

Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujeres estudiantes

Symptomatology of eating disorders: comparison between male and female students

Georgina Álvarez Rayón¹, Karina Franco Paredes¹, Rosalía Vázquez Arévalo¹, Alma Rosa Escarria Rodríguez², Mónica Haro Harb² y Juan Manuel Mancilla Díaz¹

RESUMEN

En México, la investigación sobre trastornos alimentarios se ha realizado predominantemente usando muestras de mujeres, mientras que el estudio de la imagen corporal y la dieta restrictiva se ha enfocado básicamente a los varones. Por tanto, el objetivo de presente investigación fue explorar las diferencias entre varones y mujeres estudiantes en cuanto a la presencia de dicha sintomatología, así como de algunos factores cognitivos-conductuales que suelen considerarse factores de riesgo. Participaron 339 estudiantes que respondieron diversos instrumentos. Casi la tercera parte de la muestra exhibió sintomatología de trastorno alimentario, siendo mayor en las mujeres que en los varones. Entre estos últimos destacó la de bulimia y en las mujeres una sintomatología mixta. Los resultados de este estudio brindan sustento a la hipótesis de que en el género femenino los síntomas de trastorno alimentario parecen asociarse más con la estética corporal, mientras que en los varones se asocian principalmente con problemas de tipo emocional, donde específicamente la ineffectividad, el miedo a madurar y la desconfianza interpersonal podrían estar actuando como variables mediadoras.

Palabras clave: Trastornos alimentarios; Comparación hombre-mujer; Factores de riesgo.

ABSTRACT

In Mexico, the research in eating disorders has been mainly realized by using female samples, whereas the study of body image and restrictive diet has been basically focused on men. Therefore, the objective of the present investigation was to explore the differences between male and female students in terms of the presence of symptomatology of said disorders, as well as of some cognitive-behavioral factors that usually are considered as risk factors. 339 students participated and answered diverse instruments. The results showed that the bulimic symptomatology was more common among males, whereas a mixed symptomatology was more frequent among females. The results of this study offer support to the hypothesis that in women the symptoms of eating disorders are associated more to the aesthetics of the body, whereas in men the symptoms are mainly related to emotional problems, in which uneffectiveness, fear to mature, and interpersonal distrust could be acting as mediating variables of said disorders.

Key words: Eating disorders; Men-women comparisons; Risk factors.

¹ FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, División de Investigación y Posgrado, Proyecto de Investigación en Nutrición (PAPIIT-IN301901). Av. de Los Barrios s/n, 54090 Los Reyes Iztacala, Tlalneptla, Edo. de México, México, tels. 5556-231113 a 15, exts. 210 y 209, fax 5553-907604. Correo electrónico: alvarezr@servidor.unam.mx. Artículo recibido el 15 de julio y aceptado el 12 de septiembre de 2003.

² Maestría en Salud Pública con Especialidad en Nutrición Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110 y Salvatierra, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., tel. 8833-483866.

Hay actualmente pocos estudios epidemiológicos que indiquen la prevalencia o incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre los varones (Garfinkel, Lin, Goering y cols., 1995; Hoek, van Harten, van Hoeken y Susser, 1998; Olivardia, Pope, Mangweth y Hudson, 1995), pero los resultados parecen apoyar la proporción de un hombre por cada diez mujeres; sin embargo, se sugiere tomar con reservas esta estimación por las razones siguientes. Primero, porque si bien existen criterios internacionales que norman la formulación del diagnóstico de un trastorno alimentario (American Psychiatric Association, 2000), ya sea éste específico (TAE) —llámese anorexia nerviosa o bulimia nerviosa— o no específico (TANE) o síndrome parcial, dichos criterios se han estructurado y actualizado con base en una mayor comprensión del fenómeno en las mujeres, por lo que existen problemas en su adecuación al caso de los varones; por ejemplo, el criterio de amenorrea para la anorexia nerviosa es sustituido por la disminución del apetito sexual en los hombres, lo cual parece poco equivalente y sin duda dificulta su valoración. Segundo, y como consecuencia de lo anterior, se prevé que la presencia de trastornos alimentarios entre los hombres pueda haber sido subestimada (Andersen, 1996; De la Serna, 2001). Tercero, en la literatura, pese a lo antes señalado, se alerta respecto a un significativo incremento en la ocurrencia de trastornos alimentarios entre los hombres (Braun, Sunday, Huang y Halmi, 1999; Clarkson y Riedl, 1997), por lo que se espera que la proporción estimada entre hombres y mujeres se modifique en los próximos años.

No obstante, en el ámbito internacional se ha constatado que algunos de los síntomas asociados a los trastornos alimentarios en las mujeres también parecen estar presentes entre los varones de muestras comunitarias, a saber:

Dieta restrictiva. Una evaluación de los hábitos alimentarios de jóvenes españoles hecha entre 1983 y 1993 señaló que el consumo calórico por persona se redujo de 2117 kilocalorías/día a 1951; específicamente, los varones disminuyeron su ingestión calórica en un 6%, mientras que las mujeres lo hicieron en un 9%; así, la proporción de la práctica de dieta restrictiva reportada en di-

chos sujetos es de un varón por cada seis mujeres (Sánchez-Carracedo, 1994), en tanto que entre los noruegos es de un hombre por cada tres mujeres (cfr. Andersen, 1996).

