando otros estudios, entre éstos el de Lazo (2012). De esta manera, y tomando en cuenta la no diferenciación significativa entre los grupos puede decirse que los resultados de este estudio muestran *que el deseo de los hombres de la muestra total manifiesta una tendencia de género dirigida hacia una figura corporal más gruesa, independientemente de su orientación sexual.*

Con respecto a la insatisfacción con partes corporales se encontró entre los HHOM una tendencia a sentirse insatisfechos porque desean más estatura, glúteos más grandes, piernas y pantorrillas con más músculo, en comparación con los HHET, quienes mostraron estar satisfechos con esas mismas partes corporales (ver Tabla 10). Estos resultados van en dirección opuesta a lo que McCabe y Ricciardeli (2001) señalan sobre el mayor interés de los hombres en ganar músculo de la cintura para arriba, y de las mujeres en perder grasa de la cintura para abajo. Aquí la tendencia es ganar tamaño y músculo de la cintura para abajo, no coincidiendo con lo que quieren las mujeres ni con lo que quieren los hombres heterosexuales.

Ahora bien, ¿cuál es la actitud de los hombres de este estudio hacia el cuerpo masculino? Los resultados muestran que en general los hombres homosexuales tienen una actitud más negativa. Cuando se comparan por factores se encuentra que se preocupan más, tienen una actitud más negativa que los heterosexuales, por el tono muscular de las partes corporales de la cintura para arriba (espalda, abdomen, pecho, brazos) y si se toma en cuenta las respuestas que dieron de insatisfacción a partes corporales (de la cintura para abajo), se completa la insatisfacción por el cuerpo como un todo (ver tablas 10 y 11), en donde podrá

apreciarse que los heterosexuales respondieron estar satisfechos (valor medio igual a cero indica satisfacción). Puede decirse entonces, que la actitud hacia partes corporales y hacia el cuerpo masculino de los homosexuales es negativa y confirman lo que señalan algunos autores (Silberstein *et al.*, 1989; Siever, 1994), con respecto a que los hombres homosexuales muestran mayor insatisfacción corporal, están más motivados por el deseo de mejorar el atractivo corporal, valoran más la apariencia corporal, y puntúan más bajo en muscularidad. Sin embargo, al respecto de esto último, los homosexuales de este estudio no puntuaron más bajo, sino más alto (actitud más negativa) en escalas relacionadas con muscularidad, como es el factor de “tono muscular” de la escala de actitud hacia el cuerpo masculino (ver Tabla 11), y con grasa corporal como una tendencia a sentirse insatisfecho por la presencia de ésta en su cuerpo.

Asimismo, el estrés y el nivel de ansiedad fueron más altos entre los HHOM que entre los HHET, encontrando, en cambio, que el nivel de depresión era el mismo (moderado) para los dos grupos (ver Tabla 12), resultado contrario a lo que reportan algunos autores en cuanto a que los hombres homosexuales reportan niveles más altos de depresión, y confirmando, por otra parte estudios previos realizados con muestras de estudiantes universitarios que también muestran niveles moderados de depresión (Azzam, Chandavarkar & Mathews, 2007; Carrillo & Castro, s/f, Lazo, 2012). Pero los HHOM también mostraron mayores problemas en conducta alimentaria que los HHET, por ejemplo, en conducta compulsiva, mayor preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restringida. Confirmando lo que señalan al respecto Feldman and Meyer (2007) y Knoesen, Thai Vo y Castle (2009), entre los hombres homosexuales existe una tendencia a presentar un índice más alto de Trastornos Alimentarios (TA) que entre los hombres heterosexuales. Curiosamente, un dato no reportado, y que constituye un hallazgo de este estudio, es que los HHOM no sólo tuvieron más conductas alimentarias de riesgo que los HHET sino también una proporción mayor de conducta alimentaria normal (ver Tabla 12 y Figura 21). Sin embargo, se requiere mayor investigación para determinar qué tanto esta conducta se relaciona con propósitos de salud o de estética.

Conclusiones

Resumiendo y a manera de conclusiones de los resultados se puede afirmar que:

Los puntos más frágiles de los integrantes del grupo de HHOM fueron: una vida más sedentaria, mayor consumo de tabaco y alcohol, así como, mayor proporción de relaciones familiares “malas” y “muy malas”, comparadas con las del grupo de HHET.

A lo anterior deben agregarse dos aspectos más con respecto a los HHOM: niveles significativamente más altos de estrés y ansiedad, y conductas alimentarias anómalas tales como: comer compulsivo, preocupación por el peso y la comida y dieta crónica y restringida.

Por otra parte, la imagen corporal y la dirección de la insatisfacción corporal resultaron ser principalmente iguales para los hombres homosexuales y heterosexuales. Esto es, los hombres de los dos grupos desean cuerpos más gruesos, independientemente de su orientación sexual, por lo que *se rechaza para los hombres de este estudio que la insatisfacción corporal de los hombres homosexuales sea positiva (deseo de figura ideal delgada) y que al igual que las mujeres quieran ser más delgados.*

Entre los hombres homosexuales se encontró mayor insatisfacción negativa de partes corporales específicas (de la cintura para abajo) y actitudes negativas hacia el cuerpo masculino de partes corporales específicas (de la cintura hacia arriba) que marcan diferencias con los hombres heterosexuales y que permiten inferir que los primeros tienen una mayor preocupación por la apariencia.

Por último, se quiere señalar que una de las limitaciones más importantes de este estudio se relaciona precisamente con su carácter preliminar. Sin embargo, y no obstante la condición preliminar de los datos, éstos permiten vislumbrar la importancia de realizar nuevas investigaciones dirigidas al mejor conocimiento de las variables y factores aquí investigados para avanzar en el desarrollo de programas preventivos contra trastornos alimentarios, tendientes a mejorar la calidad de vida de esta población (de los hombres como género) y subpoblaciones, de los hombres divididos por su orientación sexual (homosexuales y heterosexuales) de la sociedad mexicana.

Referencias bibliográficas

- Azzam, A., Chandavarkar, U. & Mathews, C. (2007). Anxiety symptoms and perceived performance in medical students, *Research Article Depression and Anxiety*, 24, 103-111.
- Beck, A. T., Epstein, N. Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, G. M. (1998). Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation, *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bermejo, F. B. (2001). *Epidemiología clínica aplicada a la toma de decisiones en medicina*, España: Navarra.
- Carlat, D. & Camargo, C. (1991). Review of bulimia nervosa in males, *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- 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, 629-636.
- Carrillo, I. & Castro, A. (s/f). Convergencias entre ansiedad y depresión en universitarios. Reporte de investigación, Comité Universitario para la Salud en la UASJ, 35, 1-8. Comité Universitario de Salud Universitaria, Ciudad Juárez, México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Programa de Psicología.
- Do Jackson, C. (2008). *Exploration of factors associated with eating disorders in gay men*, dissertation doctoral, University of Iowa.
- Feldman, M. & Meyer, I. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay and bisexual populations, *International Journal of Eating Disorders*, 40, 218-227.
- Furnham, A., Badmin, N. & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise, *The Journal of Psychology*, 136 (6), 581-596.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?, *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 27-33.

- _____, Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, A. & Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en muestras del género masculino, *Revista Psicología Contemporánea*, 7 (1), 4-15.
- _____. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Conferencia Magistral de los 450 años de la Universidad, UNAM.
- _____, Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes, *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.
- _____. (2002). Desarrollo de estrategias para la intervención en la prevención de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN 301501.
- _____. (2010). Realidad virtual. Promoción de la diversidad corporal y prevención/educación de trastornos de la imagen corporal en hombres adolescentes. Proyecto IXTLI.
- _____. (2011). Peso sano en cuerpo sano. Un programa de prevención de la obesidad en población escolar. Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN 304011.
- Gray, J. & Ginsberg, L. (2007). Muscle dissatisfaction: an overview of psychological and cultural research and theory, en Thompson, J. Kevin y Cafri, Guy (eds.), *The Muscular Ideal: Psychological, Social, and Medical Perspectives*, Washington DC: American.
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*, East Sussex, New York: Routledge, Psychology Press.
- Hospers, H. J. & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males (electronic version), *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (8), 1188-1201.
- Jurado, C. S., Villegas, E., Méndez, L, Rodríguez, F., Loperena V. & Varela, R. (1988). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México, *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.

- Knoesen, N., Thai Vo, S. & Castle D. (2009). To be Superman. The male looks obsession, *Australian Family Physician*, 38 (3), 131-133.
- Lazo, A. (2012). *Factores de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios en una muestra de población homosexual masculina*, tesis de Licenciatura en Psicología, inédita, Facultad de Psicología, UNAM.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescents boys and girls, *Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.
- _____(2001). Body image and body change techniques among adolescent boys, *European Eating Disorders Review*, 9, 335-347.
- McCreary, D. R. & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls, *Journal of American College Health*, 48, 297-304.
- Moreno, G. M. A. & Ortiz, V. G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes, *Revista Terapia Psicológica*, 27 (2), 181-190.
- Pérez-Gauli, J. (2000). *El cuerpo en venta. Relación entre arte y publicidad*, Madrid: Cátedra.
- Raevouri, A. Keski-Rahkonen, A. Bulik, C., Rose, R., Aila, R. & Kaprio, J. (2006). Muscle, dissatisfaction in young adult men, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2, 6-6.
- Rey, J. (1994). Los metrosexuales y ubersexuales como artefactos publicitarios, *Revista Científica de Comunicación y Educación*, 27, 19-27.
- Russell, C. & Keel, P. (2002). Homosexuality as specific risk factors for eating disorder in men, *Internacional Journal of Eating Disorders*, 31 (3), 300-306.
- Siever, M. D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (2), 252-260.
- Silberstein, L. R., Mishkind M. E., Striegel-Moore, R. H. Timko, C. & Rodin, J. (1989). Men and their bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men, *Psychosomatic Medicine*, 51, 337-346.

- Tafoya, S., Gómez-Peresmitré, G., Ortega, S. & Ortiz, S. (2006). Inventario de ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM, *Psiquis*, 15, 82-87.
- Toro, A. J., Nieves. L. K. & Borrero, B. N. (2010). Cuerpo y masculinidad: los desórdenes alimentarios en hombres, *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 2, 225-234.
- Tylka, T. L., Bergeron, D. & Schwartz, J. P. (2005). Development and psychometric evaluation of the male body attitudes scale (MBAS), *Body Image*, 2, 161-175.
- Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C., López, X., Álvarez, G. & Ruiz, A. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo de una muestra incidental de jóvenes mexicanos, *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 53-63.
- Wichstrom, L. (2006). Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms, *International Journal of Eating Disorders*, 39, 448-453.
- Wood, M. J. (2004). The gay male gaze: body images disturbance and gender oppression among gay men [electronic version], *Journal of Gay y Lesbian Social Services*, 17 (2), 43-62.

4.3. INSATISFACCIÓN CON IMAGEN Y PARTES CORPORALES Y ACTITUD HACIA EL CUERPO MASCULINO EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y HETEROSEXUALES. SEGUNDO ESTUDIO

GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ

REBECA GUZMÁN SALDAÑA

ROBERTO LAZO OCAMPO

RODRIGO LEÓN HERNÁNDEZ

Introducción

Se ha encontrado que entre los hombres, a diferencia de las mujeres, la figura ideal es más gruesa y especialmente con más músculo. Esto es, los hombres no buscan estar delgados, más bien quieren músculo (Andersen, Cohn & Holbrook, 2000; Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda, 2001; Grieve, Wann, Henson & Ford, 2006). Weltzin *et al.* (2005), reportan que los hombres no se involucran en conductas compensatorias (por ejemplo, provocarse vómito), en cambio pueden ejercitarse en exceso. Tampoco se interesan en la restricción de su ingesta y se involucran más frecuentemente en atracones o sobreingestas.

Deseo masculino de delgadez y trastornos de la conducta alimentaria

Entre los hombres también hay quienes quieren una figura delgada, y se ha encontrado que este deseo de delgadez se encuentra asociado con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y con la orientación sexual hacia el mismo sexo (Do Jackson, 2008; Feldman & Meyer, 2007; Garner *et al.*, 1983; Schneider & Agras, 1987; Russell & Keel, 2002; Toro, Nieves & Borrero, 2010; Yager *et al.*, 1988). Así, por ejemplo, Feldman and Meyer (2007), reportan que entre los hombres homosexuales tiende a presentarse un índice más alto de TCA que entre los hombres heterosexuales. El rango de hombres homosexuales con Anorexia Nervosa (AN) cae dentro de un margen de 20%-45% (Russell & Keel, 2002).

En una investigación con estudiantes latinoamericanos se encontró que entre los hombres que tenían algún TCA, el 58%, era homosexual (Toro *et al.*, 2010). Algunas estadísticas generales indican que el 10% de las personas con TCA son homosexuales (Morgan, 2008). Se cuenta con evidencia que señala que los hombres con Bulimia Nervosa (BN) tienen una más alta prevalencia de homosexualidad y que ésta, la homosexualidad, actúa como factor de riesgo para la bulimia en hombres, pero no en mujeres (Carlat & Camargo, 1991). Así pues, podría decirse que la orientación sexual homosexual tiene un papel predisponente en varones, pues, como se ha señalado, se ha encontrado que los TCA tienen mayor prevalencia en hombres homosexuales (Hospers & Jansen, 2005).

Homosexualidad e insatisfacción corporal

Los hombres homosexuales muestran mayor insatisfacción corporal. El ejercicio está más motivado por el deseo de mejorar el atractivo corporal; la apariencia se valora más y se le considera muy cercana al *self* (Silberstein *et al.*, 1989; Siever 1994). Silberstein *et al.* (1989) reportan además que en el grupo de hombres homosexuales pero no en el de heterosexuales, los hombres que desean estar más delgados tienen más actitudes y conductas asociadas con alteraciones de la imagen corporal y conducta alimentaria anómala que los hombres que están más delgados de lo que ellos desean. Asimismo, Toro (2004), señala que los homosexuales manifiestan más síntomas depresivos y menos autoestima. Además se ha encontrado que los pacientes homosexuales con algún TA han sido diagnosticados con trastorno de ansiedad general, alguna fobia específica, dependencia de drogas, síndrome de dependencia u otro trastorno psiquiátrico (Feldman & Meyer, 2007).

Por otra parte, como ya lo hemos señalado, entre los hombres heterosexuales y homosexuales existe el mismo deseo de una figura ideal mesomorfa (delgada con músculo o con sobrepeso ligero), sin embargo, parece ser que entre los hombres gay, entre más alta es la insatisfacción corporal mayores son los TCA además de que los homosexuales, a diferencia de los heterosexuales,

experimentan mayor presión de los pares para mantener un tipo particular de cuerpo (Hospers & Jansen, 2005). Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007), informan que actualmente se han incrementado los TCA entre los hombres pasando del 10% y 15% reportados en la última década a un 25%.

Tomando en cuenta el incremento de los TCA entre los hombres, así como los pocos estudios realizados al respecto y teniendo como propósito central la exploración de la Imagen Corporal (IC) masculina, en este segundo estudio el objetivo principal fue obtener valores psicométricos (dimensión estructural, validez de constructo y fiabilidad) para muestras mexicanas de la Escala de Insatisfacción con Partes Corporales (EIPC) de Gómez-Peresmitré (2001) y de la escala de actitudes hacia el cuerpo masculino de Tylka, Bergeron y Schwartz (2005), así como, determinar, con estos nuevos valores, la insatisfacción por partes corporales y la actitud hacia el cuerpo masculino, comparando los resultados por orientación sexual.

Método

Muestra y participantes

Como ya se señaló en los propósitos del primer estudio, en el desarrollo de esta segunda investigación se utilizaron las mismas muestras, aunque con otros objetivos (señalados arriba).

Instrumentos (ver ítems y propiedades psicométricas en Apéndice)

Escala de Insatisfacción con Partes Corporales (EIPC) (Gómez-Peresmitré, 2001).

Escala de actitudes hacia el cuerpo masculino (Male Body Attitude Scale; EACM por sus siglas en español) (Tylka, Bergeron & Schwartz, 2005).

Resultados

1) EIPC. Se aplicó el AF de los componentes principales con rotación VARIMAX a los datos recolectados con la EIPC, obteniéndose los siguientes valores para el grupo de HHET: prueba $KMO=.762$ y prueba de esfericidad de Bartlett $p=.000$; para el grupo de HHOM: $KMO=.840$; esfericidad de Bartlett $p=.000$.

Como puede verse en la tablas 13a y 13b, las escalas de los dos grupos tuvieron la misma estructura, 3 factores en cada grupo. El porcentaje de varianza explicada por la escala total de los HHOM es más alto que el de los HHET (67% vs. 64%), así como los valores alpha (HHOM .88 vs. HHET .81), aunque los valores alpha más altos fueron los del factor 2 de cada grupo (HHET .89 vs. .85 HHOM). El factor 1 es el más importante y el que mayor varianza explica (HHOM 27% vs. HHET 25%). La escala total de los HHET retuvo los 12 ítems originales, mientras que la del grupo de HHOM perdió 1 quedándose con 11 ítems. La distribución de los contenidos (ítems) de los factores fue, relativamente diferente. Llama la atención el ítem “cara” que para los HHOM resultó ser más importante (componente del Factor 1) comparado con el lugar que ocupó entre los HHET (último elemento del último factor, el 3) (ver Tabla 13a).

2) EACM .Se aplicó el AF de los Componentes Principales con rotación VARIMAX a los datos recolectados con la escala que mide actitudes hacia el cuerpo masculino, obteniéndose los siguientes valores de prueba para el grupo de HHET: prueba $KMO=.79$ y prueba de esfericidad de Bartlett $p=.000$; para el grupo de HHOM: $KMO=.75$; esfericidad de Bartlett $p=.000$.

En las tablas 14a y 14b puede observarse que la estructura de las Escalas de ACM de los dos grupos es la misma, cada una con 3 factores y 23 ítems (HHET) y 24 (HHOM). Cada una explica un porcentaje alto de varianza, un poco más del 50%, con alphas por arriba de 0.80.

El contenido de los factores es, en general, similar en los dos grupos (con sólo un ítem diferente en el Factor 2 de los HHOM y otro en el Factor 3 de los HHET). El Factor 1 “preocupación por grasa, tamaño y forma corporal” obtuvo $alpha=0.89$ en la escala de HHET y 0.84 en la de HHOM; el Factor 2 “insatisfacción

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

con definición y músculo” obtuvo $\alpha=0.86$ en la escala de los HHET y $\alpha 0.69$ en la de los HHOM; por último el Factor 3 “satisfacción corporal” mostró una $\alpha=0.62$ en la escala de los HHET en comparación de $\alpha=0.72$ en la escala de los HHOM.

HHET	Factor 1 Área corporal superior	Factor 2 Área corporal media	Factor 3 Área corporal inferior
Tórax	.80		
Espalda	.79		
Brazos	.78		
Cuerpo	.77		
Estatura	.46		
Cintura		.93	
Cadera		.85	
Estómago		.84	
Pantorrillas			.80
Piernas			.76
Glúteos			.67
Cara			.46
Valor eigen=	4.1	2.4	1.3
Varianza=	24.7%	22.1%	17.9%
Alpha de Cronbach=	.79	.89	.72

Total de 12 ítems. Porcentaje de varianza explicada=64.% y $\alpha= 0.81$.

