

La imagen corporal en la adolescencia ¿es un tema de varones?

Dra. Mónica Facchini*

Palabras clave: imagen corporal, dismorfia muscular, vigorexia.

Key words: body image, muscle dysmorphia.

INTRODUCCIÓN

Joaquín de 17 años concurre al consultorio de nutrición. Refirió haber comenzado a ir al gimnasio porque quería aumentar de peso. En el interrogatorio manifestó que estaba insatisfecho con su cuerpo y que quería una dieta para sacar más músculo. Concurría al gimnasio a levantar pesas prácticamente todos los días después del colegio; decía que el entrenador le recomendó tomar unos suplementos que no alcanzaba a describir. En el examen físico se constata una altura de 1,73 m y un peso de 64 kg.

En los últimos años ha habido un interés creciente en los trastornos psiquiátricos vinculados a la imagen corporal y en particular a los asociados a los trastornos de la alimentación. Las niñas y las mujeres están más insatisfechas con sus cuerpos que los niños y los hombres, por lo cual las primeras tienden a utilizar distintos métodos para intentar bajar de peso y diferentes factores culturales refuerzan su búsqueda de delgadez.¹ Cabría preguntarse si algo similar ocurre con los varones: ¿buscan también estar delgados? y ¿son los mandatos culturales los mismos y tan intensos?

La búsqueda de delgadez en los varones sería relativamente rara y sólo se observa más frecuentemente en aquellos que por razones profesionales necesitan ser más delgados (luchadores, jockeys, nadadores, corredores).²⁻⁵

En nuestra cultura, la dependencia, la pasividad, la inhibición de la agresividad, la pequeñez, la prolijidad, son vistas

como más apropiadas para las niñas; mientras que la constitución muscular, la agresividad física manifiesta, la competencia atlética, la competitividad en general y la independencia son atribuidas como más deseables para los varones.

Antes de finales de los años 80, la imagen corporal era vista como una problemática prioritariamente femenina, la mayor parte de la literatura disponible sobre trastornos de la alimentación e imagen corporal se refiere a las mujeres.⁶ Sin embargo, estudios recientes muestran que los hombres también padecen preocupaciones por su propia imagen.^{7,8} En términos generales, las temáticas de imagen corporal, cirugía plástica, dietas, atracones y sus consecuentes conductas compensatorias (ayunos, vómitos, actividad física extenuante, abuso de diuréticos, laxantes, etc.), han sido dejadas de lado por los hombres.⁹ Se sabe relativamente poco acerca de la problemática de la imagen corporal en los varones. A pesar de que el impacto de la imagen corporal sobre las conductas dietéticas en las mujeres está bien documentado,¹⁰ menos se conoce acerca de la imagen corporal de los varones y su impacto sobre las prácticas de dietas y ejercicio físico.³ Sin embargo, los adolescentes y adultos jóvenes también estarían tomando medidas drásticas hacia sus cuerpos y el mismo sistema económico y social que ha minado la experiencia corporal de las mujeres se está mostrando igualmente capaz de hacerlo con los hombres.⁹ Las expectativas culturales actuales estarían contribuyendo a los trastornos de la imagen corporal en ambos sexos.¹¹

¿Cuál es entonces el ideal corporal para los hombres?

Los hombres tienden a adquirir la forma muscular mesomórfica como su ideal y creen que las mujeres buscan como ideal

* Instituto Psicosomático de Buenos Aires (IPBA).

Correspondencia:
mfacchini@fibertel.com.ar

a un hombre musculoso.¹² Según Pope y col.,¹³ los hombres estiman que el cuerpo masculino preferido por las mujeres es unos 14 kilos más musculoso que el promedio y, por otra parte, las mujeres tienden a considerar a los hombres con pectorales más desarrollados como más atractivos aunque en menor medida que los hombres.¹⁴ Cabría preguntarse entonces: ¿están los varones (niños y adultos) motivados para ser más musculosos en la misma medida que lo están las mujeres para lograr la tan ansiada y casi imposible delgadez?^{15,16}