Provocación del vómito. Story y Hauck, en 1994 (cfr. Andersen, 1996), indicaron que entre los adolescentes estadounidenses nativos de Alaska 27% de las mujeres y 12% de los varones se provocaban el vómito con la finalidad de perder peso corporal.

Insatisfacción corporal. Schulenberg, Maggs y Hurrelmann (1997) han reportado que 50% de las mujeres y 33% de los hombres adolescentes británicos están insatisfechos con su peso corporal, lo cual coincide con un estudio transcultural realizado entre Argentina y España, a partir del cual se evidencia que un considerable número de hombres en ambos países mostraban insatisfacción corporal y motivación para adelgazar excesivas (Casullo, González y Sifre, 2000), aunque también hay indicadores de diferencias de acuerdo al sexo: desde cuestiones culturales (los varones adolescentes experimentan mayor presión social hacia el ejercicio físico intenso [Lewinsohn, Seely, Moerk y Striegel-Moore, 2002; Pope, Phillips y Olivardia, 2000; Toro, 1996]) y mayor permisividad en cuanto a la evitación del sobrepeso o respecto de la connotación negativa de la sobreingestión de alimentos (Andersen, 1996; Furnham, Badmin y Sneade, 2002), hasta la etiología de la psicopatología alimentaria (la mayoría de los varones anoréxicos eran obesos antes de iniciar el trastorno, mientras que sólo lo fue una minoría de las mujeres anoréxicas [Andersen, 1992]), e incluso divergencias en la sintomatología, pues los varones, más que desear la delgadez, parecen no querer ser obesos (Cole, Smith, Halford y Wagsstaff, 2003; Furnham y Nordling, 1998), por lo que quizá suelen practicar ejercicio excesivo en mayor proporción que las mujeres.

En el caso de México, una gran parte de los estudios en el campo de los trastornos alimentarios ha utilizado a la población femenina, siendo escasos los que han incluido a los varones, y además han estado enfocados principalmente a la valoración en niños y adolescentes de dos de los componentes de trastorno alimentario: la imagen corporal y la dieta restrictiva (Gómez,

Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001; Gómez y Ávila, 1998; Gómez, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000; Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez y Mancilla, 2002), y que, en términos generales, han coincidido en que si bien en los varones dichos síntomas están presentes, es en menor magnitud que en las mujeres. Además, es importante destacar que en la investigación realizada se han considerado exclusivamente muestras de la ciudad de México.

Por tanto, el objetivo de presente investigación fue explorar las diferencias entre hombres y mujeres, estudiantes residentes en la ciudad de Monterrey (México), en cuanto a la presencia de sintomatología de los trastornos alimentarios, así como de algunos aspectos cognitivo-conductuales que suelen considerarse en la literatura internacional como factores de riesgo.

MÉTODO

Sujetos

Se utilizó una muestra no probabilística conformada por 339 estudiantes de nivel socioeconómico medio-alto o alto, y con un rango de edad de entre 16 y 26 años (media = 19.6, D.E. = 1.5), de los cuales 222 fueron mujeres (media = 19.7, D.E. = 1.7) y 117 varones (media = 19.5, D.E. = 1.7).

Instrumentos

Al efecto, se emplearon los siguientes instrumentos:

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), un cuestionario diseñado por Garner y Garfinkel (1979) para detectar síntomas de trastorno alimentario, específicamente de la anorexia nerviosa. De su validación en México se deriva un punto de corte ≥ 28 (Álvarez, Mancilla, Vázquez y cols., en prensa) y una estructura de siete factores (Álvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez, 2002): 1) Motivación para adelgazar; 2) Dieta restrictiva; 3) Preocupación por la comida; 4) Presión social percibida; 5) Obsesiones y compulsiones; 6) Patrones alimentarios estereotipados, y 7) Conductas compensatorias. Sin embargo, en la presente investigación sólo se retomaron los primeros seis factores,

en cuanto que el último, las conductas compensatorias, se evaluaron con el factor homónimo del BULIT.

Test de Bulimia (BULIT), que fue elaborado por Smith y Thelen (1984) con el propósito de detectar los síntomas de la bulimia nerviosa. Para el caso de México, se propone el punto de corte de ≥ 85 (Álvarez, 2000) y se extraen tres factores: 1) Sobreingesta, 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y 3) Conductas compensatorias (Álvarez, Mancilla y Vázquez, 2000).

Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), diseñado por Garner, Olmstead y Polivy (1983) para evaluar factores cognitivo-conductuales asociados a los trastornos alimentarios. Consta de 64 reactivos agrupados en ocho factores: 1) Miedo a madurar; 2) Insatisfacción corporal; 3) Bulimia; 4) Motivación para adelgazar; 5) Identificación de la interocepción; 6) Inefectividad; 7) Perfeccionismo, y 8) Desconfianza interpersonal, estructura factorial que se corroboró en la población mexicana (Álvarez, Franco, Mancilla, Álvarez y López, 2000). No obstante, en el presente estudio se omitieron los factores 3 y 4 en razón de que el primero se evaluaría con base en las tres escalas del BULIT y el segundo con el factor homónimo del EAT.