Tabla 13a. Heterosexuales. Factores de la Escala de Insatisfacción con Partes Corporales (EIPC).

INSATISFACCIÓN CON IMAGEN Y PARTES CORPORALES...

HHET	Factor 1 Área corporal media	Factor 2 Área corporal superior	Factor 3 Área corporal inferior
Cintura	.86		
Cadera	.79		
Cara	.49		
Estómago		.75	
Brazos		.66	
Tórax		.62	
Espalda		.61	
Cuerpo		.59	
Glúteos			.85
Piernas			.75
Pantorrillas			.70
Valor eigen=	5.4	1.5	1.1
Varianza=	27.2%	21.2%	18.8%
Alpha de Cronbach=	.73	.85	.78

Total de 11 ítems. Porcentaje de varianza explicada= 67.4% y alpha= 0.88.

Tabla 13b. Homosexuales. Factores de la Escala de Insatisfacción con Partes Corporales (EIPC).

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

Heterosexuales	Factor 1 Preocupación por la grasa, tamaño y forma corporal	Factor 2 Insatisfacción con tamaño, definición y músculo	Factor 3 Satisfacción corporal
Me ha preocupado tanto el tamaño y forma de mi cuerpo que me ha hecho pensar en ponerme a dieta	.84		
Creo que tengo mucha grasa en mi cuerpo	.83		
Me he sentido excesivamente gordo	.78		
El comer dulce, pasteles u otros alimentos altos en calorías me hace sentir gordo	.75		
Mi abdomen está muy abultado	.73		
Me he sentido avergonzado del tamaño y forma de mi cuerpo	.72		
Considero que mi cuerpo debería tener menos grasa	.71		
Me preocupa que mi estómago esté muy flácido	.71		
El reflejo de mi cuerpo (en un espejo o en el vidrio de una ventana) me ha hecho sentir mal por su tamaño y forma	.66		

INSATISFACCIÓN CON IMAGEN Y PARTES CORPORALES...

Me siento insatisfecho con mi cuerpo	.55		
Mi espalda debería ser más ancha y con más definición		.78	
Mi pecho debería ser más grande y más definido		.75	
Mi tórax debería ser más amplio		.73	
Creo que mis hombros son muy angostos		.71	
Pienso que mis pantorrillas deberían ser más grandes (con más músculo)		.69	
Creo que me falta músculo en mis piernas		.67	
Mis brazos deberían ser más grandes (con más músculo)		.66	
Me gustaría tener brazos fuertes		.56	
Creo que tengo muy poco músculo		.53	
Estoy satisfecho con la definición muscular de mi abdomen			.67
Estoy satisfecho con mi estatura			.63

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

Me siento satisfecho con el tamaño y forma de mi cuerpo			.56
Estoy satisfecho con la definición de mis brazos			.54
Valor eigen=	6.7	3.9	1.86
Varianza explicada=	24.1%	19.7%	9.46%
Alpha de Cronbach=	.89	.62	.62

Porcentaje de varianza explicada= 53.28% y alpha= 0.83.

Tabla 14a. Heterosexuales. Factores de la escala Actitud hacia el Cuerpo Masculino (EACM).

Homosexuales	Factor 1 Preocupación por la grasa, tamaño y forma corporal	Factor 2 Insatisfacción con tamaño, definición y músculo	Factor 3 Satisfacción corporal
Me he sentido excesivamente gordo	.85		
Creo que tengo mucha grasa en mi cuerpo	.82		
El reflejo de mi cuerpo (en un espejo o en el vidrio de una ventana) me ha hecho sentir mal por su tamaño y forma	.81		

INSATISFACCIÓN CON IMAGEN Y PARTES CORPORALES...

Me ha preocupado tanto el tamaño y forma de mi cuerpo que me ha hecho pensar en ponerme a dieta	.77		
Considero que mi cuerpo debería tener menos grasa	.77		
El comer dulce, pasteles u otros alimentos altos en calorías me hace sentir gordo	.74		
Me preocupa que mi estómago esté muy flácido	.68		
Me he sentido avergonzado del tamaño y forma de mi cuerpo	.65		
Me siento insatisfecho con mi cuerpo	-.57		
Mi abdomen está muy abultado	.56		
Mi tórax debería ser más amplio		.83	
Mi espalda debería ser más ancha y con más definición		.77	
Mis brazos deberían ser más grandes (con más músculo)		.74	
Pienso que mis pantorrillas deberían ser más grandes (con más músculo)		.70	

IMAGEN CORPORAL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

Creo que me falta músculo en mis piernas		.69	
Mi pecho debería ser más grande y más definido		.65	
Creo que mis hombros son muy angostos		.54	
Creo que tengo muy poco músculo		.53	
Estoy insatisfecho con la definición muscular de mi abdomen		.53	
Me gustaría tener brazos fuertes		.52	.
Estoy satisfecho con mi estatura			.91
Me siento satisfecho con el tamaño y forma de mi cuerpo			.55
Estoy satisfecho con la definición de mis brazos			.47
Valor eigen=	7.43	4.07	1.76
Varianza explicada=	24.2%	21%	9.8%
Alpha de Cronbach=	.84	.69	.72

Tabla 14b. Homosexuales. Factores de la escala Actitud hacia el Cuerpo Masculino (EACM).

Como puede verse en la Tabla 15, sólo el Factor 1 “preocupación por grasa, forma y tamaño corporal” resultó estadísticamente significativo ($p=0.03$) con una *media* más alta en los HHOM que en los HHET ($M=2.22$ vs. $M=2.02$).

Orientación sexual	N	Preocupación por grasa, forma y tamaño corporal Fact. 1 <i>M (DE)</i>	Insatisfacción tamaño, definición músculo Fact. 2 <i>M (DE)</i>	Satisfacción corporal Fact. 3 <i>M (DE)</i>
Heterosexual	117	2.02 (.62)	2.32 (.55)	2.59 (.579)
Homosexual	82	2.22 (.1)	2.46 (.60)	2.49 (.71)
	199	$t(193) = -2.15, p = .028$	$t(190) = -1.613, p = .108$	$t(192) = 1.09, p = .277$

Tabla. 15. Medias, desviaciones estándar y pruebas t entre los factores de la escala de actitud hacia el cuerpo masculino por orientación sexual.

Discusión

El propósito de este estudio se centró en la obtención de la dimensión estructural, de la validez de constructo (congruencia teórica y empírica de los factores) y de la fiabilidad (consistencia interna) de uno de los instrumentos desarrollado ad hoc para muestras de hombres mexicanos (escala de insatisfacción con partes corporales) así como de la escala de actitud hacia el cuerpo masculino, desarrollada por Tilka, Bergeron y Schwartz (2005), que ya había sido utilizada en la población mexicana en una investigación antecedente (Lazo, 2012), así como en el primer estudio, previo al presente. Asimismo, también fue propósito de este estudio determinar insatisfacción por partes corporales y actitud hacia el cuerpo masculino y compararlas por orientación sexual.

Resultó interesante constatar que la Escala de Insatisfacción con Partes Corporales (EIPC) arrojó la misma estructura factorial (tres factores) entre los HHET como entre los HHOM. Sin embargo, la composición factorial (contenidos por factor) resultó relativamente diferente. Para los HHET el factor más importante (con 5 ítems) hace referencia a partes corporales que se encuentran por arriba de la cintura (tórax, espalda, brazos) además de cuerpo y estatura (curiosamente este último, la estatura, quedó fuera, fue el ítem perdido, de la escala de los HHOM). ¿Qué pasó en la Escala de los HHOM? El factor más importante agrupó 3 ítems, “cintura, cadera y cara”, que, como puede verse, muestra poca congruencia lógica o funcional. Cintura y cadera están integradas pero cara no; sin embargo, cara es tan importante como cintura y cadera, ya que aparecen en el primer factor que siempre es el que explica mayor varianza. Dicha importancia se constata con la mayor varianza (27%) que explica comparado con el factor 1 de los HHET (25%) a pesar de que éste tiene un menor número de ítems (3 vs. 5) respectivamente (Tabla 14a y 14b). Los ítems del Factor 1 de los HHET y los del Factor 2 de los HHOM hacen referencia a partes corporales de la cintura para arriba, mientras que los del Factor 1 de los HHOM (cintura, cadera, cara) y los del Factor 2 de los HHET (cintura, cadera, estómago) se relacionan con la parte media del cuerpo, con excepción del ítem “cara” que aparece en el factor 1 de los HHOM. Los ítems del Factor 2 de los HHET tienen las cargas más altas (de .84 a .93), lo cual significa que estos ítems son los que definen el factor además de mostrar una alta congruencia funcional (cintura, cadera y estómago). Resulta interesante constatar que el ítem “cara” resultó problemático por incongruencia funcional en las dos escalas y por el diferente nivel de importancia que se le da en cada grupo. En el grupo de HHOM se le atribuye gran importancia (aparece en el primer factor), pero su ubicación no es congruente con cintura y cadera, mientras que entre los HHET pareciera que no es importante, pues “cara” aparece en el último factor (3) y en el último lugar (en relación con los otros ítems) e igual que en el caso de los HHOM no muestra congruencia funcional, pues, ¿cómo se relaciona “cara” con los otros ítems del mismo factor?, es decir, ¿con pantorrillas, piernas y glúteos? Por último, el peso del ítem “cara” en las dos escalas es

el más bajo en cada factor (HHOM .49 y HHET .46). De acuerdo con los resultados del análisis factorial, pareciera ser que la medición de insatisfacción con partes corporales (EIPC) en grupos con diferente orientación sexual necesita cada una su propia escala. De cualquier manera, se requieren nuevos estudios para poder determinar si se necesitan dos escalas (una para HHOM y otra para HHET) o si con una misma escala puede medirse la insatisfacción con partes corporales.

Con respecto a la escala que mide actitud hacia el cuerpo masculino (tablas 14a y 14b) se encontraron valores psicométricos aceptables, por ejemplo, altos valores de consistencia interna en cada una de las escalas totales (HHET, $\alpha=0.83$, HHOM, $\alpha=0.81$) e igualmente altos resultaron los de los factores 1 de las dos escalas (HHET 0.89 HHOM 0.84) y del Factor 2 de los HHET (0.86) y del Factor 3 de los HHOM con α de 0.76, aunque los valores del Factor 2 de los HHOM y 3 de los HHET resultaron más bien bajos (0.62, 0.69). También se encontró validez de constructo al verificar la existencia de congruencia conceptual cuando se analizaron los contenidos de los factores y que en este estudio hemos denominado “congruencia funcional” tomando en cuenta que se trata de partes corporales, del lugar que ocupan y de la relación entre las mismas. Estadísticamente, cada escala explica un porcentaje $> 50\%$ de la varianza total y los factores, muestran altas cargas factoriales siendo las más bajas $> .50$ (con excepción de una que resultó de .47). Es importante señalar que la estructura y el contenido de las dos escalas fueron muy similares, variando sólo un ítem en dos de los factores por lo que puede decirse tentativamente que puede aplicarse el mismo instrumento a los dos grupos, evitándose así la aplicación de escalas diferentes según la orientación sexual. Sin embargo, habría que realizar nuevas aplicaciones, teniendo un tamaño de muestra mayor puesto que las Ns (tanto en la medición de partes corporales como en ésta) y especialmente la de la muestra de homosexuales fue pequeña (< 100). Kline (1986, 1994), sugiere que las muestras no deben ser menores a 100 sujetos, señalando que los factores que se pueden encontrar con muestras pequeñas tienen un valor puramente descriptivo. Indican cómo se agrupan las variables en esa muestra, y no dejan de ser hipótesis que habrá que confirmar en otras muestras.

De acuerdo con los resultados, puede decirse que la actitud hacia el cuerpo masculino, específicamente la “insatisfacción con tamaño, definición y músculo” (Factor 2) que se define por ítems que implican un deseo de tener partes corporales, más grandes (“mi tórax debería ser más amplio”), con mayor definición (“mi espalda debería ser más ancha y con mayor definición”) y con más músculo (“creo que me falta músculo en mis piernas”) es la misma, tanto para los homosexuales como para los heterosexuales (ver ítems del Factor 2). Lo mismo puede decirse de “satisfacción corporal” (Factor 3) con ítems que hacen referencia a satisfacción, por ejemplo, con la estatura, y con tamaño y forma del cuerpo. Sin embargo, en relación al contenido del Factor 1, los homosexuales se encuentran significativamente más preocupados que los heterosexuales (ver medias Tabla 14b) por grasa (“considero que mi cuerpo debería tener menos grasa”), tamaño (“me he sentido avergonzado del tamaño y forma de mi cuerpo”) y forma corporal (“mi abdomen está muy abultado”), confirmando lo que al respecto señalan algunos autores, por ejemplo, Wichstrom (2006), quien afirma que para el homosexual masculino, al igual que para el mundo femenino, la apariencia es un valor apreciado, y Siever (1994), quien aclara que si bien entre los homosexuales hay quienes desean una figura esbelta también la desean musculada.

Conclusiones

Los hombres de los dos grupos mostraron tener la misma actitud hacia el cuerpo masculino, no encontrándose diferencias significativas en la comparación por orientación sexual, del Factor 2 (“insatisfacción con tamaño, definición y músculo”) y del Factor 3 (“satisfacción corporal”), sólo el factor 1 de la Tabla 15 (“preocupación por grasa, forma y tamaño corporal”) resultó significativamente diferente, encontrándose que los homosexuales estaban más preocupados por su apariencia (con respecto a grasa, forma y tamaño corporal) que los heterosexuales.

Por último, las limitaciones más importantes del presente estudio son el tamaño pequeño de la muestra de homosexuales y el carácter de autoreporte en la recolección de datos, por lo

que se considera de gran importancia replicar este estudio con muestras de tamaño más grande y con estrategias de mayor fuerza metodológica (por ejemplo, prospectivas).

Referencias bibliográficas

- Andersen, A., Cohn, L. & Holbrook, T. (2000). *Making Weight: Men's Conflicts with Food Weight, Shape and Appearance*, Carlsbad, California: Gurze Books.
- Arroyo, I., Ansotegui, A. & Rocandio, A. (2008). *Imagen y composición corporal en hombres y jóvenes*, Fac. de Farmacia, Departamento de nutrición y bromatología, 9, 11-23.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*, Barcelona: Ed. Herder.
- Carlatt, D. & Camargo, C. (1991). Review of bulimia nervosa in males, *American Journal of Psychiatric*, 148, 831-843.
- Carlson, D. y Crawford, J. (2005). Adolescent boys and body image: weight and muscularity concerns as dual pathways to body dissatisfaction, *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 629-636.
- Do Jackson, C. (2008). *Exploration of Factors Associated with Eating Disorders in Gay Men*, dissertation doctoral, University of Iowa.
- Feldman, M. B. & Meyer, I. H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations, *International Journal of Eating Disorders*, 40, 218-26.
- Garner, M., Olmstead, M. & Polivy J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia, *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Conferencia Magistral de los 450 años de la Universidad, UNAM.
- _____, Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S., & Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes, *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.

- _____ (2010). Realidad virtual. Promoción de la diversidad corporal y prevención/educación de trastornos de la imagen corporal en hombres adolescentes. Proyecto IXTLI.
- Grieve, F., Wann, D., Henson, C. & Ford, P. (2006). Healthy and unhealthy weight management practices in collegiate men and women, *Journal of Sport Behavior*, 29, 229-241.
- Hospers, H. J. & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (8), 1188-1201.
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H. & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Kline, Paul (1986). *A Handbook of Test Construction*, New York: Methuen.
- _____ (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*, Newbury Park: Sage.
- Lazo, A. (2012). *Factores de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios en una muestra de población homosexual masculina*, tesis de Licenciatura en Psicología, inédita, Facultad de Psicología, UNAM.
- Morgan, J. F. (2008). *The Invisible Man*, New York: Routledge.
- Mulasi-Pokhrival, U. & Smith, C. (2010). Assessing body image issues and body satisfaction/dissatisfaction among American children 9-18 years of age using mixed methodology, *Body Image*, 7, 341-348.
- Russell, C. J. & Keel, P. K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men, *International Journal of Eating Disorders*, 31, 300-306.
- Schneider, J. A. & Agras, W. S. (1987). Bulimia in males: A matched comparison with females, *International Journal of Eating Disorders*, 6, 235-242.
- Siever, M. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 252-260.
- Silberstein, L. R. Mishkind, M. E., Striegel-Moore, R. H., Timko, C. & Rodin, J. (1989). Men and their bodies: A comparison of homosexual and heterosexual men, *Psychosomatic Medicine*, 51, 337-346.

- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*, España: Ariel.
- _____, Nieves, L. & Borrero, N. (2010). Cuerpo y masculinidad: los desórdenes alimentarios en hombres, *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 225-234
- Tylka, T. L., Bergeron, D. & Schwartz, J. P. (2005). Development and psychometric evaluation of the Male Body Attitudes Scale (MBAS), *Body Image*, 2, 161-175.
- Wichstrom, L. (2006). Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms, *International Journal of Eating Disorders*, 39 (6), 448-453.
- Weltzin, T., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C. & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: update, *Journal of Men's Health and Gender*, 2, 186-193.
- Yager, J., Kurtz, F., Landsverk, J. & Wiesmeier (1988). Behaviors and attitudes related to eating disorders in homosexual male collage students, *American Journal of Psychiatric*, 145, 495-497.

4.4. INSATISFACCIÓN CON IMAGEN Y PARTES CORPORALES Y ACTITUD HACIA EL CUERPO MASCULINO EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y HETEROSEXUALES. TERCER ESTUDIO (ESTUDIO EN LÍNEA)

GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ
REBECA GUZMÁN SALDAÑA
RODRIGO LEÓN HERNÁNDEZ
SILVIA PLATAS ACEVEDO

Introducción

El presente reporte proviene de una investigación en línea (*online*) en la que también se comparan datos de una muestra de hombres homosexuales vs. hombres heterosexuales y de variables relacionadas con imagen corporal (razón por la cual se le considera como un tercer estudio y parte complementaria de las investigaciones ya descritas). Es importante señalar que los datos de las muestras de este tercer estudio se obtuvieron vía Internet (<<http://servicios.psicol.unam.mx/diversidadsexual/>>), lo cual conlleva la ventaja de “libertad” para responder sin presiones (el participante sabe que sus respuestas son totalmente anónimas). Además, en el consentimiento informado (<<http://servicios.psicol.unam.mx/diversidadsexual/cuestionarioInicio.html>>), se hizo notar a los participantes, entre otras cosas, que si por alguna razón no querían continuar hasta terminar el cuestionario, podían poner fin a la tarea en el momento que lo desearan. En este tercer estudio, al aplicar los mismos instrumentos a muestras nuevas, pero de la misma población (hombres heterosexuales) y subpoblación (hombres homosexuales), se pueden analizar similitudes y diferencias de respuesta frente a los mismos estímulos en diferentes ocasiones y situaciones.