Si bien los varones en general ponen de manifiesto una menor preocupación por el cuerpo, muchos de ellos, de todas las edades, refieren insatisfacción corporal. En una serie de encuestas realizadas entre los lectores de *Psychology Today* se vio que el nivel de insatisfacción corporal en 1973 era de un 25% para las mujeres y de un 15% para los varones,¹⁷ mientras que en 1997 esas cifras habían ascendido a 56 y 43%, respectivamente.¹⁸ La diferencia fundamental radica en que así como las mujeres quieren ser más delgadas, los varones quieren ser más musculosos.¹⁹ El descontento de los hombres con las medidas del tórax y el tono muscular se han incrementado notablemente en las tres últimas décadas.²⁰ Existe una amplia discrepancia entre la muscularidad real promedio de los hombres y sus ideales corporales que permitiría explicar el aparente aumento de disturbios de la imagen corporal en niños, adolescentes y adultos jóvenes que pueden ir desde una simple insatisfacción corporal hasta trastornos como la dismorfia muscular (DM).^{13,19,21-23}

UN POCO DE HISTORIA

El espartano típico: disciplinado, musculoso, entrenado para la guerra –en contraste con los filósofos atenienses: esencialmente pensantes, ensimismados en sus reflexiones y abstraídos de su corporeidad– exhibía un tipo de cuerpo que, idolatrado de manera creciente por los hombres actuales, pretende imponerse como marca de masculinidad; sin embargo, los ciudadanos de ambos estados consideraban a los otros como patéticas imitaciones de cómo un hombre griego debía ser y actuar.²⁴

En 1993, Harrison Pope observó, sobre una población de 108 fisicoculturistas, que determinados individuos (nueve en total)

creían tener la apariencia de débiles y pequeños cuando en realidad eran fuertes y grandes; a su vez referían evitar situaciones sociales, lugares o utilizaban ropas abrigadas aun en climas calurosos por temor a su apariencia; cuando no podrían evitar la exposición, ésta era vivida con gran sufrimiento y la única excepción a este patrón se observaba en los concursos de fisicoculturismo, donde el individuo se mostraba en el pico máximo de su rendimiento físico luego de una rigurosa preparación.²⁵ A este cuadro lo denominaron entonces como “anorexia reversa”. Los nueve individuos refirieron utilizar esteroides anabólicos (EA). Estos mismos investigadores unos años más tarde, cambiaron el término de “anorexia reversa” por el de: “dismorfia muscular” (DM), también conocido como “vigorexia”, por considerarlo más relacionado con el trastorno dismórfico corporal (TDC).⁷ El TDC (DSM IV)²⁶ es una entidad psiquiátrica definida como una preocupación excesiva por un defecto mínimo o inexistente, que consume tiempo en exceso e interfiere con la vida de relación del ser humano que la padece. En este sentido, la DM puede considerarse una forma de TDC en la cual el individuo desarrolla una preocupación patológica por su muscularidad.

CUADRO CLÍNICO

Lo conspicuo es la subestimación muscular: el individuo se considera menos musculoso de lo que realmente es. Algunos tienen una buena percepción de su problemática, ya que reconocen objetivamente que son musculosos pero que no es suficiente, otros en cambio están convencidos de verse mucho más pequeños y menos musculosos que individuos de su mismo tamaño. Esto se acompaña de marcada insatisfacción corporal y una búsqueda incesante y obsesiva de muscularidad.

Entre los comportamientos frecuentemente asociados se encuentran: excesivo tiempo en el gimnasio levantando pesas, conductas de verificación (destinadas a mensurar una variable como pesarse, medirse, compararse, búsquedas de reaseguro), conductas evitativas (de lugares, personas, actividades), conductas rituales destinadas a disimular un defecto mínimo o inexistente (*grooming*), ingesta de grandes cantidades de comida o realización de dietas especiales

(hiperproteicas e hipograsas) independientemente del hambre y abuso de EA.^{6,27,28}

Esta preocupación crónica por no ser suficientemente musculoso causa un significativo impedimento, culpa, preocupación y ansiedad extrema si por algún motivo el individuo se ve privado de realizar por un solo día su rutina de entrenamiento o si se desvía de su dieta, (muchos evitan comer en compañía de otros).^{7,27} Movidos por este anhelo de muscularidad irreal –inalcanzable, utópica– adoptan un estilo de vida que gira alrededor de su rutina de ejercicios y su dieta rigurosa y que consume tiempo en exceso, al punto de abandonar vínculos sociales y familiares importantes o renunciar a su carrera (faltar a una entrevista de trabajo o a un examen) para pasar más tiempo en el gimnasio.⁷