Cabe señalar que los tres instrumentos antes señalados fueron previamente adaptados para aplicarse a varones.

Procedimiento

Los tres instrumentos de evaluación se aplicaron de forma grupal —de 10 a 15 participantes— dentro de los dormitorios de la institución educativa en la que se encontraban como residentes. La aplicación en todos los casos se realizó en el mismo orden a lo largo de dos sesiones: el EAT y el BULIT en la primera sesión, y el EDI en la segunda.

RESULTADOS

Inicialmente se aplicó un análisis de correlación (r de Pearson) entre los factores cognitivos que evalúa el EDI con las puntuaciones totales en el EAT y el BULIT, así como con sus respectivos factores, de forma diferencial entre hombres y mujeres

(en la Tabla 1 se expresan aquellos coeficientes $r \geq 0.35$ y $p \leq 0.0001$). Cabe indicar que todas las correlaciones obtenidas lo fueron en dirección positiva.

Tanto en los varones como en las mujeres, el factor *Insatisfacción corporal* (IC) correlacionó con el EAT en cuanto a su factor *Preocupación por la comida* (PC), pero sólo en el caso de las mujeres con su puntuación total y sus factores *Motivación para adelgazar* (MA) y *Obsesiones y compulsiones* (OC). A su vez, la *Identificación interoceptiva* (II) en ambos correlacionó significativamente con el total del EAT y sus factores MA y PC, y únicamente en los hombres se asoció además con la *Presión social percibida* (PSP). El factor *Inefectividad* (IN), tanto en varones como en mujeres, únicamente correlacionó con PC, aunque en el caso de los varones también lo hizo con el total del EAT y sus factores MA, PSP y *Patrones alimentarios*

estereotipados (PAE). Finalmente, *Miedo a madurar* (MM) se correlacionó con el total del EAT y su factor MA, pero esto sólo en los varones.

Por otro lado, se observa que los factores IC, II, IN —en hombres y en mujeres— y MM —únicamente en los varones— se asociaron significativamente con el total del BULIT y su factor *Sobreingesta* (SOB). Asimismo, los factores IC e II correlacionaron en ambos géneros con el factor *Sentimientos negativos* (SNS), y en estos IN se asoció únicamente con *Conductas compensatorias* (CC) y SNS del BULIT, aunque este último sólo ocurrió en los hombres. Cabe indicar que dos de los factores que evalúa el EDI (Desconfianza interpersonal y Perfeccionismo) no mostraron ninguna asociación significativa con el BULIT o el EAT; y de este último, su factor *Dieta restrictiva* (D) tampoco mostró ninguna asociación significativa con el EDI.

Tabla 1. Correlación (r de Pearson) de los cuestionarios EAT y BULIT con los factores del EDI (Inventario de Trastornos Alimentarios) para hombres (n = 117) y mujeres (n = 222).

	EDI	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS						TEST DE BULIMIA			
		MA	PC	PSP	PAE	OC	Total	SOB	SNS	CC	Total
HOMBRES	MM	0.37	—	—	—	—	0.38	0.38	—	—	0.39
	IC	—	0.35	—	—	—	—	0.41	0.44	—	0.47
	II	0.48	0.42	0.36	—	—	0.52	0.35	0.37	—	0.42
	IN	0.43	0.56	0.35	0.45	—	0.62	0.45	0.40	0.48	0.54
MUJERES	IC	0.41	0.44	—	—	0.36	0.37	0.42	0.47	—	0.55
	II	0.39	0.56	—	—	—	0.50	0.40	0.44	—	0.49
	IN	—	0.46	—	—	—	—	0.35	—	0.39	0.45

EAT		EDI		BULIT	
MA	Motivación para adelgazar	MM	Miedo a madurar	SOB	Sobreingesta
PC	Preocupación por la comida	IC	Insatisfacción corporal	SNS	Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta
PSP	Presión social percibida	II	Identificación interoceptiva	CC	Conductas compensatorias
PAE	Patrones alimentarios estereotipados	IN	Inefectividad		
OC	Obsesiones y compulsiones				

Posteriormente, considerando los puntos de corte para el EAT (≥ 28) y el BULIT (≥ 85), 31.6% de la muestra (n = 107) exhibió sintomatología de trastorno alimentario; específicamente, el 12.7% correspondió a varones (n = 43) y el 18.9% a mujeres (n = 64). La sintomatología de bulimia fue más

frecuente entre hombres (9.7%, n = 33) que en mujeres (n = 21, 6.2%), mientras que en éstas destacó la sintomatología mixta (8.8%, n = 30), es decir, que rebasaron ambos puntos de corte, contra sólo 2.6% (n = 9) de varones. Cabe señalar que la sintomatología anoréxica fue la menos frecuente

en mujeres ($n = 13$, 3.8%) y en hombres, en quienes sólo se detectó un caso (0.3%).

Se procedió a comparar a los dos grupos con sintomatología —varones y mujeres— con sus correspondientes grupos control, los que se eligieron aleatoriamente de entre los casos que no rebasaron los puntos de corte del EAT o BULIT.