Homosexualidad y figura ideal

Como lo señalamos en los estudios antes descritos y como lo indicara Siever (1994), entre los hombres homosexuales hay

quienes quieren una figura ideal delgada y quienes desean una figura esbelta, pero musculada que de acuerdo con Wood (2004), es altamente valorada en la comunidad gay. Debe tomarse en cuenta que, para el homosexual masculino, la apariencia es un valor apreciado igual que en el mundo femenino (Wichstrom, 2006). En los estudios realizados entre estudiantes masculinos universitarios en los que se comparan homosexuales vs. heterosexuales se ha encontrado que las diferencias entre estos grupos pueden deberse al énfasis que los primeros otorgan a la apariencia.

Homosexualidad masculina y apariencia

Pero, ¿la apariencia entre los hombres es en verdad atractiva sólo para los hombres homosexuales? En la actualidad, en la postmodernidad (pérdida de grandes números de trabajadores de cuello azul, por ejemplo de obreros, el crecimiento de una economía de servicios, etc.), va acompañada de una cada vez mayor atención por la presentación, por la apariencia, y así hemos venido siendo testigos de la creciente “postmodernización” del hombre, pulcro, feminizado en su presentación, que se preocupa por su cara (tratamientos de belleza), ropa, cabello, uñas, etc., y también se preocupa por su cuerpo (cirugía estética), como lo hemos dejado asentado antes. Hemos señalado las nuevas figuras que han surgido (“metrosexual”, “ubersexual”) que no son necesariamente homosexuales (Rey, 1994; Pérez-Gauli, 2000; Boon & Lomore, 2001). De aquí que la atracción por la apariencia no necesariamente se encuentre ligada con la homosexualidad, ya que entre los heterosexuales existen grupos de hombres que también se sienten atraídos por ésta, ¿con qué prevalencia?, ¿bajo qué condiciones? Es claro que las respuestas requieren investigación. Se tienen datos de una investigación en universitarios que muestran que el 73% de los hombres heterosexuales mostraban una alta adherencia a una figura masculina dominante (fuerza física, musculatura, virilidad, agresividad e independencia [Toro, Nieves & Borrero, 2010]), pero se desconoce, por ejemplo, qué pasa entre heterosexuales no universitarios, entre adolescentes, etc.

Dando un paso más en nuestra área de interés, se realizó esta nueva investigación en la que se comparan homosexuales vs. heterosexuales en factores de riesgo centrados en la imagen corporal. El objetivo central e importante es contrastar las respuestas de muestras diferentes en tanto se empleó un nuevo método de recolección de datos, vía Internet o en línea (online) asumiendo mayor “libertad” de respuesta para el participante que las de los estudios anteriores en los que la respuesta se da prácticamente frente al entrevistador.

Método

Muestra y participantes

La investigación en línea se ajustó a un diseño de dos muestras con observaciones independientes. La muestra total no aleatoria de $N=32$ hombres con un rango de edad de 20 a 45 años quedó subdividida con $n_1=11$ hombres heterosexuales ($M=28.9$, $DE=8.77$) y $n_2=21$ hombres homosexuales ($M=23.89$, $DE=3.77$). El 100% de los participantes de las muestras reportaron pertenecer a la clase social media.

Instrumentos (ver ítems y propiedades psicométricas en Apéndice)

Cuestionario sociodemográfico (en línea) con 22 preguntas formato mixto (abiertas, cerradas, dicotómicas y de opción múltiple).

Medición de imagen corporal

Escala visual de siluetas. Adolescentes y adultos con orientación sexual homosexual y heterosexual (Gómez-Peresmitré 2010)

Variables medidas:

1. Satisfacción/insatisfacción.

Factores de la escala de Insatisfacción con Partes Corporales (EIPC) (Gómez-Peresmitré, 2011).

Escala de actitudes hacia el cuerpo masculino (Male Body Attitude Scale, MBAS) (Tylka, Bergeron y Schwartz, 2005). Estructura factorial y consistencia interna obtenidas en muestras de hombres mexicanos (Gómez-Peresmitré, 2011).

Resultados

1. Descripción sociodemográfica de las muestras

En la Figura 22 puede verse la distribución del lugar de residencia de los participantes de este estudio. La mayoría (62%) residía en el Distrito Federal, mientras que el 22% en el Estado de México, en el estado de Hidalgo y en el de Veracruz residía el resto de los que respondieron por Internet al instrumento del presente estudio.

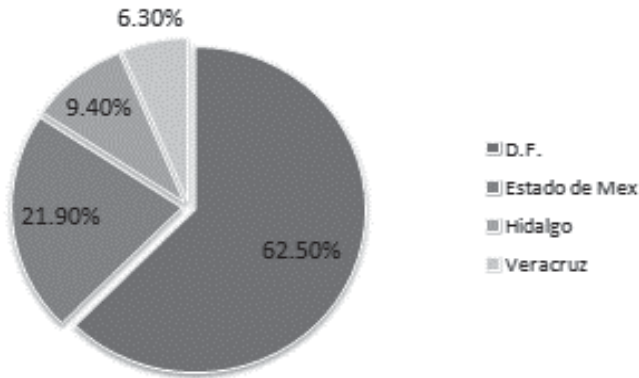


Figura 22. Distribución de la variable lugar de residencia por orientación sexual.

Los Hombres Heterosexuales (HHET) tenían en su totalidad niveles significativamente más altos de estudios ($p=0.05$) de licenciatura (91%) y de posgrado (9%) mientras que el 29% de los Hombres Homosexuales (HHOM) tenían preparatoria y el 62% licenciatura. Los HHET eran en su gran mayoría solteros (HHET,

90%) mientras que los HHOM lo eran en su totalidad (HHOM, 100%), sólo un 10% de los primeros eran casados. Más HHET trabajaban (50%) comparados con el 33% de HHOM que también lo hacían. Cuando se preguntó por la ocupación, la de mayor porcentaje en los dos grupos fue la de estudiante ($HHET=73\%$ vs. $HHOM=76\%$); los porcentajes de empleado (19%) y profesionista (18%) fueron los que siguieron y correspondieron a los HHET y HHOM respectivamente.

El porcentaje mayor de HHOM (38%) respondió que fue antes de los 10 años de edad cuando se dio cuenta de que su orientación sexual no era la que los demás esperaban, el 33% dijo que entre los 11 y 15 años y el 24% entre los 16 y 21 años. Los HHOM respondieron que en su familia además de él, el primo (78%) y el tío (22%) tenían la misma orientación sexual, mientras que entre los HHET el miembro de la familia con mayor porcentaje que tenía la misma orientación sexual fue el abuelo, le siguieron el hermano y la mamá con el mismo porcentaje (22%) y el papá con 11%. Las categorías de primo y tío no fueron elegidas. Ante la pregunta: “Si se pudiera escoger la propia orientación sexual, ¿cuál hubieras elegido?” El total de los HHET (100%) respondieron que heterosexual mientras que sólo el 89% de los HHOM respondió que homosexual, un 5% habría elegido heterosexual y otro 5% bisexual.

El 90% de los HHOM aceptó haber dicho a los demás cuál era su orientación sexual, sólo un 9% no lo había hecho así. A la pregunta: “¿A qué edad dijiste a alguien de tu orientación sexual?” Entre los HHOM, un 16% lo hizo entre los 11 y 15 años, el mayor porcentaje (63%) lo hizo entre los 16 y 20 años y un 21% después de los 20-21 años.

La mayoría de los HHET (82%) y de los HHOM (95%) viven con su familia, muy pocos viven solos (HHET 9%-HHOM 5%) y con pareja (HHET 9%-HHOM 5%). A la pregunta: “¿Cómo son tus relaciones familiares?” El porcentaje más alto de las categorías “muy buenas” y “buenas” fue de los ($HHET=91\%$ vs. el 71% de los HHOM); 29% de los HHOM respondió que “regulares” y sólo un 9% de los HHET respondió así. Los HHOM tienen el porcentaje más alto (76%) de un mayor número de amigos cercanos (desde 3 hasta más de 5) comparado con el 50% de HHET.

El menor número de amigos entre los HHET y HHOM, fue ninguno (10% vs. 0%) respectivamente. Se encontró que más HHET hacen deporte o ejercicio que HHOM (HHET 82% vs. 55% HHOM). Sin embargo, también, más HHET que HHOM fuman (HHET 45% vs. 38% HHOM) y consumen bebidas alcohólicas (73% vs. 57%). Aunque los porcentajes más altos de los dos grupos respondieron no consumir drogas (HHET 91% vs. 85% HHOM) el 15% restante de los HHOM si lo hacía comparado con el 9% de los HHET. Ninguno de los HHET así como ninguno de los HHOM aceptó consumir esteroides.

2. Escala de Siluetas (ICES)

Imagen corporal: A. ¿Cómo se auto-percibían (figura actual o real) los hombres de las muestras de este estudio? Un 45% de los HHET y 29% de los HHOM se vieron a sí mismos obesos (ver Figura 24, silueta 8); y otro 5% de estos últimos eligió la silueta 9; más HHOM se autopercebieron con sobrepeso: siluetas (6) 19% y (7) 9%; en comparación con el 18% de los HHET que seleccionó la silueta (6). Por otra parte, el 29% de HHOM y el 9% de HHET se autopercebieron con normopeso (Figura 24, silueta 5). El 9% de HHOM y el 18% de HHET se vieron excesivamente delgados (silueta 1) y el 10% de HHET seleccionó la silueta 2, muy delgados.

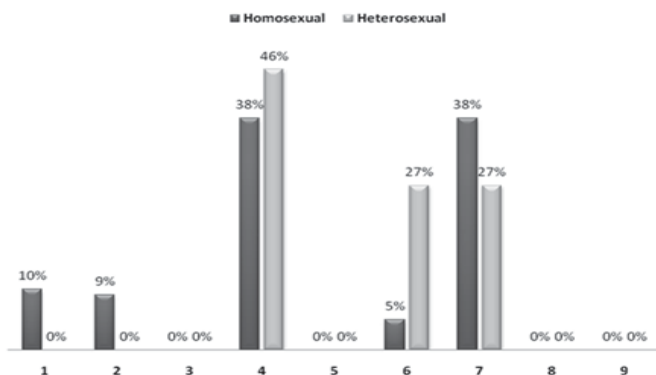


Figura 23. Distribución de la variable figura ideal por orientación sexual.

B. ¿Cuál era su figura ideal? La respuestas del 100% de los HHET se distribuyeron como sigue: para la silueta (4) que corresponde a delgadez con músculo con un 46%; y siluetas (6) con 27% y (7) con 27% correspondientes a sobrepeso ligero y a sobrepeso. Entre los HHOM, el 38% seleccionó como figura ideal una silueta delgada con músculo (4), un 5% la silueta con sobrepeso ligero (6) y otro 38% la silueta (7) con sobrepeso (ver Figura 24). Entre los HHOM el 10% seleccionó una silueta excesivamente delgada (1) y un 9% una muy delgada, silueta (2). C. ¿Cómo era su insatisfacción corporal? En la Figura 25 puede apreciarse cómo se distribuyó la variable “insatisfacción corporal” según la orientación sexual. El 62% de los HHOM vs. 54% de los HHET mostraron estar insatisfechos porque deseaban estar más delgados (insatisfacción positiva). Nótese que los niveles más altos de insatisfacción fueron los de los HHOM que se encuentran en los niveles 5 y 7 mientras que el nivel de insatisfacción más alto de los HHET se encuentra en el 4. Recuérdese que entre más grande es la diferencia entre figura actual y figura ideal, mayor es la insatisfacción y que la no diferencia entre estas figuras se interpreta como satisfacción (ver información relacionada con el instrumento de imagen corporal en el Apéndice A). En cambio, sólo un 45% de los HHET y un 33% de los HHOM tenían insatisfacción negativa, esto es, deseaban un cuerpo más robusto. Sin embargo, este tipo de insatisfacción era más fuerte (-5) en un 18% de los HHET que en los HHOM (5% con nivel -3) (ver Figura 25). Por otra parte, llama la atención que sólo un 5% de HHOM se encuentre satisfecho y ninguno de los HHET.

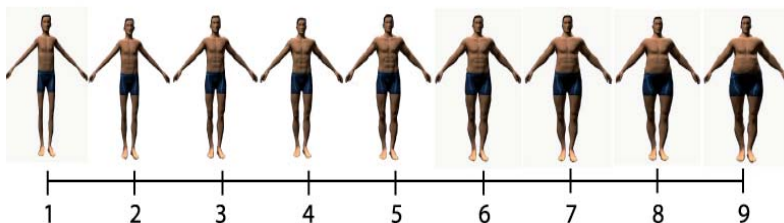


Figura 24. Escala visual de siluetas para la estimación de variables relacionadas con imagen corporal masculina.

INSATISFACCIÓN CON IMAGEN... (TERCER ESTUDIO)

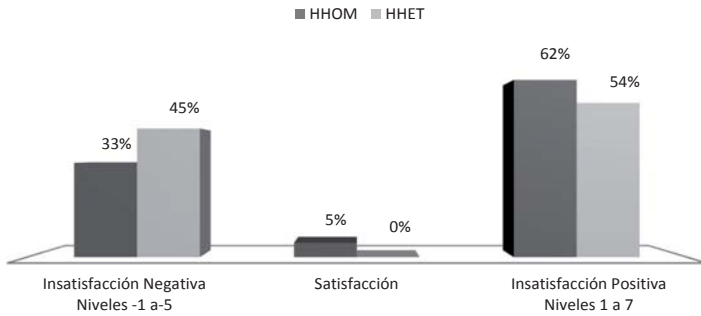


Figura 25. Distribución porcentual de la variable satisfacción/insatisfacción corporal.

3. IMC

Con respecto al IMC se encontró que los HHET tenían porcentajes más altos de sobrepeso y obesidad que los HHOM y que estos últimos tenían el porcentaje más alto de peso normal (62%) en comparación al 36% de los HHET (ver Tabla 16).

Orientación sexual	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
Heterosexual	9.1%	36.4	36.4	18.2%	100%
Homosexual	9.5%	61.9	23.8	4.8%	100%

U de Mann-Whitney $p= 0.67$

Tabla 16. Distribución Porcentual IMC. Categorías OMS (2000) por grupo.

4. Factores de insatisfacción con partes corporales (EIPC)

Con respecto a la variable “insatisfacción con partes corporales” se encontró en relación al Factor 1 (estómago, cintura y cadera)

que prácticamente el mismo porcentaje de HHOM y HHET (33% vs 30%) respectivamente tenían mayor insatisfacción positiva (querían partes corporales más delgadas) que negativa, partes corporales más gruesas (14% vs. 22%) respectivamente, sin que esas diferencias fueran estadísticamente significativas. Los porcentajes más altos fueron para satisfacción, HHOM 52% y HHET 47%. Con respecto al Factor 2 (espalda, brazos y tórax) tampoco se encontraron diferencias entre HHOM y HHET y las respuestas, dentro de este último grupo se dividieron en partes iguales (33.3%) para insatisfacción positiva, satisfacción e insatisfacción negativa; para los HHOM la división fue muy similar (30%, 40%, 30%); por último, en relación con el Factor 3 (estatura, glúteos, muslos y pantorrillas) en los dos grupos se aprecian porcentajes similares, siendo un poco más altos los de insatisfacción positiva HHOM (43%) y HHET (45%).

Factores obtenidos con la escala de actitud hacia el cuerpo masculino de Tylka, Bergeron y Schwartz (2005)

Ninguno de los factores: Factor 1, preocupación por la grasa, tamaño y forma corporal; Factor 2, insatisfacción con tamaño, definición y músculo y Factor 3, satisfacción corporal, comparados por grupo (orientación sexual) arrojó resultados estadísticamente significativos. La subdivisión en percentiles de las respuestas de cada factor mostraron con respecto al Factor 1 que el 18% de los HHET tenía una “preocupación severa” comparado con la de casi el doble (30%) de los HHOM; los porcentajes más altos fueron para “preocupación leve” (HHET 45% vs. 35% HHOM). Con respecto al Factor 2 se encontró insatisfacción severa en porcentajes similares a los del Factor 1 (HHET 18% vs. 26% HHOM); lo mismo puede decirse para insatisfacción leve (HHET 45% y 32% HHOM) y moderada (HHET 36% vs. 42% HHOM). Por último, en relación a satisfacción corporal sobresale el alto porcentaje (64%) de HHET con baja satisfacción corporal comparado con el 35% de los HHOM; un 27% de los HHET se encontraba con alta satisfacción corporal en comparación con el 30% de los HHOM.

Discusión

Los grupos de HHOM y HHET quedaron formados, en su gran mayoría, por estudiantes, aunque más HHET que HHOM respondieron que también trabajaban. Los HHET casi en su totalidad (99%) tenía estudios de licenciatura y posgrado, mientras que entre los HHOM un poco más de una cuarta parte de ellos, estudiaba preparatoria y, casi dos tercios, licenciatura. La totalidad de los HHOM era soltero y sólo una décima parte de los HHET eran casados, por lo que prácticamente los dos grupos estaban formados por hombres solteros.

Sorprende encontrar que a una edad tan joven, antes de los 10 años, más de un tercio de la muestra de los HHOM se dio cuenta que lo que lo atraía sexualmente, su orientación sexual, “no era”, no se ajustaba, a lo que los otros esperaban; sumado a otro tercio de la muestra, puede decirse que una gran mayoría de los hombres de este grupo se dio cuenta de su homosexualidad entre los 10 y 15 años, y la edad en la que la revelaron fue similar entre los 11 y 15 años. Se tiene que pensar que esta edad (pubertad y adolescencia temprana) trae consigo una serie de ajustes cognoscitivos, conductuales, emocionales y biológicos, que en general causan problemas a los chicos. A todo esto habría que agregar lo que trae aparejado la homosexualidad en una sociedad machista como la mexicana. Un programa orientado a mejorar la calidad de vida de los chicos en esta etapa etaria debe proponerse, entre otros objetivos, la detección de factores de riesgo asociados con la orientación sexual (heterosexual y homosexual) para trabajar con los chicos y con los padres, pues, en el caso de los homosexuales, éstos, los padres, requieren re-educarse en oposición a la cultura homofóbica en la que vivimos inmersos e inconscientes y sensibilizarse a las necesidades (de afecto, seguridad y autoestima, entre otras) de sus hijos. Los HHOM respondieron que los miembros de la familia con la misma orientación, eran, con el porcentaje más alto, el primo (78%) y el tío (22%). Curiosamente estas dos categorías no fueron nombradas por los HHET, en cambio fueron nombrados con iguales proporciones, el abuelo, hermano, madre, y con un porcentaje muy bajo el padre (probablemente por la figura más frecuente de padre ausente en

las familias mexicanas). Resulta interesante conocer que el 100% de los HHET escogería, ser heterosexual (si esta actividad fuera posible en algún momento de la vida), mientras que entre los HHOM se encontró que un 5% elegiría ser heterosexual y otro 5% bisexual.

La mayoría de los hombres de los dos grupos vive con su familia. Los HHOM tienen más amigos cercanos que los HHET. Así, los HHOM tienen un porcentaje alto y mayor de amigos (3 a 5 y más de 5) que los HHET y un 10% de éstos, también respondieron tener ningún amigo comparado con un 0% de los HHOM. Un porcentaje más alto de HHET calificó sus relaciones familiares como “buenas” y “muy buenas” y más HHOM las calificó como “regulares”. Asimismo, la gran mayoría de los hombres de los dos grupos respondió no consumir esteroides ni otras drogas, ya que sólo un 15% de HHOM y un 9% de HHET aceptaron consumirlas. Más heterosexuales consumían tabaco y bebidas alcohólicas, aunque curiosamente también hacían más deporte o ejercicio que los HHOM.