Por el alto costo de los suplementos nutricionales y de las drogas ergogénicas (que aumentan el rendimiento físico), incluidos los EA, estos individuos frecuentemente deben bajar su calidad de vida. Algunos utilizan una combinación de drogas, dieta estricta y ejercicios hasta un extremo claramente deletéreo. Rechazan alterar su rutina incluso a pesar de estar advertidos de los peligros para su salud, de las posibles consecuencias médicas adversas o continúan entrenando incluso estando lesionados.^{7,25}

La DM se asocia con: bajo autoconcepto, problemas con la identidad de género, depresión y abuso de sustancias.^{21,29,30} A pesar de que el uso de algunos EA habitualmente incrementa el deseo sexual y su interrupción lo disminuye, en el trabajo de Mangweth et al.,²⁷ los fisicoculturistas en estudio refirieron falta de deseo sexual. Los autores de este trabajo atribuyen este hallazgo a un estrechamiento del foco de atención en: la dieta, el entrenamiento, descansar y no gastar energía, posiblemente en detrimento del deseo sexual; sumado a niveles bajos de grasa corporal.²⁷

Según diversos estudios, el 0,6% de los adolescentes utilizarían EA y el 6% refiere haberlos usado, fundamentalmente motivados por ideales corporales en cuanto a apariencia más que por objetivos atléticos.^{31,32}

En relación con el abuso de EA, cabe remarcar que éste no se incluye fácilmente en el modelo clásico de abuso de sustancias, ya que no produce una “recompensa” inmediata en el sistema límbico; los animales de

laboratorio se autoadministrarán opioides o cocaína, pero raramente EA con la esperanza de desarrollar abdominales perfectamente esculpidos; estas “drogas de la imagen corporal”, como las denominadas Kanayama, no se utilizan por su acción psicoactiva, sino por su efecto sobre la autoimagen; de todas maneras, el abuso de esteroides representa una forma franca de abuso de sustancias asociado a alta morbilidad.³³

La lista de sustancias utilizadas, ya sea como ergogénicas o para compensar algunos de sus efectos no deseados, es extensa. Se han descrito estanozolol, clomifeno/tamoxifeno, clenbuterol, nandrolona, testosterona/metiltestosterona/metandrostenolona/metolona/oximetolona/boldenona/oxandrolona/mesterolona, dihidroxiepandrosterona (DHEA), hormona de crecimiento (GH), yohimbina, gonadotrofina coriónica, eritropoyetina, clorhidrato de creatina, el gamma-hidroxibutirato, N-acetilcarnitina, L-carnitina e incluso han llegado a la utilización de productos de uso veterinarios o de laboratorios ilegales.³⁴

Entre los efectos no deseados de los EA se encuentran: ginecomastia, disminución de la longitud mayor del testículo o atrofia testicular, aumento de la relación colesterol total-HDL colesterol, aterosclerosis, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, edema, daño renal y hepático, cáncer de hígado, acné, alopecia, disminución del sistema inmunitario, hipomanía, euforia, mal humor, irritabilidad, agresividad, pensamientos grandiosos, insomnio, trastornos del estado de ánimo, en particular depresión mayor (por supresión de EA) y adicción.³⁵

Criterios diagnósticos propuestos para dismorfia muscular⁷

1. La persona tiene una preocupación con la idea de que su cuerpo no es suficientemente magro y musculoso. Las conductas características asociadas incluyen largas horas de levantar pesas y excesiva atención puesta en la dieta.
2. La preocupación causa sufrimiento clínicamente significativo o dificultades en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes, demostrado al menos por dos de los siguientes cuatro criterios:
 - a. El individuo abandona frecuentemente

actividades sociales, ocupacionales o recreacionales importantes por una necesidad compulsiva de mantener su esquema de ejercicios y dieta.

- b. El individuo evita situaciones donde su cuerpo se exponga a otros o las soporta solamente con un marcado sufrimiento o ansiedad intensa.
 - c. La preocupación acerca de la inadecuación del tamaño corporal o la musculatura causa sufrimiento clínicamente significativo o dificultades en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes.
 - d. El individuo continúa con su rutina de ejercicios y dieta o utiliza sustancias ergogénicas a pesar de tener conocimiento de sus consecuencias físicas y psicológicas.
3. El primer foco de preocupación y conducta es ser demasiado pequeño o poco musculoso, a diferencia del miedo a engordar como en la anorexia nerviosa o una preocupación primaria con otros aspectos de la apariencia como en otras formas de TDC.