En cuanto al EAT y sus factores, se hallaron diferencias significativas entre los grupos (Tabla 2); específicamente, se observa que ambos grupos con sintomatología tuvieron una puntuación promedio significativamente mayor que los dos grupos control en cuanto a la puntuación total y sus

factores PC, OC, y PAE, los que además —con excepción de este último— fueron significativamente más frecuentes en el grupo femenino con sintomatología que en el masculino. Por otro lado, MA también fue más frecuente en los dos grupos con sintomatología que en el grupo control masculino, pero sobre todo en el grupo femenino con sintomatología. Contrariamente, D fue mayor en el grupo femenino con sintomatología que en los otros tres grupos. Finalmente, PSP fue significativamente mayor en el grupo masculino con sintomatología que en su contraparte control.

Tabla 2. ANOVA (promedio \pm error estándar) entre los grupos con sintomatología y los control en EAT. (MA = Motivación para adelgazar, D = Dieta restrictiva, PC = Preocupación por la comida, PSP = Presión social percibida, OC = Obsesiones y compulsiones y PAE = Patrones alimentarios estereotipados).

SEXO	GRUPOS	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT)						
		MA	D	PC	PSP	OC	PAE	TOTAL
Masculino	1. Sintomat. (n = 43)	3.39 \pm 0.46	1.09 \pm 0.23	2.12 \pm 0.41	1.21 \pm 0.26	2.53 \pm 0.23	2.14 \pm 0.28	21.14 \pm 2.16
	2. Control (n = 50)	1.30 \pm 0.28	0.42 \pm 0.14	0.14 \pm 0.08	0.30 \pm 0.10	2.84 \pm 0.16	1.10 \pm 0.25	10.88 \pm 0.70
Femenino	3. Sintomat. (n = 64)	8.75 \pm 0.52	2.09 \pm 0.29	3.53 \pm 0.35	0.95 \pm 0.23	3.61 \pm 0.25	2.33 \pm 0.32	31.98 \pm 1.65
	4. Control (n = 70)	2.54 \pm 0.35	0.63 \pm 0.13	0.29 \pm 0.09	0.49 \pm 0.15	1.99 \pm 0.15	1.31 \pm 0.18	13.06 \pm 0.76
	Valor F	64.36 $p \leq .0001$	13.48 $p \leq .0001$	41.40 $p \leq .0001$	4.18 $p \leq .01$	12.51 $p \leq .0001$	5.40 $p \leq .001$	53.21 $p \leq .0001$
	Sheffé	3-1 vs 2 3 vs 4-1	3 vs 2-4-1	3-1 vs 2-4 3 vs 1	1 vs 2	3-2 vs 4 3 vs 1	3-1 vs 2-4	3-1 vs 2-4 3 vs 1

Por otro lado, en lo que respecta al BULIT, también se encontraron diferencias significativas al comparar los cuatro grupos (Tabla 3). En cuanto a la puntuación total, CC y SOB, fueron significativamente mayores las de ambos grupos con sintomatología, y especialmente en el caso del masculino, en tanto que SNS estuvo significativamente más presente en los dos grupos con sintomatología y en el femenino control, aunque destacó en el femenino con sintomatología.

Finalmente, en el caso del EDI y sus factores, se observó que el grupo de mujeres con sintomatología mostró IC significativamente mayor que los otros grupos (Tabla 4); sin embargo, en los

hombres con sintomatología y las mujeres control fue mayor que en el grupo control de varones. Por el contrario, se apreció que los hombres con sintomatología exhibieron significativamente mayor MM que los otros tres grupos, aunque las mujeres con sintomatología lo manifestaron en mayor medida que su contraparte control. El déficit en II e IN fue significativamente mayor en los dos grupos con sintomatología. Paralelamente, estos presentaron mayor DI, pero ello sólo con respecto al grupo control femenino. Por último, cabe señalar que en el factor P no se detectaron diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 3. ANOVA (promedio \pm error estándar) entre los grupos con sintomatología y los control en BULIT. (SOB = Sobreingesta, SNS = Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y CC = Conductas compensatorias).

SEXO	GRUPOS	TEST DE BULIMIA (BULIT)			
		SOB	SNS	CC	TOTAL
Masculino	1. Sintomat. (n = 43)	34.37 \pm 0.85	21.02 \pm 0.56	8.35 \pm 0.35	97.26 \pm 1.40
	2. Control (n = 50)	19.90 \pm 0.90	11.74 \pm 0.41	3.86 \pm 0.19	60.34 \pm 1.41
Femenino	3. Sintomat. (n = 64)	30.47 \pm 1.10	23.64 \pm 0.61	5.77 \pm 0.40	93.61 \pm 1.97
	4. Control (n = 70)	17.79 \pm 0.59	14.67 \pm 0.51	3.77 \pm 0.16	61.09 \pm 1.33
	Valor F	80.04 p \leq .0001	102.35 p \leq .0001	47.48 p \leq .0001	152.69 p \leq .0001
	Sheffé	1-3 vs 4-2 1 vs 3	3-1-4vs 2 3-1 vs 4 3 vs 1	1-3 vs 4-2 1 vs 3	1-3 vs 2-4

Tabla 4. ANOVA (puntuación promedio \pm error estándar) entre los grupos con sintomatología y los control en cuanto al EDI. (IC = Insatisfacción corporal, MM = Miedo a madurar, II = Identificación interoceptiva, IN = Inefectividad y DI = Desconfianza interpersonal).