Resumiendo y comparando los resultados de las muestras del primer estudio con éste, tenemos que la edad de los participantes de las muestras del primero en comparación con las de éste, resultó menor. Esto es, se encontró que son un poco más jóvenes, los participantes del primero, por 3 años (los HHOM) y por 5 años (los HHET). Las muestras de los dos estudios, estaban formadas por prácticamente hombres solteros; viviendo con su familia, con un número alto y similar de amigos incondicionales, con una percepción similar de las relaciones familiares calificadas como buenas y muy buenas. Las muestras de este estudio eran prácticamente de estudiantes y con niveles más altos de estudios, especialmente los HHET. De la misma manera, en los dos estudios, más HHET hacían deporte. Las diferencias mayores se encontraron en las respuestas dadas a consumo de tabaco y alcohol, ya que en este estudio fueron los HHET quienes respondieron tener mayor consumo; sin embargo, en el primero, ningún grupo aceptó consumir drogas, en éste, aunque en un pequeño porcentaje (15%) más HHOM, que HHET (9%) respondieron consumirlas. Asimismo, en este estudio se encontró que la muestra de heterosexuales es una muestra que confirma la vigencia del problema de salud

pública en México (ver ENSANUT, 2012), puesto que resultó con sobrepeso (36%) y obesidad (18%) de acuerdo con los puntos de corte de la OMS (2000); aunque entre los HHOM hubo un 24% de sobrepeso, el porcentaje de obesidad fue bajo (5%), por otra parte, los mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad podrían asociarse con la relativa mayor edad (5 años entre los HHET y 3 en los HHOM) de los participantes de este tercer estudio.

Ahora bien, con respecto a imagen corporal, se encontró que la gran mayoría de los HHET y de los HHOM, dos tercios de las muestras, se autopercebieron (recuérdese que autopercepción es una variable de carácter subjetivo) con sobrepeso y obesidad, esto es, sobreestimaron su peso, cuando en realidad y de acuerdo con su IMC el porcentaje de los HHET con sobrepeso y obesidad era menor y todavía más bajos eran los porcentajes de los HHOM. Asimismo, un poco más de una cuarta parte de los HHET se vieron a sí mismos muy delgados cuando menos de un 10% de ellos tenía un IMC equivalente a delgadez, y curiosamente la autopercepción de delgadez de los HHOM coincidió exactamente con el IMC correspondiente de delgadez. Con respecto a normopeso, un poco menos de la tercera parte de los HHOM se vieron a sí mismos con normopeso cuando, de acuerdo con su IMC, casi el doble de ellos tenía efectivamente peso normal y al contrario, un pequeño porcentaje de HHET (menos del 10%) se vieron con peso normal, cuando más de un tercio de ellos tenían IMC correspondiente a peso normal (ver Tabla 16). Ninguno de los participantes de los dos grupos eligió las figuras 8 y 9 representantes de obesidad, lo que coincidió con las respuestas de los participantes del primer estudio.

La figura ideal para los HHET fue, por haber sido elegida con la mayor frecuencia, la de la silueta 4 (delgada con músculo), mientras que los HHOM seleccionaron dos siluetas con la misma frecuencia, la 4 (delgadez con músculo) y la 7 (sobrepeso ligero), aunque esta última también fue elegida, en segundo lugar, por los HHET. Debe subrayarse que también los participantes del primer estudio eligieron con mayor frecuencia como figura ideal la silueta 4. Asimismo, sólo los HHOM eligieron la silueta extremadamente delgada y la muy delgada (ver Figura 24). Puede verse que estas respuestas repiten, por un lado, las dadas

por las muestras del primer estudio en tanto, como ya se señaló, tampoco fueron elegidas las siluetas representantes de obesidad y por el otro confirman la tendencia que señala que los HHOM quieren estar delgados (Do Jackson, 2008; Feldman & Meyer, 2007; Siever, 1994). Por otra parte, no debe perderse de vista que las muestras de este estudio tenían porcentajes más altos de sobrepeso y obesidad en especial los HHET que los del primer estudio, coincidiendo los dos estudios en que los HHOM estaban más delgados, en mayor proporción que los HHET. Sin embargo, la figura ideal, tanto de los HHOM como la de los HHET es similar (delgada, con músculo o sobrepeso ligero), sin importar la orientación sexual, pues ninguna de las variables relacionadas con imagen corporal (figura actual, figura ideal e insatisfacción) resultaron estadísticamente significativas, lo que también es coincidente con los resultados del primer estudio.

Aunque en el primer estudio la satisfacción corporal fue baja, en éste resultó más baja aún, ya que fue prácticamente inexistente para los HHET. Estos resultados van en contra de la teoría, ya que se asume que los hombres se encuentran menos insatisfechos o más satisfechos que las mujeres porque no desean estar más delgados. Sin embargo, aunque no hay diferencia significativa que permita afirmar que son diferentes, se mantiene una ligera tendencia relacionada con un mayor porcentaje de HHOM que quiere estar más delgado (insatisfacción positiva) comparado con el de HHET o viceversa el mayor porcentaje de los HHET comparado con el de los HHOM que quiere un cuerpo más robusto (insatisfacción negativa) respectivamente.

Asimismo, con respecto a insatisfacción con partes corporales se encontraron respuestas similares en los dos grupos. Esto es no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los tres factores que componen la escala que estima insatisfacción con partes corporales.

La actitud hacia el cuerpo masculino puede decirse que prácticamente fue la misma para los HHOM como para los HHET, mostrando similar preocupación por grasa, tamaño y forma corporal e insatisfacción con tamaño, definición y músculo, sin importar la orientación sexual. No obstante, la distribución de los porcentajes de “preocupación severa” con un porcentaje mayor

de HHOM marca una tendencia coincidente con resultados del primer estudio en el que se encontró una diferencia significativa en este Factor 1, mostrando que eran los HHOM quienes se preocupaban más. Por otra parte, fue notorio que una mayoría de HHET, casi dos tercios, tuviera baja satisfacción corporal. Sin embargo, si se analizan los resultados a la luz de los obtenidos en autopercepción de la figura actual (figura real) puede verse que casi tres cuartas partes de HHET se autopercebió obeso y con sobrepeso. Y si a esto se añaden los resultados del IMC que indican altos porcentajes de sobrepeso en HHOM y HHET y altos porcentajes de obesidad entre los HHET pueden entenderse mejor los resultados de satisfacción corporal.

Conclusiones

Entre las conclusiones más importantes se encuentran los hallazgos comunes a los dos estudios:

1. Figura ideal correspondiente a una silueta delgada con músculo y a una silueta con sobrepeso ligero.
2. La gran mayoría de los hombres de los dos estudios estaban insatisfechos porque querían una figura más gruesa, independientemente de su orientación sexual.
3. Porcentajes bajos de satisfacción corporal.
4. Mayor preocupación de los HHOM por grasa, tamaño y forma corporal que los HHET.

Por último, puede decirse que los resultados de imagen corporal (figura actual, figura ideal, e insatisfacción corporal) un tanto inconsistentes con estudios previos y consistentes intra-variables suele ser lo más frecuente en los inicios de cualquier campo de estudio que, como estamos viendo, es lo que sucede con los datos provenientes de los factores de riesgo de TA en hombres, lo que no es más que una señal inequívoca de la necesidad de mayor investigación.

Debe señalarse que una de las limitaciones de mayor importancia en este estudio es el tamaño pequeño de las muestras, de aquí la necesidad de investigar más en torno a imagen corporal, tomando en cuenta la orientación sexual y cuidando el tamaño de las muestras.

Referencias bibliográficas

- Boon, S. D. & Lomore, C. D. (2001). Admirer-celebrity relationships among young adults: explaining perceptions of celebrity influence on identity, *Human Communication Research*, 27, 432-465.
- Do Jackson, C. (2008). *Exploration of Factors Associated with Eating Disorders in Gay Men*, doctoral dissertation (n/p). [Documento recuperado el 3 de noviembre de 2009]. <www.Ir.Iowa.edu>.
- Feldman, M. & Meyer, I. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay and bisexual populations, *International Journal of Eating Disorders*, 40, 218-26.
- Gómez-Peresmitré, G. (online). *Diversidad sexual e imagen corporal*. <http://servicios.psicol.unam.mx/diversidadsexual/>.
- _____ (2011). Imagen corporal. ¿Qué quieren los hombres?, Conferencia Magistral, Ciclo de Investigación en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- Organización Mundial de la salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. [Recuperado el 10 de mayo de 2008]. <http://www.who.int/whr/2000/es/>.
- Pérez-Gauli, J. (2000). *El cuerpo en venta. Relación entre arte y publicidad*, Madrid: Ediciones.
- Rey, J. (1994). *El hombre fingido. La representación de la masculinidad en el discurso publicitario*, España: Fundamentos.
- Siever, M. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 252-260.
- Tylka, T. L., Bergeron, D. & Schwartz, J. P. (2005). Development and psychometric evaluation of the male body attitudes scale (MBAS), *Body Image*, 2, 161-175.
- Toro, J., Nieves, L. & Borrero, N. (2010). Cuerpo y masculinidad: los desórdenes alimentarios en hombres, *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 225-234.
- Wichstrom, L. (2006). Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms, *International Journal of Eating Disorders*, 39, 448-453.

Wood, M. (2004). Body image disturbance and gender oppression among gay men, *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 17, 43 – 62.

Imagen corporal y orientación sexual - Gilda Gómez-Perezmitré

PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

CONCLUSIONES GENERALES

GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ

A lo largo del libro, se revisaron a través de la exposición de reportes de investigación, diferentes conceptos, métodos e instrumentos de medición relacionados con el área de estudio de los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de los trastornos alimentarios en hombres, analizando al mismo tiempo los resultados esperados, así como aquellos que no concordaban con estudios previos. De este material se derivó la discusión y las siguientes conclusiones generales:

Resulta de gran importancia conceptual y metodológica señalar que los factores de riesgo en trastornos alimentarios difieren por género, ya plenamente, a partir de la adolescencia, lo cual hace referencia a la especificidad que instrumentos, pruebas y demás, deberán cubrir con respecto a la producción válida y confiable de conocimiento en el mundo de lo masculino. Debe señalarse, sin embargo, que tal afirmación no implica que no haya factores, respuestas ni atributos similares e independientes del género. Puede decirse, que la naturaleza tripartita del género, psicológica, social y cultural se hace realidad a través del proceso global de socialización y a través de éste no sólo se define lo que deben ser los hombres y las mujeres, sino también las formas en las que deben diferir, así como las distintas esferas y roles que deben ocupar y cumplir.

Es importante subrayar que se confirmaron resultados previos, pues los niños con edad promedio de diez años (preadolescentes) en cada uno de los niveles de peso corporal (normopeso, sobrepeso y obesidad) mostraron querer estar más delgados (porcentajes más altos), lo cual es similar a lo que las niñas de la misma edad responden. También se encontró, muy relacionado con lo anterior, que la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción y alteración), mostró ser el elemento más importante para explicar y predecir el Índice de Masa Corporal (IMC). Debe agregarse, que también se confirma que sobrepeso y obesidad se acompañan por un efecto específico de alteración de la imagen corporal, el de *subestimación*, no obstante, el plus de los hallazgos de los estudios de este libro

(por ejemplo, *imagen corporal, seguimiento de dieta restringida e IMC en niños de primaria*) es que puede decirse que dicho efecto también se presenta en niños de corta edad, esto es, desde los diez años. La réplica de hallazgos de esta naturaleza, en edades tempranas, en población comunitaria, nos indica que la respuesta no es patológica (aunque representa un riesgo) y nos brinda la oportunidad de trabajar *oportunamente* en su prevención. Es claro que, en relación con el riesgo, falta responder el por qué de la subestimación, investigar qué función cumple, es una respuesta, ¿defensiva?, ¿protectora?, ¿mantiene y promueve la obesidad? Sin embargo, no necesariamente esta respuesta de subestimación del peso corporal, es privativa de personas obesas, en otras dos investigaciones: 1). “Imagen corporal en una muestra de hombres adolescentes”, realizada con chicos más grandes (adolescentes de 17 años en promedio) se encontró que los muchachos que estaban insatisfechos porque deseaban mayor peso también subestimaban su peso corporal, se autopercebían más delgados de lo que estaban en realidad y viceversa, los insatisfechos porque querían menor peso, también alteraban su peso, se autopercebían más gruesos de lo que eran (sobre-estimaban) y 2). “Imagen corporal, IMC y atractivo físico en hombres adolescentes de la frontera noroeste mexicana”, realizada en chicos con edad promedio de 14 años se confirman los efectos de riesgo que conlleva la alteración de la imagen corporal y que puede conducir al desarrollo de los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia nervosas) y el riesgo o mantenimiento de obesidad. Un porcentaje bastante alto de los participantes sufría de sobrepeso y obesidad; sin embargo, la totalidad de los adolescentes de la muestra alteraba su imagen, en la forma de subestimación aunque fueron los estudiantes con obesidad y con sobrepeso los que subestimaron en mayor proporción, esto es, se percibieron más delgados de lo que en realidad estaban, datos preocupantes si se considera, como ya se dijo, que esta forma de alteración representa riesgo para mantener o desarrollar obesidad. Estos resultados señalan la necesidad de mayor investigación en muestras de jóvenes que viven en la frontera, pues de acuerdo con los datos de este estudio pareciera que hay una diferencia, no se sabe si en el componente perceptual o meramente actitudinal, con los chicos que viven en el centro de la república mexicana.

CONCLUSIONES GENERALES

La pregunta que surge después de los casos revisados es: si los hombres alteran su imagen (subestiman o sobrestiman), entonces ¿la autopercepción, respuesta de naturaleza subjetiva, podría explicar la insatisfacción? Como es claro, responder a esta pregunta requiere mayor estudio. *Conocer la dirección causal de la relación entre las variables, responder si la percepción depende de la satisfacción o la satisfacción depende de la percepción es tarea de nuevas investigaciones.*

Resultó interesante conocer qué tan atractivos se consideraban los chicos de estos estudios. En relación al primero (“Imagen corporal en una muestra de hombres adolescentes”) en el que se manejó autoatribución del calificativo atractivo a “partes corporales”, “cuerpo” y “yo”, se encontró que, en general, los muchachos respondieron (sus puntuaciones) sentirse poco o algo atractivos con respecto a “partes corporales” y “cuerpo”. La más alta que alcanzó un atractivo regular fue para “yo me considero...”, lo que concuerda con la “sobriedad” de la naturaleza masculina interiorizada en la socialización de género, específicamente con respecto al tema del autocalificativo de belleza. Un hallazgo interesante relacionado con satisfacción/insatisfacción fue que, aunque los valores fueron bajos, fueron menos bajos los de tamaño (mayor insatisfacción) que los de forma. Esto es, se encontró mayor insatisfacción con tamaño (grande/ pequeño, gordo/ delgado) que con forma (proporcionado/ desproporcionado, bien formado/ mal formado). En relación con el segundo estudio (“Imagen corporal, IMC y atractivo físico en hombres adolescentes de la frontera noroeste mexicana”), la autopercepción del atractivo físico estaba relacionada con el peso corporal. Los participantes con autopercepción de obesidad fueron los que se consideraron menos atractivos.

El estudio de adolescentes obesos (“Obesidad masculina. Autoeficacia percibida para control de peso en preadolescentes y adolescentes”) permite vislumbrar la importancia de empoderar a los niños, entrenándolos en el manejo de la autoeficacia como una habilidad psicosocial y cognitivo conductual indispensable para su salud y proponer, en el campo de ésta, de la salud, su adopción como herramienta principal en la prevención de la obesidad. La autoeficacia puede considerarse principalmente

como una variable que interviene en el éxito de los tratamientos dirigidos a la reducción de peso y en el mantenimiento del mismo; así también puede vérselo como una variable predictora de la intención de ingerir alimentos componentes de una dieta adecuada, alimentos bajos en calorías, frutas y verduras. Una de las principales afirmaciones que puede hacerse para ser tomada en cuenta en los programas de prevención es *si se aseguran niveles altos de autoeficacia antes de una intervención dirigida a la búsqueda de actividad física y/o de una dieta adecuada y/o de control de peso, puede asegurarse que se incrementará la probabilidad de su logro.*

En la búsqueda del papel que juega el deporte en la salud (“Modelos estructurales. Factores protectores y de riesgo en trastornos alimentarios en una muestra de hombres deportistas de alto rendimiento”) puede concluirse, en función de los resultados, que se confirmó que éste, el deporte, es un factor protector general contra la generación de factores de riesgo que puedan conducir a trastornos alimentarios. El modelo resultante, *el modelo de los deportistas, contiene un factor protector específico, “actividad social”, cuyo incremento se relaciona con menor depresión, menor hostilidad y menor preocupación por el peso y la comida.* Sin embargo, ser deportista también mostró tener un factor de doble riesgo: el rasgo de “depresión” influyó directamente en “preocupación por el peso y la comida” e indirectamente, a través de éste, a “conducta alimentaria compulsiva”. Asimismo, se constató el efecto mediador del factor “preocupación por el peso y la comida” en los dos modelos, esto es, en el de los deportistas y en el de los no-deportistas, indicando que las relaciones que se establecen entre los rasgos de personalidad y las conductas alimentarias de riesgo son moduladas por este mediador.

La insatisfacción corporal (únicamente presente en el modelo de los no-deportistas) se añadió al de “ansiedad” ausente entre los deportistas, y por si esto fuera poco tampoco apareció en el modelo de los no-deportistas el factor protector de “actividad social”. También mostraron mayor problema en el manejo de conductas alimentarias de riesgo y en el de rasgos de personalidad como depresión y hostilidad. En suma, entre los chicos no deportistas se encontraron más problemas que entre los deportistas, pero

el mayor de los problemas fue *la ausencia del factor protector de actividad social*.

Los resultados de la investigación “Modelos estructurales que explican el papel del afecto negativo como factor de riesgo en el desarrollo de conductas bulímicas en hombres” permitieron confirmar aspectos teórico-prácticos relacionados con el rol antecedente de la variable “insatisfacción corporal” con respecto a conductas bulímicas, ampliamente documentados por investigadores de otras latitudes y poco estudiadas en nuestro contexto sociocultural, así como determinar que un modelo muy reconocido en el campo de estudio de trastornos alimentarios de Norteamérica (conocido por nosotros como modelo del camino doble) fue replicado con los datos de muestras de participantes mexicanos, mismos con los que también se desarrolló un nuevo modelo (modelo del afecto negativo reforzado) que hizo evidente que su estructura permite evaluar el plus que el afecto negativo ejerce en la mejor comprensión (explicación de mayor varianza) de la conducta bulímica. En otras palabras, el modelo producido con datos de muestras de hombres mexicanos, mostró *la importancia que el factor “afecto negativo” tiene en general en la gestación de conductas bulímicas y en especial en el papel igualmente importante que el estrés tiene (en nuestra cultura) en relación con ese mismo trastorno alimentario, la bulimia nervosa*.