Un adolescente que empieza a ir asiduamente al gimnasio o concurre en horarios insólitos, comienza a perder interés por el estudio, deja de frecuentar a los amigos que antes frecuentaba, sus amigos pasan a ser los del gimnasio, come "diferente" del resto de la familia y cuando, sumado a esto, el pediatra detecta en la consulta una autovaloración puesta en lo externo, una preocupación excesiva por sacar músculos, el peso, etc., indicaría riesgo de estar en presencia de un trastorno de la imagen corporal. Es importante que el pediatra esté atento ante la posibilidad de abuso de EA en pacientes predisuestos; cambios del estado de ánimo, mayor agresividad, dificultades en la concentración, irritabilidad, aumento de la tensión arterial, aumento desproporcionado de la masa muscular, disminución de la longitud mayor del testículo, cambios en el laboratorio (aumento del ácido úrico, del colesterol), etc. podrían ser indicios de su utilización.

Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar un simple entusiasmo por el fisicoculturismo de la DM. Ésta se acompaña de marcada insatisfacción corporal y malestar. En este sentido, es im-

portante determinar el valor que el individuo le asigna a su apariencia, la presencia de distorsión de la imagen corporal y de conductas no saludables asociadas a su rutina, la alteración en el funcionamiento social y laboral y el uso de EA.

La persona que hace ejercicio aeróbico compulsivo y que desarrolla cierta "adicción al ejercicio" busca el efecto de aumentar el estado de ánimo; en la DM se tiende a limitar el ejercicio aeróbico para proteger la masa muscular.

Los trastornos de la alimentación y la DM tienen en común la preocupación por la percepción de defectos relacionados con la apariencia, la autovaloración dependiente del peso y la figura corporal, conductas de verificación, conductas rituales, anhelo de delgadez/muscularidad, conductas alimentarias patológicas, falta de deseo sexual, patrones alterados de ejercicio físico y abuso de sustancias.³⁶ En los trastornos de la alimentación, el individuo está preocupado por la gordura, desarrolla primariamente patrones anormales de alimentación y secundariamente, de ejercicio físico. En la DM, en cambio, el individuo tiende a estar primariamente preocupado por adquirir mayor tamaño y masa muscular, y el foco primariamente está en el ejercicio y secundariamente en la alimentación.^{7,8,27}

La DM formaría parte del espectro de trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) y comparte cierta predisposición biológica. La DM se asemeja al TOC en cuanto a que la persona experimenta pensamientos obsesivos acerca de su muscularidad y conductas compulsivas (conductas de verificación y ejercicio excesivo). Cabría preguntarse por qué los hombres con DM desarrollan este tipo particular de trastorno y no los síntomas más tradicionales. Una explicación posible podría provenir del creciente impacto sobre las personas que los ideales de belleza tienen en la actualidad. Sin embargo, ya que la imagen corporal es el foco de la preocupación, tal vez sería más apropiado clasificar la DM como un TDC más que como una forma de TOC.⁷

ETIOLOGÍA

Diferentes marcos teóricos coinciden en proponer que podría tratarse de una combinación de aspectos genéticos, psicológicos y culturales, donde el fisicoculturismo podría representar una respuesta alternativa a las

alteraciones de la imagen corporal y el autoconcepto en los hombres. Una predisposición sintomatológica obsesiva-compulsiva y déficits en la constitución del narcisismo, se constituirían en factores predisponentes que, sumados a una presión social creciente por adquirir un cuerpo musculoso, llevaría a que determinados individuos apuesten la valoración de sí mismos y el sentimiento de sí al cumplimiento del ideal impuesto culturalmente, de manera similar a lo que ocurre en los trastornos alimentarios.^{27,37}