SEXO	GRUPOS	INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)				
		IC	MM	II	IN	DI
Masculino	1. Sintom. (n= 43)	4.88 \pm 0.55	5.67 \pm 0.53	1.60 \pm 0.25	2.46 \pm 0.41	3.97 \pm 0.48
	2. Control (n= 50)	2.22 \pm 0.37	3.40 \pm 0.36	0.42 \pm 0.11	0.52 \pm 0.16	2.62 \pm 0.31
Femenino	3. Sintom. (n= 64)	8.11 \pm 0.71	4.12 \pm 0.41	1.47 \pm 0.21	1.73 \pm 0.26	3.83 \pm 0.43
	4. Control (n= 70)	5.16 \pm 0.57	2.76 \pm 0.28	0.55 \pm 0.14	0.76 \pm 0.18	2.03 \pm 0.34
	Valor F	16.45 p \leq .0001	9.48 p \leq .0001	10.38 p \leq .0001	11.31 p \leq .0001	5.93 p \leq .001
	Sheffé	3 vs 2-1-4 4-1 vs 2	1 vs 4-2-3 3 vs 4,2	1-3 vs 2-4	1-3 vs 2-4	1-3 vs 4

Posteriormente, se procedió a comparar a varones y mujeres de acuerdo al tipo de sintomatología (anoréxica, bulímica o mixta) respecto de los componentes de trastorno alimentario que evalúa el EAT (Tabla 5) por medio de la prueba de Kruskal-Wallis. Cabe indicar que se omitió la sintomatología anoréxica en los varones ya que sólo se identificó un caso. En MA y OC destacaron las medianas obtenidas por las mujeres con sintoma-

tología mixta y anoréxica, sobre todo en relación con los dos grupos de varones; D y PSP fueron significativamente mayores entre las mujeres con sintomatología anoréxica y los varones con síntomas mixtos, en tanto que en ambos grupos con sintomatología bulímica —hombres y mujeres— fueron prácticamente inexistentes. Finalmente, PC fue significativamente mayor en los dos grupos de varones y mujeres con sintomatología mixta.

Tabla 5. Kruskal-Wallis por sexo y tipo de sintomatología en el EAT. (MA = Motivación para adelgazar, D = Dieta restrictiva, PC = Preocupación por la comida, PSP = Presión social percibida, OC = Obsesiones y compulsiones y PAE = Patrones alimentarios estereotipados).

SEXO	GRUPOS	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT)					
		MA	D	PC	PSP	OC	PAE
Masculino	Bulímica (n= 33)	RP = 26.27 SM = 3.1% Me = 2.00	RP = 36.84 SM = 15.6% Me = 0	RP = 30.22 SM = 9.4% Me = 0	RP = 51.89 SM = 37.5% Me = 0	RP = 39.67 SM = 18.7% Me = 2.00	RP = 49.34 SM = 34.4% Me = 1.00
	Mixta (n= 9)	RP = 52.19 SM = 37.5% Me = 6.50	RP = 69.69 SM = 75.0% Me = 3.50	RP = 85.19 SM = 100.0% Me = 5.50	RP = 76.38 SM = 75.0% Me = 2.50	RP = 56.31 SM = 50.0% Me = 3.50	RP = 72.56 SM = 52.5% Me = 2.50
Femenino	Anoréxica (n= 13)	RP = 71.42 SM = 76.9% Me = 11.00	RP = 81.81 SM = 92.3% Me = 4.00	RP = 42.42 SM = 46.1% Me = 2.00	RP = 67.08 SM = 53.8% Me = 1.00	RP = 64.77 SM = 53.8% Me = 4.00	RP = 46.23 SM = 23.1% Me = 2.00
	Bulímica (n= 21)	RP = 49.50 SM = 52.4% Me = 8.00	RP = 44.00 SM = 23.8% Me = 0	RP = 44.67 SM = 38.1% Me = 2.00	RP = 42.45 SM = 19.0% Me = 0	RP = 42.83 SM = 28.6% Me = 2.00	RP = 54.69 SM = 33.3% Me = 2.00
	Mixta (n= 30)	RP = 74.47 SM = 86.7% Me = 11.00	RP = 57.87 SM = 50.0% Me = 1.50	RP = 77.40 SM = 90.0% Me = 5.00	RP = 47.50 SM = 23.3% Me = 0	RP = 66.62 SM = 60.0% Me = 4.00	RP = 51.70 SM = 33.3% Me = 2.00
	Kruskal-Wallis	45.75 p ≤ .0001	28.52 p ≤ .0001	51.67 p ≤ .0001	15.60 p ≤ .01	17.24 p ≤ .01	4.75

Por otra parte, en el BULIT se detectaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a sus tres factores (Tabla 6). SOB fue significativamente menos frecuente en el grupo de mujeres con sintomatología anoréxica que en los otros grupos

evaluados, mientras que CC fue significativamente más frecuente en los dos grupos de varones, particularmente en los clasificados con sintomatología mixta; por último, SNS destacó entre las mujeres con sintomatología mixta. Aquí cabe resaltar que

Tabla 6. Kruskal-Wallis por sexo y tipo de sintomatología en el BULIT. (SOB = Sobreingesta, SNS = Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y CC = Conductas compensatorias).