Ahora bien, qué conclusiones importantes se pueden hacer con respecto a los resultados obtenidos en los primeros estudios en México, realizados con hombres tomando en cuenta la orientación sexual de los mismos? La investigación “Imagen corporal y trastornos alimentarios en una muestra de hombres homosexuales” aportó resultados interesantes que conllevan información nueva con respecto a la imagen corporal de hombres con orientación sexual homosexual y que sirven de fundamento a las siguientes conclusiones: 1). La figura ideal de los hombres con orientación sexual homosexual de la muestra investigada es una figura ligeramente más delgada que la de normopeso, confirmando con esto lo reportado por otros estudios, pero precisando que no se trata de una figura emaciada, o muy delgada, se ubica, en la escala de siluetas, inmediatamente por debajo de la que representa normopeso; 2). Entre los hombres con orientación sexual

homosexual, la satisfacción/insatisfacción corporal se distribuye al igual que la de los hombres con orientación sexual heterosexual, con porcentajes menores en satisfacción y el porcentaje restante se divide en insatisfacción porque se quiere estar más grueso y otra parte en insatisfacción porque se quiere estar más delgado, dejando ver que existe una misma respuesta para figura ideal entre homosexuales y heterosexuales. Sin embargo, contrario a lo que señalan los investigadores, *los participantes, en promedio, se encontraban insatisfechos con su imagen corporal porque deseaban una figura más gruesa de la que tenían contradiciendo que los hombres homosexuales deseen, al igual que las mujeres, una figura ideal delgada.* En las conclusiones que acabamos de hacer debe tomarse en cuenta que los hombres de la muestra clasificaron en promedio con un índice de masa corporal normopeso (de acuerdo con la clasificación de la OMS, 2011).

Es importante subrayar que los hombres con orientación sexual homosexual con imagen corporal negativa, mostraron mayor insatisfacción con la definición muscular de su cuerpo así como también con la grasa corporal del mismo; hacían más dieta restringida, tenía más conductas alimentarias compulsivas y mayor preocupación por su peso y comida; y como si esto fuera poco, también aceptaron tener mayor estrés que sus contrapartes con imagen corporal positiva. Debe destacarse que *el hallazgo principal de este estudio fue el alto riesgo de desarrollar trastornos alimentarios que conlleva una autoimagen corporal negativa asociada con una orientación sexual homosexual.* La información aportada por este estudio se complementó con los datos obtenidos con las siguientes investigaciones que tuvieron un plus, una muestra de hombres heterosexuales para contrastar las respuestas de la muestra de hombres homosexuales: por ejemplo, con los resultados del “Estudio comparativo. Imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en hombres homosexuales y heterosexuales. Primer estudio”, y con los de “Insatisfacción con imagen y partes corporales y actitud hacia el cuerpo masculino en hombres homosexuales y heterosexuales. Segundo estudio” y los de “Insatisfacción con imagen y partes corporales y actitud hacia el cuerpo masculino en hombres homosexuales y heterosexuales. Tercer estudio (Estudio en línea), se confirmaron

CONCLUSIONES GENERALES

aspectos centrales en la teoría de la imagen corporal masculina: por ejemplo, la figura ideal para los dos grupos (homosexuales y heterosexuales) es la misma, en primer lugar una figura con músculo muy próxima a normopeso y en segundo lugar una figura con ligero sobrepeso. Resumiendo, la insatisfacción de los hombres, independientemente de su orientación sexual, se debe al deseo de una figura más gruesa o robusta de la que tienen, cuya figura ideal se encuentra dentro de un rango que va de una silueta próxima a la de normopeso a una con sobrepeso ligero (ver escala de siluetas).

Ahora bien, con respecto a partes corporales, puede afirmarse que “cintura cadera y cara” resultaron de mayor importancia entre los hombres homosexuales, mientras que, para los heterosexuales, fueron “tórax, espalda y brazos”; sin embargo, cuando se compararon los factores de los dos grupos, no se encontraron diferencias. Los hombres de los dos grupos mostraron tener la misma actitud hacia el cuerpo masculino; sin embargo, los hombres homosexuales se mostraron más preocupados (en el primero y segundo estudios) por su apariencia física con respecto, a grasa, forma y tamaño corporal, que los heterosexuales. En cambio, en el tercer estudio, los hombres con orientación sexual homosexual además de mostrar más preocupación por grasa, forma y tamaño muscular, también fueron más negativos con respecto a “tono muscular”.

Por otra parte, el estrés y el nivel de ansiedad fueron más altos entre los homosexuales que entre los heterosexuales mientras que el nivel de depresión fue el mismo (moderado) para los dos grupos. Por último, puede concluirse que los hombres homosexuales tienen mayores problemas en conducta alimentaria: conducta compulsiva, mayor preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restringida. Resumiendo, entre los hombres homosexuales existe una tendencia a presentar un índice más alto de trastornos alimentarios que entre los hombres heterosexuales.

Llegados a este punto, es importante concluir que la orientación sexual per se no explica las diferencias entre los hombres homosexuales y heterosexuales con respecto, entre otras cosas, a la mayor proclividad que muestran los segundos a desarrollar

y mantener trastornos alimentarios con los antecedentes y consecuencias que ello implica; *es la orientación sexual homosexual más una imagen corporal negativa*, lo que da cuenta de la presencia de las condiciones más desfavorables (ansiedad, insatisfacción corporal, estrés, etc.).

Concluyendo, podemos decir que, antes como ahora, al hombre en general y en su mayoría, se le vende la idea (se le socializa) *que enfatiza la masculinidad como el ideal del deseo corporal entre los hombres.*

APÉNDICE
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

A. Medición de imagen corporal:

1). Figura ideal = a la figura elegida cuando se pide al participante que elija la figura que más le gustaría tener.

2). Figura actual = a la figura elegida cuando se pide al participante que elija la figura que más se parece a su cuerpo.

3). Satisfacción/insatisfacción = (figura actual–figura ideal); resultado positivo (insatisfacción porque se desea estar más delgado); resultado negativo (insatisfacción porque se desea estar más grueso). Entre mayor sea la diferencia mayor la insatisfacción. Diferencia igual a cero = satisfacción.

4). Alteración de la imagen corporal = (autopercepción del peso corporal–IMC): resultado positivo (sobreestimación); resultado negativo (subestimación):

1. La autopercepción del peso corporal se mide con la siguiente escala.

Creo que estoy:

A) Obeso (Muy gordo)
B) Con sobrepeso (Gordo)
C) Con peso normal (Ni gordo ni delgado)
D) Peso por abajo del normal (Delgado)
E) Peso muy por abajo del normal (Muy delgado)

2. Índice de Masa Corporal (IMC). $IMC = (\text{kilos} / \text{talla}^2)$:

A. IMC-niños y adolescentes. National Center for Health Statistics. (CDC, Growth Charts, Atlanta, U. S., 2000).

IMC		percentilar para hombres			
Edad	<P5 Desnutrición	P5 Bajo peso	P10 - P85 Normal	P85 - P95 Sobrepeso	>P95 Obesidad
10	< 14.2	14.2 – 14.6	14.7 – 19.3	19.4 – 22.1	> 22.1
11	<14.5	14.5 – 15.0	15.1 – 20.1	20.1 – 23.2	> 23.2
12	<14.9	14.9 – 15.4	15.5 – 21.0	21.1 – 24.2	> 24.2
13	<15.4	15.4 – 15.9	16.0 – 21.8	21.9 – 25.1	> 25.1
14	<15.8	15.8 – 16.5	16.6 – 22.6	22.7 – 25.9	> 25.9
15	<16.5	16.5 – 17.1	17.2 – 23.3	23.4 – 26.8	> 26.8

B. IMC (Saucedo y Gómez-Peresmitré, 1997).

Bajo peso	15- 18.9
Normal	19-22.9
Sobrepeso	23 a 27
Obesidad	> 27

C. IMC adultos (OMS, 2000).

Desnutrición	(IMC <18.5)
Normal	(IMC, 18.5 a 24.9)
Sobrepeso	(IMC, 25.0 a 29.9)
Obesidad	(IMC \geq 30.0)

Aparatos utilizados para la medición del IMC.

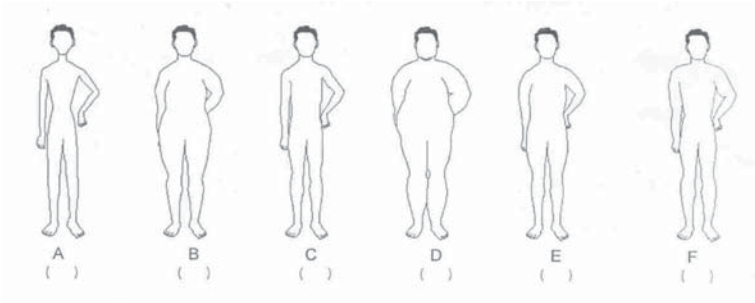
Peso corporal con báscula profesional marca TANITA, modelo-553 con una precisión de BC-553.

Talla con estadímetro portátil marca SECA 214, con un rango de medición de 2-207 cm, división de 1 mm.

1. Escala visual de siluetas, niños (Gómez-Peresmitré, 1999).

Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños. Como puedes ver, cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una x la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



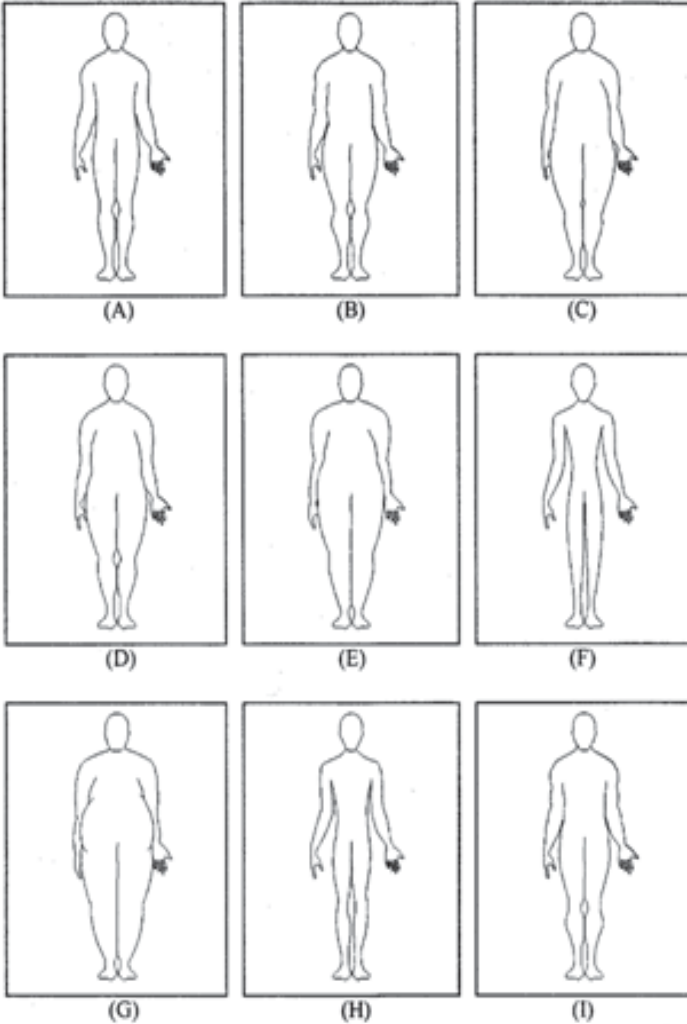
Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niño. Como puedes ver, cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una x la letra correspondiente

Mi cuerpo se parece más a:

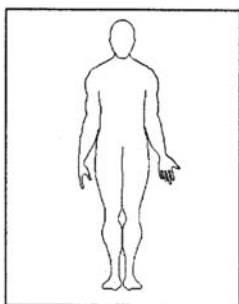


II. Escala visual de siluetas, adolescentes y adultos (Gómez-Peresmitré, 1998, 2001,2010).

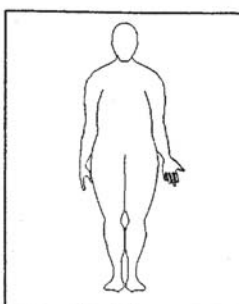
Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



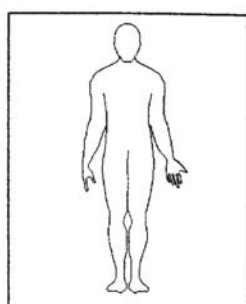
Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener:



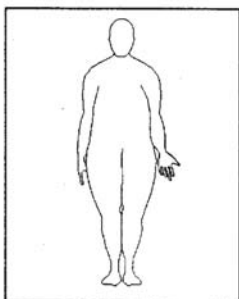
(A)



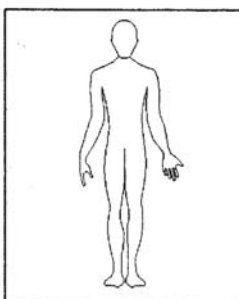
(B)



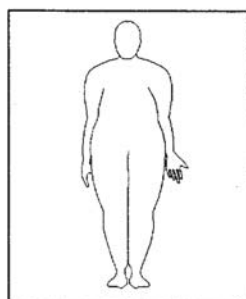
(C)



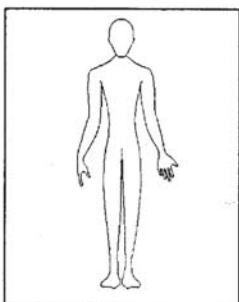
(D)



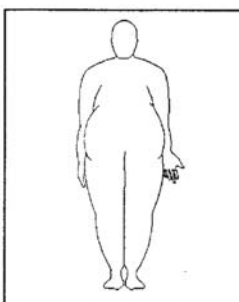
(E)



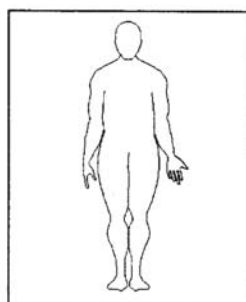
(F)



(G)



(H)



(I)

III. Escala visual de siluetas (Thompson y Gray, 1995).

Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas y elige la que más se aproxime a tu figura o a tu imagen corporal:



Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener:

(A)



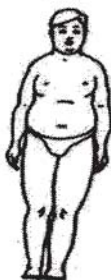
(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)

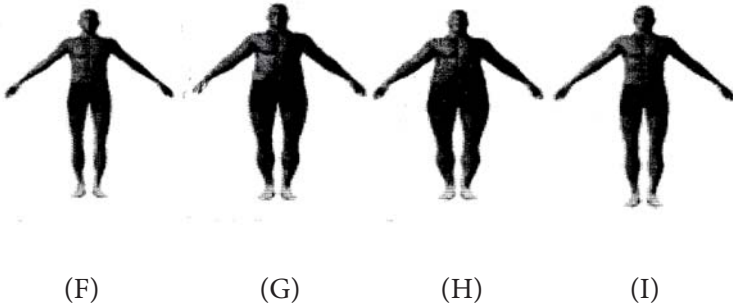
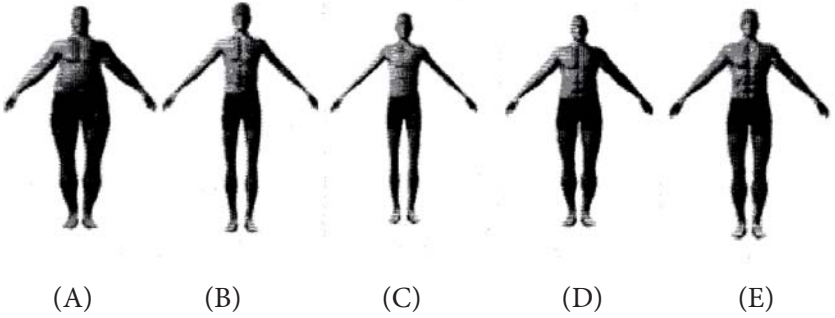


(I)

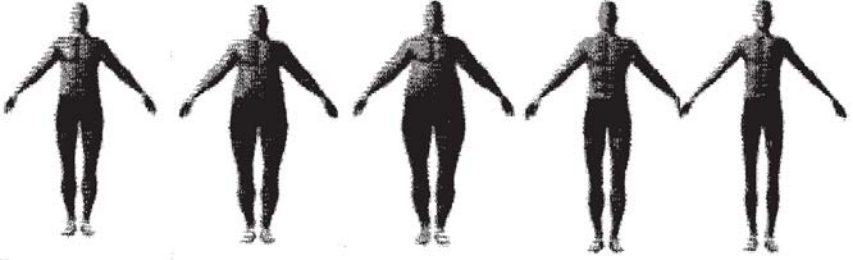


iv. Escala visual de siluetas, hombres, orientación sexual homosexual y heterosexual (Gómez-Peresmitré, 2010).

Instrucciones. Observa con cuidado las siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener:



Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal:



(A)

(B)

(C)

(D)

(E)



(F)

(G)

(H)

(I)

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA, versión adolescentes, jóvenes y adultos, Gómez-Peresmitré, 2001).

Tiene 11 factores que explican el 48,5% de la varianza. La escala total tiene un alpha de .87. Las opciones de respuesta van desde A nunca, B a veces, C frecuentemente, D muy frecuentemente y E siempre. En todos los casos, mayores puntuaciones indican mayor presencia de la variable evaluada

Factor 1. Conducta Alimentaria Compulsiva		
	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	.41
	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	.65
	Siento que mi forma de comer se sale de mi control	.74
	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	.71
	No soy consciente de cuanto como	.67
	Siento que no puedo parar de comer	.72
	Como sin medida	.72
	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	.50
	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	.42

Eigen value=11.23. Varianza explicada=15%. Alpha=.86.

Factor 2. Preocupación por el peso y la comida		
	Comer me provoca sentimientos de culpa	.50
	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso	.63
	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos “engordadores”	.64
	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.69
	Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo)	.45
	Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	.51
	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	.71
	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	.51

Eigen value=5.23. Varianza explicada=7%. Alpha=.8076.

Factor 3. Conducta alimentaria normal		
	Cuido que mi dieta sea nutritiva	.72
	Como lo que es bueno para mi salud	.73
	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.70
	Procuró mejorar mis hábitos alimentarios	.70
	Procuró comer verduras	.70
	Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	.62

Eigen value=4.20. Varianza explicada=5.6%. Alpha=.81.

Factor 4. Dieta crónica y restringida		
	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	.72
	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	.70
	Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar	.55
	Me la paso “muriéndome de hambre”, ya que constantemente hago dietas	.62
	“Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan comidas	.64

Eigen value=3.42. Varianza explicada = 4.6%. Alpha=.80.

Factor 5. Atribución de control alimentario externo		
	Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse, ya que “genio y figura hasta la sepultura”	.71
	Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer	.56
	Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo	.66
	No sé por qué se preocupa la gente por su peso, ya que “el que nace barrigón, aunque lo fajen”	.77
	Creo que “comer y rascar el trabajo es comenzar”	.71

Eigen value=2.91. Varianza explicada=3.9%. Alpha=.75.

Factor 6. Conducta alimentaria por compensación psicológica		
	Siento que la comida me tranquiliza	.61
	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	.70
	Si me despierto tengo que comer para conciliar el sueño	.58
	Me sorprendo pensando en comida	.54

Eigen value=2.18. Varianza explicada=2.9%. Alpha=.65.

Factor 7. Atribución de control alimentario interno		
	Las personas que comen con mesura son dignas de respeto	.70
	Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida	.76
	Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas	.70
	Admiro a las personas que pueden comer con medida	.68
	Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema “todo con exceso, nada con medida”	.50
	Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito	.46

Eigen value =1.76. Varianza explicada=2.3%. Alpha=.78.