Este miedo a no ser suficientemente musculoso también se ha caracterizado como femifobia o miedo a no ser suficientemente masculino. Klein sostiene que al ser el fisiculturismo un deporte hipermasculino, compensaría una inseguridad en la identidad de género.³⁸ Con el avance del feminismo, los hombres han ido renunciando gradualmente a sus roles otrora exclusivamente masculinos de luchadores y responsables de ganar el pan de cada día. En respuesta a estos cambios, el cuerpo masculino ha adquirido una importancia relativa creciente como uno de los pocos rasgos distintivos de género que han sobrevivido.³⁹

El mito de Adonis: “los hombres de verdad tienen músculos y la falta de músculo refleja una falta de masculinidad o virilidad”, sumado al mito de la transformación: “si cambio mi cuerpo, cambiará mi vida, si mejoro mi aspecto físico mejorará mi autoestima”, llevan implícito que al no poder cumplirse con el ideal, éste se transforme no sólo en meta sino también en fuente de esclavitud. Estos “mitos”, valores sociales como creencias sobrevaloradas desde lo cultural se impondrían a una estructura yoica frágil que los toma prestados, a manera de “parche” narcisista o muleta en lo social, como fuente de significados, creencias y conocimientos.^{6,8,13,16} El ideal corporal masculino retratado por los medios se ha vuelto sostenidamente más musculoso a través de los años. Las estrellas de Hollywood más masculinas de las décadas del 40 y 50 no se aproximarían a la muscularidad de muchos de los héroes de acción actuales.⁸ De la misma manera en que la muñeca Barbie ha modelado la imagen corporal de las niñas actualmente lo harían los muñecos de acción con los varones.^{11,40} Estos muñecos presentan actualmente objetivos físicos inalcanzables aún para el

más corpulento de los fisiculturistas.^{8,11,22}

El mismo tipo de publicidad que bombardeó a las mujeres por muchos años con imágenes de delgadez inalcanzable, modelos perfectas y dietas mágicas está ahora enfocando a los adolescentes y adultos jóvenes.⁴¹ El cuerpo masculino se está utilizando de manera creciente para publicitar productos que poco o nada tienen que ver con el cuerpo y los maniqués masculinos han aumentado su definición muscular y el tamaño de los genitales.²⁹ Mientras que la proporción de desnudos femeninos en las publicidades de las revistas se ha mantenido estable en las últimas décadas, la de los masculinos se ha incrementado llamativamente^{29,39} y así como las mujeres de la página central de la revista *Playboy* y las *Miss America* han sido cada vez más delgadas,^{42,43} los hombres de la página central de la revista *Playgirl* se han vuelto cada vez más musculosos, con un aumento promedio de 12 kilos de masa muscular.^{33,44} La presión que ejerce la representación del ideal corporal masculino a través de los medios contribuye a aumentar la brecha ideal-actual que se expresa como insatisfacción corporal.⁴⁵ Esta tendencia en la publicidad comercial, según Pope, soportaría la hipótesis de que el cuerpo masculino está aumentando en importancia como una marca de masculinidad³⁹ y –de ser esta hipótesis cierta– esta preocupación de los hombres por su físico iría en aumento, con posibles implicancias clínicas y culturales, como puede observarse en la proliferación de los gimnasios, la aparición de la DM entre los hombres predisuestos y la utilización de EA y suplementos dietarios para mejorar la apariencia por adolescentes y adultos jóvenes. Según Leit, el ideal cultural hipermesomórfico sería tan peligroso para los varones como lo es el ideal anoréxico para las mujeres.^{40,45}

Las preocupaciones por la imagen corporal pueden comenzar a edad temprana pero hacen un pico en la adolescencia. Con este panorama, no es sorprendente que los adolescentes actuales se preocupen por “sacar músculo”.⁴⁶ Diversos estudios muestran que entre 28 a 68% de los adolescentes de normopeso quieren o están tratando de aumentar de peso, pero entre las razones se evidencia que lo que buscan es ganar más músculo: tener más pectorales, bíceps, hombros y antebrazos y abdominales chatos.⁴⁷

EPIDEMIOLOGÍA

Según los escasos estudios existentes, la DM –contrariamente a lo que se supuso inicialmente– ocurre no sólo en hombres adultos sino además en jóvenes, la edad promedio de comienzo sería de 19,4 años⁸ y en la población de riesgo su prevalencia sería de 10%,^{7,25} similar a lo que ocurre con la anorexia nerviosa.⁴⁸

¿Quiénes están en riesgo? Hombres de 15 a 30 años que presenten insatisfacción y subestimación corporal, tendencia a autovalorarse en términos de peso y figura corporal, rasgos perfeccionistas y obsesivo-compulsivos y una ideología de género tradicional masculina.