SEXO	GRUPOS	TEST DE BULIMIA (BULIT)		
		SOB	SNS	CC
Masculino	Bulímica (n = 33)	RP = 61.45 SM = 62.5% Me = 33.50	RP = 41.14 SM = 31.2% Me = 20.50	RP = 64.69 SM = 59.4% Me = 8.00
	Mixta (n = 9)	RP = 62.31 SM = 50.0% Me = 32.50	RP = 42.50 SM = 25.0% Me = 20.50	RP = 81.06 SM = 87.5% Me = 9.50
Femenino	Anoréxica (n = 13)	RP = 8.23 SM = 0% Me = 18.00	RP = 44.54 SM = 38.5% Me = 21.00	RP = 30.58 SM = 15.4% Me = 3.00
	Bulímica (n = 21)	RP = 61.12 SM = 52.4% Me = 33.00	RP = 46.81 SM = 28.6% Me = 21.00	RP = 49.48 SM = 38.1% Me = 6.00
	Mixta (n = 30)	RP = 53.48 SM = 46.7% Me = 32.00	RP = 74.72 SM = 80.0% Me = 26.00	RP = 43.50 SM = 30.0% Me = 4.50
	Kruskal-Wallis	33.49 p ≤ .0001	23.51 p ≤ .0001	22.90 p ≤ .0001

en las mujeres con sintomatología anoréxica, si bien prácticamente no mostraban excesos, esto no fue así en el caso de SNS.

En el caso de los factores cognitivos y conductuales que evalúa el EDI, se detectaron diferencias significativas entre los grupos (Tabla 7), a excepción de P. MM fue significativamente más frecuente en ambos grupos con sintomatología bu-

límica y, especialmente, en los varones con sintomatología mixta; estos últimos también se caracterizaron por mayor infectividad y desconfianza interpersonal. Por otro lado, el déficit en II fue significativamente mayor en los dos grupos con sintomatología mixta, e IC sobresalió entre las mujeres con tal sintomatología.

Tabla 7. Kruskal-Wallis por sexo y tipo de sintomatología en el EDI. (IC = Insatisfacción corporal, MM = Miedo a madurar, II = Identificación interoceptiva, IN = Inefectividad, DI = Desconfianza interpersonal y P = Perfeccionismo).

SEXO	GRUPOS	INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)					
		IC	MM	II	IN	DI	P
Masculino	Bulímica (n = 33)	RP = 41.28 SM = 31.2% Me = 7.00	RP = 60.84 SM = 59.4% Me = 5.00	RP = 51.95 SM = 40.6% Me = 5.00	RP = 49.45 SM = 34.4% Me = 3.00	RP = 52.95 SM = 50.0% Me = 3.50	RP = 54.55 SM = 43.7% Me = 6.00
	Mixta (n = 9)	RP = 40.44 SM = 25.0% Me = 7.00	RP = 65.94 SM = 62.5% Me = 7.00	RP = 68.50 SM = 75.0% Me = 7.50	RP = 82.00 SM = 87.5% Me = 9.00	RP = 67.81 SM = 62.5% Me = 4.50	RP = 53.38 SM = 50.0% Me = 6.00
Femenino	Anoréxica (n = 13)	RP = 36.19 SM = 30.8% Me = 5.00	RP = 26.08 SM = 0% Me = 3.00	RP = 41.58 SM = 15.4% Me = 4.00	RP = 39.31 SM = 23.1% Me = 2.00	RP = 30.12 SM = 23.1% Me = 0	RP = 45.46 SM = 38.5% Me = 5.00
	Bulímica (n = 21)	RP = 56.71 SM = 42.9% Me = 9.00	RP = 50.69 SM = 57.1% Me = 5.00	RP = 40.83 SM = 28.6% Me = 3.00	RP = 47.48 SM = 38.1% Me = 3.00	RP = 50.10 SM = 33.3% Me = 2.00	RP = 40.60 SM = 33.3% Me = 5.00
	Mixta (n = 30)	RP = 71.80 SM = 76.7% Me = 12.00	RP = 52.73 SM = 43.3% Me = 4.00	RP = 61.72 SM = 53.3% Me = 7.00	RP = 57.12 SM = 53.3% Me = 4.00	RP = 59.32 SM = 53.3% Me = 4.00	RP = 61.47 SM = 56.7% Me = 7.50
	Kruskal-Wallis	22.27 p ≤ .0001	14.25 p ≤ .01	9.98 p ≤ .05	11.93 p ≤ .05	11.04 p ≤ .05	6.84

DISCUSIÓN

Con base en el análisis de los patrones de correlación diferenciales entre varones y mujeres, se observó que los primeros se caracterizaron porque los factores cognitivo-conductuales de miedo a madurar e ineficacia ponderaron en su asociación positiva con un mayor número de los componentes de trastorno alimentario que evalúan el EAT y el BULIT, mientras que el caso de las mujeres se observó esto mismo, pero con relación al factor de insatisfacción corporal, aunque cabe señalar que en los hombres dichos patrones diferenciales fueron más marcados que en las mujeres. Tales resultados coinciden parcialmente con lo observado por Mateo, Vázquez, Álvarez y cols. (2002), quienes en un estudio realizado con varones y mujeres de la ciudad de México encontraron que mientras que

en el sexo femenino el factor de riesgo que predijo la presencia de sintomatología de trastorno alimentario fue la insatisfacción corporal, en los varones fue la inefectividad.