Factor 8. Conducta alimentaria de sentimiento de culpa		
	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.40
	Me avergüenza comer tanto	.66
	Me deprimó cuando como de más	.65
	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	.52

Eigen value =1.55. Varianza explicada=2.1%. Alpha=.76.

Factor 9. Conducta alimentaria de atracón		
	Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento	.70
	Como tan rápido que los alimentos se me atragantan	.40
	Siento que como más rápido que la mayoría de la gente	.67

Eigen value=1.37. Varianza explicada=1.8%. Alpha=.61.

Factor 10. Conducta alimentaria de sobreingesta		
	Como hasta sentirme inconfortablemente lleno	.46
	No tengo horario fijos para las comidas, como cuando puedo.	.63
	Soy de los que se hartan (se llenan de comida)	.54
	Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.56

Eigen value =1.29. Varianza explicada=1.7%. Alpha=.63.

Factor 11. Tendencia al perfeccionismo		
	No importa a qué se dedique uno en la vida, el chiste es ser el mejor	.73
	Sólo se debe competir para ganar	.84
	Se deben vencer las tentaciones para fortalecer el carácter	.52

Eigen value =1.18. Varianza explicada=1.6%. Alpha=.64.

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios, preadolescentes (EFRATA-II) (Gómez-Peresmitré, 2001; versión adaptada por Platas y Gómez-Peresmitré, 2013).

En todos los casos, mayores puntuaciones indican mayor presencia de la variable evaluada.

Factor 1. Sobreingesta por compensación psicológica	
Siento que tengo más hambre cuando me enojo	.69
Pienso constantemente en la comida	.66
Cuando estoy aburrido me da por comer	.65
Siento que la comida me tranquiliza	.62
Siento que podría comer sin parar	.61
Soy de los que se atiborran de comida	.59
Creo que la comida ayuda a quitar la tristeza	.59
Me sorprende pensando en la comida	.57
Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida	.55
Creo que comer es como el comercial de: “No puedes comer sólo una”	.49
No como aunque tenga hambre	.49
Creo que el que es gordo seguirá siendo así	.47
Es muy difícil controlar los alimentos ya que todo lo que nos rodea nos provoca comer	.44
Como sin control	.42
Siento que no puedo parar de comer	.41
Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho)	.40

Valor Eigen= 9.5. Varianza explicada=16%. Alfa de Cronbach=.89.

Factor 2. Dieta crónica restringida	
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	.64
Me siento culpable cuando como	.54
Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno	.54
Me avergüenza comer tanto	.53
Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso	.53
Me la paso “muriéndome de hambre”	.51
Me gusta sentir el estómago vacío	.51
Siempre que estoy a dieta la rompo y vuelvo a empezar	.44

Valor Eigen=2.7. Varianza explicada=9.4%. Alfa de Cronbach=.73.

Factor 3. Conducta alimentaria compulsiva	
Paso por periodos en los que como mucho	.74
Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	.63
Siento que como más que la mayoría de mis amigos	.44
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando comienzo nadie me detiene	.42

Valor Eigen= 1.7. Varianza explicada= 6.5%. Alfa de Cronbach=.60.

Factor 4. Conducta alimentaria normal	
Procuro mejorar mis hábitos de alimentación	.68
Como lo que es bueno para mi salud	.65
Respeto a los que comen con medida	.62
Procuro comer verduras	.59

Valor Eigen=1.4. Varianza explicada= 6%. Alfa de Cronbach=.61.

Inventario de autoeficacia para control de peso y actividad física.
 Solución para la muestra de hombres.
 (Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007; versión adaptada por
 Guzmán y Gómez-Peresmitré, 2011).

Está conformada por 36 ítems agrupados en 6 factores que explican 45.11% de la varianza total y tiene un alfa de Cronbach total de 0.94. Es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (“no puedo hacerlo”, “podría intentarlo”, “puedo hacerlo” y “seguro que puedo hacerlo”).

Análisis factorial exploratorio del inventario de autoeficacia para control de peso y actividad física. Solución para la muestra de hombres.

Factor 1. Autoeficacia en actividad física programada	
Realizar en casa abdominales o pesas	.71
Realizar ejercicio diariamente	.70
Correr todos los días	.70
Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio	.67
Aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicio	.62
Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público	.59
Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlas	.59
Poner más esfuerzo y hacer más abdominales o pesas	.56
Poner tu máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para correr	.45
Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras	.42

Alpha=.87 %. Varianza=12.53.

Factor 2. Autoeficacia para evitar ingesta de alimentos no saludables	
Evitar los dulces aunque se te antojen	.69
Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces	.67
Eliminar de tu dieta los dulces y chocolates	.67
Dejar de comer chocolates u otras golosinas que comes cuando te sientes presionado(a)	.58
Evitar comer alimentos como hot dogs, hamburguesas, pizzas, etc.	.57
Evitar la comida chatarra cuando desayunas, comes o cenas fuera de casa	.48
Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas	.45
Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos (quesadillas, tortas, tamales, tacos, etc.)	.41

Alpha=.81 %. Varianza=10.02.

Factor 3. Ingesta alimentaria y fuerza de voluntad	
Dejar de cenar si te sientes presionado(a)	.64
Dejar de comer a cada rato aunque te sientas nervioso (a)	.61
Comer poco cuando estas con tus amigos(as)	.51
Caminar rápido a pesar de que no te guste	.48
Utilizar las escaleras y no el elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que estás	.47
Salir a caminar si te sientes ansioso(a) y tienes deseos de estar comiendo	.45

Alpha=.79%. Varianza=7.52.

Factor 4. Autoeficacia para actividad física y fuerza de voluntad	
Caminar rápido a pesar de que sientas que no tienes fuerza para seguir	.66
Cumplir con tu rutina de ejercicios a pesar de que sientas que no puedes más	.59
Hacer ejercicio a pesar de que te sientas triste o aburrido(a)	.56
Usar las escaleras y no el elevador a pesar de estar cansado(a)	.53
Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar	.43

Alpha=.77 %. Varianza=6.27.

Factor 5. Autoeficacia para control de peso	
Cenar alimentos bajos en calorías	.63
Realizar las tres comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso	.58
Dejar de comer entre comidas con el propósito de controlar tu peso	.55
Insistir en comprar alimentos bajos en calorías	.53

Alpha=.65%. Varianza=5.01.

Factor 6. Autoeficacia para ingesta alimentaria	
Tranquilizarte si te han regañado o has peleado con tus papás en lugar de ponerte a comer golosinas	.71
Dejar de tomar refresco y tomar agua	.57
Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra	.48

Alpha=.64%. Varianza=3.76.

Escala. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA), validada en México por Pereyra (1985).

Instrucciones. No abras el folleto hasta no haber leído todas las indicaciones.

1. En la parte superior de la hoja de respuestas, a la derecha escribe con cuidado la información personal que se te pide.

2. No escribas o marques este folleto. Contesta únicamente en la hoja de respuestas, como a continuación se explica.

3. Contesta a todas las preguntas, aunque no te sientas muy seguro de las respuestas. No pienses mucho en ninguna pregunta antes de contestar.

4. Lee y aplica cada pregunta a ti mismo, respondiendo en el espacio indicado.

5. En la hoja de respuestas hay tres columnas en las que debes marcar tus contestaciones.

+ MID -

1.

- MÁS (+) significa “definitivamente” o “preferentemente sí”

2. ----- ----- -----

----- ----- ----- MID significa “indeciso”

3. ----- ----- -----

----- ----- ----- MENOS () significa “definitivamente no”
o “preferentemente no”

6. Decide cómo puedes aplicar cada pregunta a ti. Pon tu respuesta marcando firmemente con lápiz el espacio entre las líneas punteadas en la columna que esté más de acuerdo con tu contestación. Si deseas cambiar tu respuesta, por favor borra completamente la marca de tu contestación antes de volver a marcar.

7. Trata de contestar con un MÁS (+) o un MENOS () definido, evita lo más que puedas las respuestas -MID.

1. ¿Eres por naturaleza una persona que perdona?
2. ¿Tomas una parte activa en asuntos de la comunidad o en actividades grupales?
3. ¿Te quedas relativamente calmado cuando los demás se ponen emocionalmente trastornados?
4. ¿Tienes una influencia marcada en el pensamiento de tu familia o en tus compañeros de escuela?
5. ¿Puedes ponerte comprensivamente en el lugar de otra persona?
6. ¿Prefieres unas vacaciones tranquilas e inactivas a unas activas?
7. ¿Tienes dificultad en concentrarte al leer o estudiar?
8. ¿Prefieres ser seguidor en lugar de dirigir en actividades grupales?
9. ¿Vives una vida tranquila sin involucrarte en muchas relaciones fuera del hogar y del trabajo?
10. ¿Tomas la iniciativa en hacer planes para actividades y vacaciones familiares?
11. ¿Haces demasiados planes irrealistas para el futuro, que más tarde abandonas?
12. ¿Sientes compasión por personas débiles e inseguras?
13. ¿Disfrutas de pertenecer a clubes o grupos sociales?
14. ¿Buscas mantener la paz a cualquier precio?
15. ¿Te incómodas fácilmente por el ruido y la confusión?
16. ¿Evitas esfuerzos físicos o actividades vigorosas?
17. ¿Pareces generalmente tranquilo y sereno?
18. ¿Te interesas seriamente por los problemas sociales, tales como la pobreza y el desempleo, aun cuando no te afecta directamente?
19. ¿Prefieres mantenerte activo para no perder el tiempo?
20. ¿Eres una persona bien organizada a quien le gusta hacerlo todo según un horario?
21. ¿Eres sensible a los sentimientos y necesidades de cualquier miembro de la familia que esté enfermo?
22. ¿Actúas reflexivamente en vez de impulsivamente?
23. ¿Eres altamente competitivo en los juegos, estudios o las relaciones personales?
24. ¿Prefieres estar solo en lugar de estar con la gente?

25. ¿Te sientes inquieto al pasear o andar en el tránsito?
26. ¿Haces ejercicios regularmente para mantenerte en condición?
27. ¿Tiendes a exaltarte más que la demás gente?
28. ¿Te gusta recibir invitados en tu casa?
29. ¿Te gusta estar encargado de los demás y dirigirlos?
30. ¿Eres extremadamente pulcro y ordenado?
31. ¿Tienes a veces tanta confianza en ti mismo que les molesta a tus amigos?
32. ¿Recobras el control después de un accidente u otro acontecimiento perturbador?
33. ¿Te mueves vivazmente y con mucha alegría?
34. ¿Preferirías aceptar una situación injusta en vez de quejarte?
35. ¿Te molestan los niños activos y ruidosos?
36. ¿Percibes inmediatamente cuando alguien necesita ánimo o una palabra de aliento?
37. ¿Eres una persona que podría llamarse un sujeto emprendedor?
38. ¿Permites frecuentemente que la tensión se acumule hasta hacerte estallar?
39. ¿Necesitas aliento y aprobación para trabajar efectivamente?
40. ¿Usas frecuentemente medicamentos para ayudarte a descansar?
41. ¿Defiendes tus derechos?
42. ¿Tienes una variedad de intereses?
43. ¿Te gusta comunicarle a la gente tu opinión?
44. ¿Estás relativamente libre de preocupaciones y ansiedad?
45. ¿Te gusta tener mucho que hacer?
46. ¿Te interesas profundamente por el bienestar de los demás?
47. ¿Te preocupas mucho por la salud?
48. ¿Tienes mucha confianza en ti mismo y en lo que emprendes?
49. ¿Eres demasiado flexible?
50. ¿Tiendes a depender de los demás cuando es necesario tomar una decisión?
51. ¿Muchas personas te consideran incapaz de tener sentimientos profundos?
52. ¿Te es fácil someterte a los deseos de otros?
53. ¿Escuchas comprensivamente a los otros cuando necesitan hablar de sí mismos?

54. ¿Intentas siempre imponer a los otros tu propio punto de vista?
55. ¿Te consideras un trabajador productivo e incansable?
56. ¿Tienes movimientos nerviosos como morderte las uñas o mover el pie ligeramente?
57. ¿Eres de las personas en la que los demás dependen en ocasiones de dificultad?
58. ¿Se te hace difícil seguir un plan definido?
59. ¿Insistes en la obediencia inmediata?
60. ¿Crees que todos merecen una segunda oportunidad?
61. ¿Te encuentras en apuros debido a algún acto impulsivo?
62. ¿Sufres indigestión o pérdida de apetito cuando estás preocupado o bajo tensión?
63. ¿Los demás se aprovechan fácilmente de ti?
64. ¿Te limitas a tener dos o tres amigos?
65. ¿Te es difícil descansar por tener la necesidad de estar constantemente ocupado?
66. ¿Eres fácilmente tentado por una oferta?
67. ¿Te gusta hablar en público y disfrutas el reto?
68. ¿Alivias la tensión al fumar, comer o beber excesivamente?
69. ¿Eres fácilmente conmovido a la misericordia?
70. ¿Duermes bien y te es fácil descansar cuando estás sentado o acostado?
71. ¿Demostrarías un interés especial en ayudar a jóvenes que se encuentran frecuentemente en apuros?
72. ¿Eres una persona muy nerviosa?
73. ¿Percibes rápidamente los sentimientos y estados de ánimo de los demás?
74. ¿Eres muy enfático y vigoroso en voz y ademanes?
75. ¿Tienes frecuentemente ataques de nervios por ninguna razón en particular?
76. ¿Prefieres leer o mirar la televisión después de un día de trabajo, en vez de salir o participar en actividades sociales?
77. ¿Haces planes anticipadamente al acontecimiento y los llevas a cabo?
78. ¿Prefieres escuchar y observar en vez de participar en las discusiones?
79. ¿Disfrutas correr riesgos?

80. ¿Te pones tenso o ansioso cuando hay mucho trabajo que hacer en poco tiempo?
81. ¿Piensas que nuestra nación se preocupa demasiado por las necesidades y el sufrimiento de la gente en otros países?
82. ¿Disfrutas de la actividad y de la exaltación?
83. ¿Preparas un presupuesto y haces todo esfuerzo por mantenerlo?
84. ¿Haces todo lo posible para proteger a un animal del descuido y la crueldad?
85. ¿Te es difícil decir «no» a un vendedor persuasivo?
86. ¿Tienes poco interés en los problemas emocionales de los demás?
87. ¿Te interesas por la gente y por hacer nuevos amigos?
88. ¿Eres considerado y comprensivo cuando tratas a una persona anciana?
89. ¿Te consideras una persona siempre activa?
90. ¿Crees que es necesario disculparse después de ofender a alguien?
91. ¿Eres capaz de expresar cariño sin avergonzarte?
92. ¿Es probable que hagas comentarios descuidados e indiscretos?
93. ¿Piensas que eres una persona extrovertida?
94. ¿Te sientes frecuentemente rechazado y no tomado en cuenta?
95. ¿Tienes un lugar para todo y todo en su lugar?
96. ¿Estás libre de prejuicios raciales y religiosos?
97. ¿Te sientes desilusionado por la vida?
98. ¿Eres cariñoso con los miembros de tu familia?
99. ¿Te sientes a veces tan emocionado que eres capaz de actuar o pensar lógicamente?
100. ¿Te es difícil expresar sentimientos tiernos en palabras?
101. ¿Estás esperanzado y optimista acerca del futuro?
102. ¿Tiendes a analizar e insistir en tus pensamientos y sentimientos internos?
103. ¿Eres comprensivo cuando alguien llega tarde a una cita?
104. ¿Tienes fobia o un miedo muy perturbador a cualquier objeto, lugar o situación?
105. ¿Tiendes a ser reservado en tu comportamiento?

106. ¿Se queja la gente de que seas “mandón” o irrazonable?
107. ¿La gente te acusa a veces de ser ilógico?
108. ¿Cuándo das una sugerencia es probable que sea más útil que crítica?
109. ¿Sacas conclusiones sólo después de considerar todos los aspectos de una situación?
110. ¿Te es difícil o penoso cualquier plática de temas sexuales?
111. ¿Tiendes a enojarte fácilmente?
112. ¿Expresas aprecio y placer cuando miras cosas bellas?
113. ¿Tiendes a ser argumentativo?
114. ¿Tienes a veces la sensación de que la gente te mira o habla contigo?
115. ¿Te gusta dedicarte a un trabajo hasta que terminas?
116. ¿Te sientes a veces descorazonado o abatido por falta de progreso o logro?
117. ¿Tiendes a reclamarle a la gente?
118. ¿Sientes que la vida realmente vale la pena vivirla?
119. ¿Tiendes a sospechar de las acciones y de los motivos de los demás?
120. ¿Tiendes a tomar decisiones demasiado apresuradas?
121. ¿Te es difícil ser amistoso o responsivo en tu contacto con la gente?
122. ¿Tienes un profundo respeto por todos los seres humanos?
123. ¿Te apenas fácilmente?
124. ¿Tiendes a detenerte y pensar antes de actuar?
125. ¿Tiendes a ser impaciente con alguien que está frecuentemente enfermo?
126. ¿Siempre trabajas por alguna meta futura?
127. ¿Te preocupas a veces por sentirte poco valorado?
128. ¿Demuestras fácilmente ternura a los niños?
129. ¿Tiendes a ser sarcástico cuando alguien te fastidia?
130. ¿Insistes en desgracias pasadas?
131. ¿Tiendes a guardarte tus sentimientos?
132. ¿Sientes desprecio por los hombres que parecen incapaces de ganarse el sustento?
133. ¿Eres muy metódico en mantener un registro de asuntos personales?
134. ¿Tiendes a ser celoso?

135. ¿Te sientes a veces tan desanimado hasta el punto de llorar?
136. ¿Te resulta difícil aceptar críticas o culpas?
137. ¿Estás frecuentemente deprimido por problemas personales?
- 138.- ¿Hablas con ánimo, entusiasmo y frecuentes ademanes?
139. ¿Cuando estás profundamente turbado por algo, has pensado en el suicidio alguna vez?
- 140.- ¿Tiendes a ser rencoroso?
- 141.- ¿Tienes muchos amigos y conocidos?
142. ¿Te preocupas frecuentemente por la falta de confianza en ti mismo?
- 143.- ¿Te es difícil expresar compasión por alguien que está afligido?
- 144.- ¿Eres lógico en tu hablar y pensar?
145. ¿Te consideras indulgente y despreocupado?
146. ¿Te descorazonas por la crítica?
147. ¿Tiendes frecuentemente a dominar a la gente cercana a ti?
- 148.- ¿Te sientes a disgusto cuando se espera que demuestres entusiasmo por un regalo?
149. ¿Perdonas rápidamente un error y no le haces caso a la descortesía?
- 150.- ¿Eres una persona imparcial y razonable?
- 151.- ¿Eres platicador?
152. ¿Te sientes frecuentemente melancólico o descorazonado sin ninguna razón?
153. ¿Trabajas metódica y deliberadamente?
154. ¿Frecuentemente entiendes mal lo que hacen y dicen los demás?
155. ¿Sufres a veces cansancio físico extremo, como resultado de conflictos emocionales?
156. ¿Criticas demasiado a algún miembro de tu familia?
157. ¿Te sientes cohibido con la mayoría de la gente?
158. ¿Haces frecuentemente comentarios tan bruscos y mordaces que ofenden?
159. ¿Sonríes y ríes mucho?
160. ¿Al votar estudias las personalidades y propuestas a veces apoyando al candidato de otro partido?