De acuerdo con los instrumentos de tamizaje empleados (EAT y BULIT), casi la tercera parte de la muestra evaluada exhibió sintomatología de trastorno alimentario, porcentaje significativamente mayor al reportado en otras muestras mexicanas que han utilizado los mismos criterios de identificación (instrumentos y puntos de corte); específicamente, entre mujeres estudiantes de bachillerato y universidad fluctúan entre el 8 y 15% (Vázquez, Álvarez y Mancilla, 2001), observándose el mayor porcentaje entre las jóvenes provenientes de instituciones educativas particulares; incluso el porcentaje obtenido en la presente investigación sólo es menor al reportado en una población de alto

riesgo, como las estudiantes de danza clásica, entre quienes fue de 39% (Vázquez y cols., 2002).

Los porcentajes específicos al sexo observados en el presente estudio también evidencian cierta disparidad con respecto a lo reportado en la literatura, ya que si bien la presencia de sintomatología de trastorno predominó entre las mujeres (Garfinkel y cols., 1995; Hoek y cols., 1998; Olivardia y cols., 1995; Vázquez y cols., 2002), no fue despreciable el número de casos entre los varones. Sin embargo, es importante notar que generalmente los estudios realizados se han enfocado a la detección de los trastornos alimentarios, entendidos ya como síndromes, ya para detectar anorexia nerviosa o su sintomatología. Esto podría explicar la disparidad entre los datos, pues es necesario recordar que en la muestra masculina fue sustancial la ocurrencia de sintomatología bulímica, no así la anoréxica, la que se identificó en solamente un varón. En el caso de las mujeres, hubo una distribución más proporcionada de los tipos de sintomatología, aunque destacó la presencia de la mixta.

En cuanto a los componentes de trastorno alimentario que evalúan el EAT y el BULIT, ambos grupos con sintomatología se caracterizaron por exhibir más patrones alimentarios estereotipados, sintomatología bulímica (puntuación total en el BULIT), sobreingesta, motivación para adelgazar, preocupación por la comida, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y sintomatología anoréxica, aunque los cuatro últimos fueron considerablemente mayores entre las mujeres y la sobreingesta en los varones. Contrariamente, la presencia de restricción alimentaria, así como de obsesiones y compulsiones, sólo fueron características de las mujeres con sintomatología, en tanto que la sobreingesta y las conductas compensatorias lo fueron de los varones.

Como se pudo constatar, la sintomatología característica de la anorexia fue más frecuente entre las mujeres, mientras que la de la bulimia —específicamente la sobreingesta y las conductas compensatorias— lo fue entre los varones. Este hecho podría explicarse, al menos parcialmente, con base en lo señalado por Andersen (1996), respecto de que los síntomas que suponen la bulimia y el trastorno por sobreingesta pueden resultar de una cierta “permisividad social” que prescribe la ingesta excesiva en los varones, la cual puede corres-

ponder a los patrones culturales diferenciales entre hombres y mujeres.

En general, de los aspectos cognitivo-conductuales que evalúa el EDI, el déficit en la identificación interoceptiva, la ineffectividad y la desconfianza interpersonal fueron más frecuentes en ambos grupos con sintomatología; no obstante, la insatisfacción con la imagen corporal fue característica de las mujeres y el miedo a madurar de los varones. Así, los resultados del presente estudio concuerdan parcialmente con otros en que se ha hallado que las mujeres muestran mayor motivación para adelgazar, insatisfacción corporal y más síntomas de bulimia, en tanto que los hombres se caracterizan por un mayor perfeccionismo y desconfianza interpersonal. Cabe resaltar que en el presente estudio el perfeccionismo no mostró ninguna diferencia entre los grupos, y en estudios previos realizados con muestras mexicanas tampoco se han revelado diferencias en este factor del EDI al comparar mujeres con y sin sintomatología (Mancilla, Álvarez, López y cols., 1998; Mancilla, Mercado, Manriquez y cols., 1999). En un estudio más reciente que comparó a hombres y mujeres con sintomatología y sus respectivos controles, se halló que eran las mujeres quienes mostraban ser significativamente más perfeccionistas (Mateo y cols., 2002), pero ello es independientemente de la presencia o ausencia de sintomatología de trastorno alimentario. Por tanto, hoy día el constructo *perfeccionismo* está siendo objeto de una minuciosa revisión con la finalidad de determinar si es que efectivamente no se relaciona con el trastorno alimentario, o si el indicador que se ha venido empleando para evaluarlo —específicamente por medio de una de las subescalas del EDI— no es el adecuado para nuestro país.

En cuanto a la caracterización de los componentes de trastorno alimentario y los factores cognitivo-conductuales evaluados en la presente investigación, se observó que la motivación para adelgazar caracterizó a las jóvenes con sintomatología anoréxica y mixta, en tanto que estas últimas lo estuvieron por la insatisfacción corporal y los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta; por el contrario, las conductas compensatorias que caracterizaron a los varones identificados con sintomatología bulímica o mixta fueron la ineffectividad y la desconfianza interpersonal.

Como se puede apreciar, estos resultados fundamentan la existencia de síntomas de trastorno alimentario y factores asociados en varones mexicanos, por lo que se considera de gran relevancia ampliar el estudio en el área de los trastornos alimentarios entre poblaciones masculinas; asimismo, brindan sustento a la hipótesis planteada por Mateo y cols. (2002) en cuanto a que en el gé-

nero femenino los síntomas de trastorno alimentario parecen asociarse más con la estética corporal y entre los varones a problemas de tipo emocional, en donde específicamente la infectividad, el miedo a madurar y la desconfianza interpersonal podrían estar actuando como variables mediadoras a los trastornos alimentarios.

REFERENCIAS

- Álvarez, R.G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de Maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., Vázquez A., R., Unikel, C., Caballero, A. y Mercado, D. (en prensa). Validity of the eating attitudes test: A study of Mexican eating disorders patients. *Journal of Eating and Weight Disorders*.
- Álvarez, R.G., Mancilla, D.J.M. y Vázquez, A.R. (2000) Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7(1): 74-85.
- Álvarez, R.G., Vázquez, A.R., Mancilla, D.J.M. y Gómez, P.G. (2002). Evaluación de la propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1): 47-56.
- Álvarez, T.D., Franco, P.K., Mancilla, D.J.M., Álvarez, R.G. y López, A.X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Psicología Contemporánea*, 7(1): 26-35.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington: APA.
- Andersen, A. (1992). Males with eating disorders. En: J. Yanger, H. Gwirtsman y C. Edelstein. (Eds.): *Special problems in managing eating disorders* (pp. 87-118). Washington: American Psychiatric Association.
- Andersen, A.E. (1996). Contrastes y comparaciones entre hombres y mujeres con trastornos de alimentación. En: J. Buendía (Ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp. 439-460). Madrid: Pirámide.
- Braun, D.L., Sunday, S.R., Huang, A. y Halmi, K.A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25: 415-424.
- Casullo, M.M., González, R. y Sifre, S. (2000). Factores de riesgo asociados y comportamientos alimentarios. *Psicología Contemporánea*, 7(1): 66-73.
- Clarkson, H. y Riedl, J. (1997). Fear of thinness. *American Journal of Psychiatry*, 153(3): 441-443.
- Cole, C., Smith, R., Halford, J. y Wagstaff, G. (2003). A preliminary investigation into the relationship between anabolic-androgenic steroid use and the symptoms of reverse anorexia in both current and ex-users. *Psychopharmacology*, 166(4): 424-426.
- De la Serna, I. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el varón. En: E. García-Camba (Ed.): *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 117-124). Barcelona: Masson.
- Furnham, A., Badmin, N. y Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *Journal of Psychology*, 136(6): 581-596.
- Furnham, A. y Nordling, R. (1998). Cross-cultural differences in preferences for specific male and female body shapes. *Personality and Differences*, 25: 635-648.
- Garfinkel, P.E., Lin, B., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A. y Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152(7): 1052-1060.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9: 273-279.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2): 15-34.
- Gómez, P.G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S. y 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(3): 313-324.
- Gómez, P.G. y Ávila, E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología Iberoamericana*, 6(2): 37-45.

- Gómez, P.G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. y Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo en muestras del género masculino. *Psicología Contemporánea*, 7(1): 4-15.
- Hoek, H.W., van Harten, P.N., van Hoeken, D. y Susser, E. (1998). Lack of relation between culture and anorexia nervosa, results of an incidence study on Curaçao. *New England Journal of Medicine*, 338: 1231-1232.
- Lewinsohn, M., Seeley, R., Moerk, C. y Striegel-Moore, R. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32: 426-440.
- Mancilla, D.J.M., Álvarez, R.G., López, A.X., Mercado, G.L., Manríquez, R.E. y Román, F.M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1): 34-43.
- Mancilla, D.J.M., Mercado, G.L., Manríquez, R.E., Álvarez, R.G., López, A.X. y Román, F.M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1): 37-46.
- Mateo, C., Vázquez, A.R., Álvarez, R.G., Franco, P.K., López, A.X. y Mancilla, D.J.M. (2002). Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastorno alimentario y sus factores asociados. Trabajo inédito presentado en el *XIX Congreso de la Federación Mexicana de Salud Mental*, México, D.F., 17-19 de abril.
- Olivardia, R., Pope, H., Mangweth, B. y Hudson, J.I. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152(9): 1279-1285.
- Pope, G., Phillips, A. y Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: How to identify and prevent body obsession in men and boys*. New York: Touchstone.
- Sánchez-Carracedo, D. (1994). *Obesidad y restricción alimentaria: Un estudio empírico en la ciudad de Barcelona*. Tesis de Doctorado. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Schulenberg, J., Maggs, J.R. y Hurrelmann, K. (1997). *Health risks and developmental transitions during adolescence*. London: Cambridge University.
- Smith, M.C. y Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5): 863-872.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Vázquez, A.R., Álvarez, R.G. y Mancilla, D.J.M. (2001). Trastornos alimentarios en México: Avances de investigación. Trabajo inédito presentado en el *Congreso Internacional de Psicología*, México, D.F., 26-30 de marzo.
- Vázquez, A.R., Fuentes, S., Báez, M., Álvarez, R.G. y Mancilla, D.J.M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12(1): 73-82.