161. ¿Te sientes superior o mandón en tu actitud hacia los demás?
162. ¿Te consideras demasiado sensible?
163. ¿Te sientes con libertad de discutir problemas, y alegrías con amigos íntimos?
164. ¿Tardas en quejarte cuando te incomodan o abusan de ti?
165. ¿Tiendes a fantasear cosas que no pueden realizarse?
166. ¿Tiendes a hacer las cosas espontáneamente?
167. ¿Te es difícil resistir una situación molesta?
168. ¿Te es difícil romper malas costumbres como fumar o comer demasiado?
169. ¿Te sientes frecuentemente descorazonado debido a sentirte inferior?
170. ¿Tiendes a ser tímido e introvertido?
171. ¿Tienes períodos de flojera cuando se te hace difícil encontrar alguna razón para un esfuerzo físico o mental?
172. ¿Crees que la mayoría de la gente es oportunista?
173. ¿Evitas que tus emociones influyan en tu buen juicio?
174. ¿Te es difícil ser atento con miembros de tu propia familia?
175. ¿Eres singularmente cohibido y preocupado por lo que otros podrían pensar?
176. ¿Te sientes frecuentemente deprimido por recuerdos de tu niñez u otras experiencias del pasado?
177. ¿Tu interés cambia frecuentemente de una cosa a otra?
178. ¿Te sientes cohibido e inhibido en una relación de amor?
179. ¿Si fueras elegido serías justo e imparcial al ayudar a otros a resolver sus diferencias?
180. ¿Tienes períodos de depresión sin alguna razón aparente, que duran por varios días o más?

Escala evaluativa de insatisfacción con partes corporales
(Gómez-Peresmitré, 1998).

Instrucciones. En esta sección te pedimos que nos digas cómo son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de qué parte se trata, y después te presentamos parejas de características contrarias. Tú debes decir a cuál de esas dos características se aproxima más tu cuerpo.

Por ejemplo:

Mis manos son:

	A	B	C	D	E	
Grandes	_____	___X___	_____	_____	_____	Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos una pareja de características contrarias (grandes-pequeñas).

Si tú crees que tus manos son **grandes** contestarás la letra **A**, si piensas que son **pequeñas** marcarás la letra **E**. Si opinas que son **algo grandes** elegirás la letra **B** (como en el caso del ejemplo) y si crees que tus manos son algo pequeñas elegirás la letra **D**. Finalmente, si tus manos no son ni grandes ni pequeñas responderás en la letra **C**.

Mi cuerpo es:

	A	B	C	D	E	
Ágil	_____	_____	_____	_____	_____	Torpe
Sano	_____	_____	_____	_____	_____	Enfermo
Alto	_____	_____	_____	_____	_____	Bajo
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo

Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal formado
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

Mi cara es:

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal formada
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No atractiva
Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

Mi pecho es:

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal formado
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No atractivo
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado
Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande

Mi tórax es:

	A	B	C	D	E	
Bonito	—	—	—	—	—	Feo
Atlético	—	—	—	—	—	Bofo
Bien formado	—	—	—	—	—	Mal formado
Atractivo	—	—	—	—	—	No atractivo
Proporcionado	—	—	—	—	—	Desproporcionado
Firme	—	—	—	—	—	Flácido
Chico	—	—	—	—	—	Grande

Mis brazos son:

	A	B	C	D	E	
Bonitos	—	—	—	—	—	Feos
Atléticos	—	—	—	—	—	Bofos
Bien Formados	—	—	—	—	—	Mal formados
Atractivos	—	—	—	—	—	No atractivos
Proporcionados	—	—	—	—	—	Desproporcionados
Firmes	—	—	—	—	—	Flácidos
Chicos	—	—	—	—	—	Grandes

Mi espalda es:

	A	B	C	D	E	
Bonita	—	—	—	—	—	Fea
Atlética	—	—	—	—	—	Bofa
Bien formada	—	—	—	—	—	Mal formada
Atractiva	—	—	—	—	—	No atractiva
Proporcionada	—	—	—	—	—	Desproporcionada
Firme	—	—	—	—	—	Flácida
Chica	—	—	—	—	—	Grande

Mi cintura es:

	A	B	C	D	E	
Bonita	___	___	___	___	___	Fea
Atlética	___	___	___	___	___	Bofa
Bien formada	___	___	___	___	___	Mal formada
Atractiva	___	___	___	___	___	No atractiva
Proporcionada	___	___	___	___	___	Desproporcionada
Firme	___	___	___	___	___	Flácida
Chica	___	___	___	___	___	Grande

Mis glúteos son:

	A	B	C	D	E	
Bonitos	___	___	___	___	___	Feos
Atléticos	___	___	___	___	___	Bofos
Bien formados	___	___	___	___	___	Mal formados
Atractivos	___	___	___	___	___	No atractivos
Proporcionados	___	___	___	___	___	Desproporcionados
Firmes	___	___	___	___	___	Flácidos
Chicos	___	___	___	___	___	Grandes

Mis piernas son:

	A	B	C	D	E	
Bonitas	___	___	___	___	___	Feas
Atléticas	___	___	___	___	___	Bofas
Bien formadas	___	___	___	___	___	Mal formadas
Atractivas	___	___	___	___	___	No atractivas
Proporcionadas	___	___	___	___	___	Desproporcionadas
Firmes	___	___	___	___	___	Flácidas
Chicas	___	___	___	___	___	Grandes

Sección B del cuestionario alimentación y salud (Gómez-Peres-mitré, 1997).

Ítems que estiman conducta alimentaria de riesgo, versión preadolescentes.

1. ¿Has hecho dieta para bajar de peso? (Dejar de comer ciertos alimentos).

Sí ()

No ()

2. ¿A qué edad hiciste tu primera dieta?

Sección K del cuestionario alimentación y salud, versión adolescentes (Gómez-Peresmitré, 1999).

Escala de la importancia de la figura corporal en la interacción social (Ítems 4, 5, 6, 7, 8).

Instrucciones. Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecha
- B) Satisfecha
- C) Indiferente
- D) Insatisfecha
- E) Muy insatisfecha

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por debajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura (apariencia) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

	Muy importante	Importante	Importancia regular	Poco importante	Muy poco importante
4. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

9. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|-------------------------------|---------------------|
| A) Obesa | Muy gorda |
| B) Con sobrepeso | Gorda |
| C) Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| D) Peso por abajo del normal | Delgada |
| Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

10. Llegar a estar gorda:

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

11. ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?

_____ años

12. Cómo me ven los demás:

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa

- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

13. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve:

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

14. Me gusta la forma de mi cuerpo:

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

Escala de Insatisfacción con Partes Corporales (IPC)
(Gómez-Peresmitré, 2001).

Está formada con 12 ítems que estiman satisfacción/insatisfacción con partes corporales (cara, tórax, espalda, etc.), con 5 opciones de respuesta que van desde muy grande (5), grande (4), tamaño adecuado (3), pequeño (2), muy pequeño (1). El coeficiente de consistencia interna de la escala total es de $\alpha = .81$. En todos los casos, mayores puntuaciones indican mayor presencia de la variable evaluada.

Instrucciones. Escribe una x en la opción que más se acerque a lo que piensas y sientas sobre tu cuerpo.

	MUY GRANDE	GRAN-DE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO (A)	MUY PEQUEÑO (A)
CARA					
CUERPO					
ESTATURA					
ESPALDA					
BRAZOS					
TÓRAX					
ESTÓMAGO					
CINTURA					
CADERA					
GLÚTEOS					
MUSLOS					
PIERNAS					
PANTORRI-LLAS					

Análisis de consistencia interna de la escala de satisfacción por partes corporales (hombres heterosexuales y homosexuales).

	N ítems	Alpha
General de la escala	12	.81
Factor 1: estómago, cintura, cadera	3	.87
Factor 2: espalda, brazo, tórax	3	.82
Factor 3: estatura, pompas, piernas, pantorrillas	4	.71

Factores de la escala de insatisfacción con partes corporales
(Gómez-Peresmitré, 2011).

Estructura factorial por orientación sexual

Hombres heterosexuales

Doce ítems. Porcentaje de varianza explicado=64.83. Alpha=.813.

Factor 1	
Tórax	.799
Espalda	.795
Brazos	.779
Cuerpo	.775
Estatura	.457
Eigen value= 4.1. Varianza= 24.7. Alpha=.795.	

Factor 2	
Cintura	.933
Cadera	.847
Estómago	.840
Eigen value 2.4. Varianza=22.1. Alpha= .887.	

Factor 3	
Pantorrillas	.805
Piernas	.763
Glúteos	.672
Cara	.458
Eigen value 1.3. Varianza 17.9. Alpha= .716.	

Hombres homosexuales

Once ítems. Porcentaje de varianza explicado=67.4. Alpha=.884.

Factor 1	
Cintura	.864
Cadera	.790
Cara	.490
Eigen value= 5.4. Varianza= 27.2. Alpha=.728.	

Factor 2	
Estómago	.748
Brazos	.661
Tórax	.618
Espalda	.610
Cuerpo	.586
Eigen value 1.5. Varianza=21.2. Alpha=.852.	

Factor 3	
Glúteos	.848
Piernas	.754
Pantorrillas	.698
Eigen value 1.1. Varianza 18.8. Alpha=.783.	

Escala de Actitudes hacia el Cuerpo Masculino (EACM) (Male Body Attitude Scale, MBAS).
(Tylka, Bergeron y Schwartz, 2005).

Esta escala contiene 24 reactivos divididos en 3 subescalas:

Subescala de muscularidad: 10 reactivos concernientes a la masa muscular. Esta subescala cuenta con un alfa de .90.

Subescala de grasa corporal: 8 reactivos concernientes a la grasa corporal. Esta subescala cuenta con un alfa de .93.

Subescala de altura: 2 reactivos concernientes a la altura. Esta subescala cuenta con un alfa de .88

La escala total cuenta con un alfa de .91

Veinticuatro ítems. Porcentaje de varianza explicada=58.43%.
Alpha=.88.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Creo que tengo muy poco músculo				
2. Considero que mi cuerpo debería tener menos grasa				
3. Me gustaría tener brazos más fuertes				
4. Estoy satisfecho con la definición muscular de mi abdomen*				
5. Creo que me falta músculo en mis piernas				
6. Mi tórax debería ser más amplio				
7. Creo que mis hombros son muy angostos				

8. Me preocupa que mi estómago esté muy flácido				
9. Mis brazos deberían ser más grandes (con más músculo)				
10. Me siento insatisfecho con mi cuerpo				
11. Pienso que mis pantorrillas deberían ser más grandes (con más músculo)				
12. Me gustaría ser más alto				
13. Creo que tengo mucha grasa en mi cuerpo				
14. Mi abdomen no está suficientemente plano				
15. Mi espalda debería ser más ancha y con más definición				
16. Mi pecho debería ser más grande y más definido				
17. Estoy satisfecho con la definición de mis brazos*				
18. Me siento satisfecho con el tamaño y forma de mi cuerpo*				
19. Estoy satisfecho con mi estatura*				
20. El comer dulce, pasteles u otros alimentos altos en calorías me hace sentir gordo				

21. Me he sentido excesivamente gordo				
22. Me he sentido avergonzado del tamaño y forma de mi cuerpo				
23. El reflejo de mi cuerpo (en un espejo o en el vidrio de una ventana) me ha hecho sentir mal por su tamaño y forma				
24. Me ha preocupado tanto el tamaño y forma de mi cuerpo que me ha hecho pensar en ponerme a dieta				

*= inversión de las puntuaciones.

Escala de Actitudes hacia el Cuerpo Masculino (EACM) (Male Body Attitude Scale, MBAS) (Tylka, Bergeron y Schwartz, 2005).

Estructura factorial y consistencia interna obtenidas en muestras de hombres mexicanos (homosexuales y heterosexuales) (Gómez-Peresmitré, 2011).

Factor 1	
Mi espalda debería ser más ancha y con más definición	.82
Mi pecho debería ser más grande y más definido	.78
Mi tórax debería ser más amplio	.75
Creo que mis hombros son muy angostos	.72
Mis brazos deberían ser más grandes	.65
Pienso que mis pantorrillas deberían ser más grandes	.63
Creo que me falta músculo en mis piernas	.63
Creo que tengo muy poco músculo	.56
Me gustaría tener brazos fuertes	.53
Valor eigen=5.2. Varianza=21.7. Alpha=.861.	

Factor 2	
Me he sentido avergonzado del tamaño y forma de mi cuerpo	.84
Me ha preocupado tanto el tamaño y forma de mi cuerpo que me ha hecho pensar en ponerme a dieta	.80
Me he sentido excesivamente gordo	.79
El reflejo de mi cuerpo (en un espejo) me ha hecho sentir mal por su tamaño y forma	.77
El comer dulce, pasteles u otros alimentos altos en calorías me hace sentir gordo	.76
Valor eigen=4.06. Varianza=16.9. Alpha= .863.	

Factor 3	
Me preocupa que mi estómago esté muy flácido	.75
Considero que mi cuerpo debería tener menos grasa	.74
Mi abdomen está muy abultado	.73
Creo que tengo mucha grasa en mi cuerpo	.72
Me siento insatisfecho con mi cuerpo	.51
Valor eigen=2.3. Varianza=9.6. Alpha=.864.	

Factor4	
Estoy satisfecho con la definición de mis brazos	.75
Me siento satisfecho con el tamaño y forma de mi cuerpo	.64
Estoy satisfecho con mi estatura	.58
Estoy satisfecho con la definición de mi abdomen	.51
Valor eigen=2.1. Varianza=8.8. Alpha= .618.	

Cuestionario sociodemográfico
(Gómez-Peresmitré, 2011).

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la juventud mexicana y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA POBLACIÓN.**

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás, la información que nos des es **CONFIDENCIAL.**

GRACIAS

Fecha de nacimiento: _____ . Sexo: Femenino ()

Masculino ()

Orientación sexual:

Heterosexual ()

Homosexual ()

Bisexual ()

Otra: _____ .

Peso: _____ kg

Estatura: _____ m

Estado civil:

Soltero (a)

Con pareja ()

Casado (a)

Otro (especifica): _____ .

1. ¿Estas estudiando? No () Sí ()

¿Qué estudias? _____ .

2. ¿Trabajas? No () Sí ()

3 ¿Cuál es tu ocupación?

a) Obrero (a)

b) Comerciante ()

- c) Empleado (a)
- d) Profesionista ()
- e) Otro. ¿Cuál? _____.

4. Actualmente vives:

- a) Solo (a)
- b) Familia ()
- c) Pareja ()
- d) Amigos (as)
- Otro (especifica) _____.

5. ¿Cuántos amigos cercanos tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellos para lo que sea):

- a) Ninguno ()
- b) Uno o dos ()
- c) Tres a cinco ()
- d) Más de cinco ()

6. ¿A cuántas personas conoces que sabes que te pueden ayudar en tiempos difíciles?

- a) Ninguna ()
- b) Una o dos ()
- c) Tres a cinco ()
- d) Más de cinco ()

7. ¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?

- a) No ()
- b) Sí ()

8. ¿Cómo son tus relaciones familiares (padres y/o madre y/o hermanos)?

- a) Muy malas ()

- b) Malas ()
- c) Regulares ()
- d) Buenas ()
- e) Muy buenas ()

9. ¿Haces ejercicio? No () Sí ()
¿Cuántas horas a la semana? _____.

10. ¿Practicas algún deporte? No () Sí ()
¿Cuál y cuantas horas a la semana? _____.

11. a) ¿Fumas? No () Sí ()
¿Cuántos cigarrillos al día? _____.

12. ¿Tomas? No () Sí ()
¿Cuántas veces a la semana? _____.

13. ¿Consumes drogas? No () Sí ()
¿Cuáles y cuantas veces a la semana? _____.

14 Menciona si consumes:

- Laxantes: No () Sí ()
¿Cuántas veces a la semana? _____.

- Diuréticos: No () Sí ()
¿Cuántas veces a la semana? _____.

- Inhibidores de hambre: No () Sí ()
¿Cuántas veces a la semana? _____.

- Complementos alimenticios: No () Sí ()
¿Cuántas veces a la semana? _____.

- Suplementos alimenticios: No () Sí ()
¿Cuántas veces a la semana? _____.

- Bebidas energéticas: No () Sí ()
¿Cuántas veces a la semana? _____.

15. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa? No () Sí ()

Cuestionario sociodemográfico (en línea)
(Gómez-Peresmitré, 2012).

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de los diferentes sectores de la población mexicana y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE SU CALIDAD DE VIDA**.

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras responder a esta encuesta y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como puedes ver, la información que nos des será **ANÓNIMA** y **CONFIDENCIAL**.

Sección sociodemográfica

1. Género: Masculino () Femenino ()

2. Fecha de nacimiento: _____

3. Lugar en donde vives

4. Orientación sexual:

Homosexual ()

Lésbica ()

Bisexual ()

Heterosexual ()

5. Estudios realizados:

Sin estudios ()

Primaria ()

Secundaria ()

Preparatoria ()

Carrera técnica ()

Licenciatura ()

Posgrado ()

6. Peso: _____ kg

6. Estatura: _____ m

7. Estado civil:

Soltero (a) ()

Unión Libre ()

Casado (a) ()

8. ¿Trabajas?

No ()

Sí ()

9. ¿Cuál es tu ocupación?

a) Sin empleo ()

b) Obrero(a) ()

c) Empleado (a) doméstica (o) ()

d) Empleado(a) oficina ()

e) Comerciante establecido ()

f) Vendedor ambulante ()

g) Profesionista ()

h) Empresario(a) ()

10. ¿A qué edad te diste cuenta de que tu orientación sexual era diferente de lo que esperaban los que te rodean?

a) A los 10 años o menos

b) 11 a 15 años

c) 16 a 20 años

d) 21 en adelante

e) No es el caso

11. En tu familia, además de ti, ¿quién o quiénes tienen la misma orientación sexual?

a) Mamá

b) Papá

- c) Hermanos
- d) Tíos
- e) Primos
- f) Abuelos
- g) No sé

12. ¿A qué clase social crees que perteneces?

- a) Alta
- b) Media
- c) Baja

13. Si se pudiera escoger la propia orientación sexual, ¿cuál hubieras escogido?

- a) Homosexual
- b) Heterosexual
- c) Bisexual
- d) Lésbica

14. ¿Le has dicho a los demás (padres, familiares, amigos) cuál es tu orientación sexual?

- No ()
- Sí ()

15. ¿A qué edad?

- a) Antes de los 10
- b) 11 a 15 años
- c) 16 a 20 años
- d) 21 en adelante
- e) No es el caso

16. Actualmente vives:

- a) Solo(a) ()
- b) Familia ()

- c) Pareja ()
- d) Amigos(as) ()

17. ¿Cuántos amigo(a)s cercano(a)s tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellos para lo que sea)?

- a) Ninguno ()
- b) Uno o dos ()
- c) Tres a cinco ()
- d) Más de cinco ()

18. ¿Cómo son tus relaciones familiares (padres y/o madre y/o hermanos)?

- a) Muy malas ()
- b) Malas ()
- c) Regulares ()
- d) Buenas ()
- e) Muy buenas ()

19. ¿Eres deportista?

- No ()
- Sí ()

20. Señala con una x si realizas alguna o algunas de las siguientes conductas:

	Sí	No
Fumas	()	()
Al día fumo	Menos de 5 cigarros 5 a 15 cigarros al día 16 a 24 cigarros al día Más de 24 cigarros	
¿Ingieres bebidas alcohólicas?	()	()
Días a la semana	1 2 3 4 5 6 7	
¿Consumes drogas?	()	()
¿Cuáles?	Anfetaminas Metanfetaminas Cocaína y crack Éxtasis GHB Heroína Inhalantes LSD Ketamina Marihuana Nicotina Alcohol Rohipnol	
¿Tomas laxantes?	()	()
¿Tomas diuréticos?	()	()
¿Tomas inhibidores de hambre?	()	()
¿Tomas anabólicos o esteroides?	()	()

21. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa? No () Sí ()

Inventario de depresión de Beck (BDI) (1988), validado en México por Jurado, Villegas, Méndez *et al.* (1998).

Este inventario mide la severidad de los síntomas de depresión. Se hace una suma del total de preguntas y ese total se localiza en una tabla de puntaje crudo de donde se obtienen los puntos de corte: normal de 0 a 9; leve de 10 a 18; moderada de 19 a 29, y grave de 30 a 63. Cuenta con una alfa de Cronbach=0.87, en población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Lope-rena y Varela, 1998).

Instrucciones. En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lee con atención cada uno. A continuación señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo te has sentido durante esta última semana, inclusive el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que consideres aplicable a tu caso, márcala también. Asegúrate de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste continuamente y no puedo evitarlo
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo

2)

- No estoy particularmente desanimado respecto al futuro
- Me siento desanimado respecto al futuro
- Siento que no tengo nada qué esperar del futuro
- Siento que el futuro es irremediable y las cosas no pueden mejorar

3)

- No me siento fracasado

- Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro hacia el pasado sólo veo fracaso tras fracaso
- Siento que como persona soy un fracaso completo

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes
- No disfruto las cosas tanto como antes
- Ya nada me satisface realmente
- Estoy aburrido e insatisfecho de todo

5)

- No siento ninguna culpa en particular
- Me siento culpable una gran parte del tiempo
- Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable todo el tiempo

6)

- No siento que esté siendo castigado
- Siento que podría ser castigado
- Espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado

7)

- No estoy decepcionado de mí mismo
- Estoy decepcionado de mí mismo
- Me avergüenzo de mí mismo
- Me detesto

8)

- No me considero peor que otros
- Me critico por mis debilidades o errores
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9)

- No tengo ningún pensamiento suicida
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo llevaría a cabo
- Desearía suicidarme
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10)

- No lloro más de lo usual
- Ahora lloro más que antes
- Ahora lloro todo el tiempo
- Antes podía llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

11)

- No estoy más irritable que antes
- Me enoja o irrito más fácilmente que antes
- Me siento irritado continuamente
- Ya no me irrito de las cosas por las cosas que solía hacerlo

12)

- No he perdido el interés en otras personas
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás
- He perdido todo interés en los demás

13)

- Tomo decisiones como siempre lo he hecho
- Evito tomar decisiones más que antes
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones
- Ya me es imposible tomar decisiones

14)

- No creo tener peor aspecto que antes

- Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- Creo que tengo un aspecto horrible

15)

- Trabajo igual que antes
- Requiero mayor esfuerzo para iniciar algo
- Tengo que hacer más esfuerzo para hacer algo
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo

16)

- Duermo tan bien como antes
- No duermo tan bien como antes
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

17)

- No me siento más cansado de lo habitual
- Me canso más fácilmente que antes
- Me canso al hacer cualquier cosa
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa

18)

- Mi apetito no ha disminuido
- No tengo tan buen apetito como antes
- Mi apetito está muy mal ahora
- He perdido completamente el apetito

19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada

- He perdido más de 2 kg
- He perdido más de 4 kg
- He perdido más de 6 kg
- Estoy a dieta para adelgazar

20)

- No estoy más preocupado por mi salud que antes
- Estoy preocupado por mis problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en algo más

21)

- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
- He perdido por completo mi interés por el sexo

Listado de los síntomas de la escala de ansiedad de Beck (BAI, 1988).

Está formado con los 21 síntomas de la escala de ansiedad de Beck con 4 opciones de respuesta que se puntúan de 0 a 4 y un rango de puntuación entre 0 y 84. Estima el grado de malestar que ha sufrido el paciente “durante la última semana y el momento actual a causa de los síntomas”. El valor de alpha fue de 0.93. En todos los casos, mayores puntuaciones indican mayor presencia de la variable evaluada.

Instrucciones. En esta sección hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada una de los ítems atentamente e indica cuánto te ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

	Nada	Leve- mente	Modera- damente	Intensa- mente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				

14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

Escala de estrés alimentario
(Gómez-Peresmitré, 1998).

Instrucciones. En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados períodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde si en los últimos quince días los has tenido, de acuerdo con la siguiente clave:

A Nunca	B A veces	C Frecuente- mente	D Muy frecuente- mente	E Siempre
------------	--------------	--------------------------	------------------------------	--------------

En los últimos quince días :	Nunca	A veces	Frec.	Muy Frec.	Siempre
1. Tuviste problemas para dormir	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Ayunaste para bajar de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Hiciste dieta para controlar tu peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Te sentiste físicamente mal	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Te sentiste con apetito voraz	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Tuviste problemas digestivos (acidez, inflamación, eructos, etc.)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Tuviste problemas de concentración	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Te pusiste a dieta de líquidos	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

10. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Hiciste ejercicio en exceso (diez o más horas/semana) para reducir tu peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Sufriste de dolor de cabeza	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Tuviste dificultad para iniciar el sueño	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Sentiste temor a subir de peso					
15. Tuviste problemas con tu respiración	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Te sentiste sin hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Te sentiste preocupado por tu salud	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Te sentiste triste, deprimido	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Te sentiste preocupado por tu peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Te sentiste tenso con molestias de cuello y/o espalda	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Te provocaste vómito porque comías de más	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sentiste que sudabas en exceso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

Factores de la escala de estrés alimentario
(Gómez-Peresmitré, 2012).

La escala cuenta con 17 ítems en su versión para hombres y tiene un alpha general de .79.

Factor 1	
Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso	.76
Hiciste dieta para controlar tu peso	.75
Ayunaste para bajar de peso	.67
Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras).	.60
Hiciste ejercicio en exceso (diez o más horas/semana) para reducir tu peso	.55
Te pusiste a dieta de líquidos	.45

Eigenvalue=5.42. Varianza explicada=12.77%. Alpha=.73.

Factor 2	
Te pusiste a dieta de líquidos	.69
Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras).	.69
Ayunaste para bajar de peso	.67
Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso	.63
Hiciste dieta para controlar tu peso	.55

Eigen value =2.65. Varianza explicada=9.89%. Alpha=.74.

Factor 3	
Te sentiste preocupado por tu peso	.75
Sentiste temor a subir de peso	.68
Hiciste ejercicio en exceso (diez o más horas/semana) para reducir tu peso	.59

Eigen value=1.28. Varianza explicada= 8.91%. Alpha=.64.

Factor 4	
Tuviste problemas para dormir	.81
Tuviste dificultad para iniciar el sueño	.79
Te sentiste tenso con molestias de cuello y/o espalda	.52

Eigen value=1.218. Varianza explicada = 8.579%. Alpha=.68.

Escala de autoatribución (Gómez-Peresmitré, 1999).

Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una x lo que creas tener de cada uno de ellos. Recuerda: cada escala va de 1 (nada) hasta el 5 (demasiado). La puntuación se invierte en los adjetivos negativos. En todos los casos, mayores puntuaciones indican mayor presencia de la variable evaluada.

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMA- SIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sano	1	2	3	4	5
Flojo	1	2	3	4	5
Atractivo	1	2	3	4	5
Estudioso	1	2	3	4	5
Mentiroso	1	2	3	4	5
Trabajador	1	2	3	4	5
Bueno	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativo	1	2	3	4	5
Cariñoso	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresivo	1	2	3	4	5
Cumplido	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquilo	1	2	3	4	5
Tímido	1	2	3	4	5
Enojón	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativo	1	2	3	4	5
Tramposo	1	2	3	4	5

Limpio	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lento	1	2	3	4	5
Solitario	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensivo	1	2	3	4	5
Ágil					
Optimista					
Falso	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansioso	1	2	3	4	5
Desconfiado	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Inseguro	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

Imagen corporal y orientación sexual - Gilda Gómez-Perezmitré

PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

CAPÍTULO 1

¿Los trastornos de la conducta alimentaria tienen género?

Figura 1. Distribución porcentual de la variable dieta restringida. Sexo femenino	27
Figura 2. Distribución porcentual de la variable dieta restringida. Sexo masculino	28
Figura 3. Distribución porcentual de la variable insatisfacción con la imagen corporal. Sexo femenino	28
Figura 4. Distribución porcentual de la variable insatisfacción con la imagen corporal. Sexo masculino	29
Figura 5. Distribución porcentual de la variable actitud hacia la obesidad. Muestra de prepúberes.....	30

CAPÍTULO 2

Socialización de género y modelos masculinos

CAPÍTULO 3

Investigación relacionada con la primera tendencia en preadolescentes, adolescentes y jóvenes

3. 1. Imagen corporal, seguimiento de dieta restringida e IMC en niños de primaria	
Tabla 1. Distribución porcentual de la variable insatisfacción/satisfacción con la IC.....	59
Tabla 2. Modelo de regresión lineal para la variable IMC-P	60
Tabla 3. Coeficientes beta estandarizados	61
3. 2. Obesidad masculina. Autoeficacia percibida para control de peso en preadolescentes y adolescentes	
Tabla 4. Distribución porcentual de autoeficacia para control de peso en hombres con obesidad	86

3. 3. Imagen corporal en una muestra de hombres adolescentes	
Figura 6. Distribución de las variables IMC y autopercepción del peso corporal (muestra total).....	99
Tabla 5. Distribución en porcentajes de las variables satisfacción/insatisfacción y alteración de la imagen corporal por muestra total, medias y desviación ideal.....	100
3. 4. Modelos estructurales. Factores protectores y de riesgo en trastornos alimentarios en una muestra de hombres deportistas de alto rendimiento	
Figura 7. Modelo Deportistas (MD)	113
Figura 8. Modelo No Deportistas (MND)	114
3. 5. Modelos estructurales. Papel del afecto negativo como factor de riesgo en el desarrollo de conductas bulímicas en hombres	
Figura 9. Modelo del Camino Doble (MCD)	127
Figura 10. Modelo del Afecto Negativo Reforzado (MANR)	128
Tabla 6. Correlaciones cuadradas múltiples.....	128
Tabla 7. Correlaciones cuadradas múltiples.....	128
3. 6. Imagen corporal, IMC y atractivo físico en hombres adolescentes de la frontera noroeste mexicana	
Figura 11. Distribución porcentual de la variable IMC.....	142
Figura 12. Distribución porcentual de la variable figura ideal	142
Figura 13. Medias de IMC, figura actual y figura ideal para los participantes de la muestra.....	143
Figura 14. Medias de insatisfacción para los participantes de la muestra	144
Figura 15. Medias de alteración para los participantes de la muestra	145
Figura 16. Medias de autoestima (autoatribución) para los participantes de la muestra	145
Figura 17. Percepción de atractivo físico por autopercepción para los participantes de la muestra	146

CAPÍTULO 4

Investigación relacionada con la segunda tendencia actitudinal hacia un modelo masculino ideal

4. 1. Imagen corporal y trastornos alimentarios en una muestra de hombres homosexuales	
Figura 18. Distribución porcentual de la variable insatisfacción corporal.....	169
Figura 19. Porcentajes de los niveles de estrés.....	170
Tabla 8. Comparación de grupos con imagen corporal positiva/negativa (M, DE, t, p) en relación con actitud hacia el cuerpo masculino, conducta alimentaria de riesgo y afecto negativo (estrés y depresión).....	172
4.2. Estudio comparativo. Imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en hombres homosexuales y heterosexuales. Primer estudio	
Figura 20. Escala visual de siluetas para la estimación de variables relacionadas con imagen corporal masculina.....	193
Tabla 9. Medias, desviaciones estándar y pruebas t de los factores de partes corporales por orientación sexual	194
Tabla 10. Medias, desviaciones estándar y pruebas t de las subescalas de la escala de actitud hacia el cuerpo masculino por orientación sexual.....	195
Tabla 11. Medias, desviaciones estándar y prueba t de las variables relacionadas con afecto negativo por orientación sexual	195
Tabla 12. Medias, desviaciones estándar y prueba t de los factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria por orientación sexual.....	196
Figura 21. Factores de riesgo por orientación sexual	197
4. 3. Insatisfacción con imagen y partes corporales y actitud hacia el cuerpo masculino en hombres homosexuales y heterosexuales. Segundo estudio	
Tabla 13a. Heterosexuales. Factores de la Escala de Insatisfacción con Partes Corporales (EIPC).....	210

Tabla 13b. Homosexuales. Factores de la Escala de Insatisfacción con Partes Corporales (EIPC).....	211
Tabla 14a. Heterosexuales. Factores de la Escala Actitud hacia el Cuerpo Masculino (EACM)	212
Tabla 14b. Homosexuales. Factores de la Escala Actitud hacia el Cuerpo Masculino (EACM).....	214
Tabla. 15. Medias, desviaciones estándar y pruebas t entre los factores de la escala de actitud hacia el cuerpo masculino por orientación sexual.....	217
4. 4. Insatisfacción con imagen y partes corporales y actitud hacia el cuerpo masculino en hombres homosexuales y heterosexuales. Tercer estudio (estudio en línea)	
Figura 22. Distribución de la variable lugar de residencia por orientación sexual	227
Figura 23. Distribución porcentual de la variable figura ideal por orientación sexual corporal.....	229
Figura 24. Escala visual de siluetas para la estimación de variables relacionadas con imagen corporal masculina.....	230
Figura 25. Distribución porcentual de la variable satisfacción/insatisfacción corporal	231
Tabla 16. Distribución porcentual IMC. Categorías OMS (2000) por grupo.....	231

Semblanza de los profesores e investigadores participantes

Dra. Rebeca Guzmán Saldaña

Doctora en Psicología de la Salud por la UNAM. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) Nivel 1. Profesora Titular "A" T. C. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo donde es Coordinadora de Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud. La línea de investigación tiene como objetivo principal estudiar los Factores psicosociales relacionados con conductas alimentarias. Es autora de diversos capítulos en libros y artículos científicos. Ha sido conferencista en diversas ocasiones y presentado reportes de investigación en Congresos Nacionales e Internacionales.

Dr. Rodrigo León Hernández

Licenciado y Doctor en Psicología de la Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es profesor de la Licenciatura en la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE, Universidad Justo Sierra y de la Maestría en Psicología Clínica en la Universidad del Valle de México y Universidad Anáhuac. Es Director del Centro Alianza para trastornos de alimentación y salud.(Capta-s).Es autor de diversos artículos científicos y conferencista.

Dr. José Salinas Polanco

Licenciado en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Es Doctor en Psicología de la Salud por la Facultad de Psicología, UNAM. Profesor de asignatura en la Universidad La Salle y especialista en conductas alimentarias de riesgo en deportistas de alto rendimiento.

Dra. Gilda Gómez-Peresmitré

Cursó sus estudios de Licenciatura, y de dos Doctorados en la UNAM. Sus estudios de Maestría en la Universidad de Austin, Texas y de Especialización en la Universidad de Jerusalem, Israel. Es investigadora y profesora Titular "C" T. C., PRIDE "D" de la División de Posgrado de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México Fue distinguida con el "Premio Mexicano de Psicología 2007" y es Investigadora Nacional

(SNI 2). Se le considera pionera en la investigación en Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria en México. Sus estudios han proporcionado evidencia de la necesidad de incidir a nivel preventivo debido a la alta prevalencia de factores de riesgo en nuestra población; también es precursora del estudio de los trastornos alimentarios en hombres y orientación sexual. En diversas ocasiones ha sido invitada a formar parte de jurados como comité evaluador de los Programas de Apoyo para la investigación: PAPIIT, PAPIME de la UNAM, así como del CONACyT. Forma parte del patrón de tutores de excelencia en el Programa de Maestría y Doctorado de la Facultad de Psicología de la UNAM. Como docente ha impartido diversas clases y seminarios y ha dirigido numerosas tesis de Licenciatura, Maestría y Doctorado. En cuanto a su producción como investigadora tiene múltiples trabajos publicados en revistas a nivel Nacional e Internacional, así como libros, capítulos y coautorías. Ha participado de igual manera en diversos Congresos Internacionales y Nacionales y ha sido responsable de diversos Proyectos financiados por PAPIIT, IXTLI Y CONACyT.

Dra. Gisela Pineda García

Licenciada en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, y Doctora en Psicología de la Salud por la Facultad de Psicología, UNAM. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) Nivel 1. Profesora Titular “A” T. C. de la Universidad Autónoma de Baja California, cuenta con el Perfil PROMEP a partir de 2008 y es titular del Cuerpo de Evaluación y Relaciones Escolares. Es autora de diversos capítulos en libros y artículos científicos y conferencista en diversos Congresos Nacionales e Internacionales.

Dra. Silvia Platas Acevedo

Licenciada y Doctora en Psicología de la Salud por la Facultad de Psicología, UNAM. Ha trabajado en la línea de investigación “Factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal” desde hace 15 años. Técnico Académico de la Facultad de Psicología de la UNAM. Es autora de artículos científicos y capítulos en libros además de ser conferencista y expo-

sitora de reportes de investigación en diversos Congresos a nivel Nacional.

Lic. Liliana Oviedo Camacho

Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM. Es psicóloga independiente y directora de CEDES A. C.

Lic. Roberto Lazo Ocampo

Licenciado en Psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM. Su tesis de licenciatura en psicología aborda el tema de conductas alimentarias de riesgo en homosexuales.

*Imagen corporal y orientación
sexual.*

*Deseo de un modelo corporal
masculino ideal*

se terminó de imprimir en el mes de junio de 2014.

El tiraje consta de 100 ejemplares.

El libro que se presenta aborda el tema de los factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria en el caso de los hombres, una población hasta ahora poco estudiada. Señala, como una de las múltiples y posibles causas de que los hombres sufran cada vez más de esta problemática, el hecho de que ellos se han convertido también, al igual que las mujeres, en objetos de consumo.

Los resultados encontrados en la investigación indican que la naturaleza del proceso global de socialización, desde los puntos de vista biológico, social y cultural, definen lo que deben ser los hombres y las mujeres, así como las formas en las que deben diferir. Entre otros aspectos, muestra que los factores de riesgo en trastornos alimentarios difieren por género plenamente, a partir de la adolescencia.

Dra. Lucy M. Reidl Martínez
Facultad de Psicología, UNAM

ISBN: 978-607-96354-9-7



FÉNIX

The logo features a stylized, golden phoenix rising from flames above the word "FÉNIX" in a serif font. The word "FÉNIX" is written in a large, blue, serif font.