TRATAMIENTO

A pesar de que los individuos con DM estarían poco predispuestos a tratarse, el pediatra, como médico de cabecera de los adolescentes de ambos sexos, puede obtener información acerca del trastorno si permanece atento a los signos y síntomas característicos de estas patologías y mantiene una actitud abierta, directa, empática y no enjuiciadora, ya que es frecuente que estos pacientes presenten culpa y vergüenza por presentar el trastorno y temor a ser considerados vanidosos, narcisistas, afeminados o remilgados.²⁹

La gravedad del trastorno y –fundamentalmente el abuso de EA– determinan el cuadro clínico y la evolución. Al tratarse de una entidad fundamentalmente egosintónica, el primer y gran desafío, luego de la presunción diagnóstica, es lograr que el paciente “reconozca” que tiene un problema y que quiera intentar hacer algo. En este sentido, el empleo de recursos provenientes de la terapia motivacional resulta de gran utilidad. En ella se busca evitar la confrontación y resolver la ambivalencia ante el cambio, analizando las ventajas y desventajas de cambiar.⁴⁹

El abordaje terapéutico va a depender fundamentalmente de la capacidad de constituir una alianza terapéutica⁵⁰ y puede hacerse desde diferentes marcos teóricos no mutuamente excluyentes, entre ellos: 1) la psicoeducación, tanto para el tratamiento como para la prevención. Ésta deberá abordar temáticas centrales como: información nutricional, ejercicio saludable, información sobre el peligro de los esteroides y la distorsión de los medios sobre lo que se considera

la representación del ideal corporal al que se aspira; 2) la terapia cognitivo-conductual que hace foco en las relaciones entre pensamientos, afectos y comportamientos tendiente al cambio de conductas y patrones de pensamiento distorsionados; 3) el tratamiento psicofarmacológico y 4) la psicoterapia psicoanalítica psicodinámica e interpersonal que aborde los temas de autoestima, déficits narcisistas, identidad de género, dificultades en los vínculos interpersonales, etc.⁵¹

Entre los objetivos del tratamiento se encuentran: el restablecimiento de un patrón alimentario saludable, la estabilización de los parámetros médicos alterados por el abuso de EA, la mejoría de las distorsiones cognitivas, el reconocimiento y discriminación de los estados afectivos, la mejoría del autoconcepto y el sentimiento de sí, la identificación y resolución de los factores precipitantes psicosociales, lograr una imagen corporal positiva y realista y una autovaloración no influenciada mayoritariamente por la apariencia estética.^{6,51}

Ante la sospecha de que pudiera tratarse de un caso de DM, la interconsulta con el equipo de salud mental y de nutrición con miras a un tratamiento interdisciplinario se torna fundamental y el pediatra se constituye en parte activa y fundamental del equipo terapéutico.

PREVENCIÓN

Al igual que la búsqueda de delgadez en las mujeres, la búsqueda de muscularidad puede tener consecuencias físicas y psicológicas adversas en los varones adolescentes. Un bajo autoconcepto y una tendencia a autovalorarse en términos de figura corporal serían predictivos de la posibilidad de desarrollar un trastorno de la imagen corporal y, por ende, un blanco fundamental para la prevención. La presencia de insatisfacción corporal y actitudes negativas respecto del cuerpo deben ser motivo de alerta y más aún si implican patrones alimentarios y de actividad física no saludables.

Es un hecho conocido que los valores y creencias del profesional se transmiten al paciente independientemente de cuánto se hable o no de ellos. Con miras a la prevención de estos trastornos, cabría preguntarse cómo afectan los ideales socioculturales imperantes a la frágil imagen corporal en desarrollo. En

este sentido, un buen vínculo médico-paciente ayudaría a amortiguar de cierta manera la presión social por los ideales hipermusculosos, con provisión de una visión crítica ante la publicidad y los medios y evitando la internalización del ideal hipermesomórfico. En este contexto, es de suma importancia que el pediatra brinde una información adecuada que aliente prácticas alimentarias y de ejercicio saludables y que esté atento a las demandas motivadas por una insatisfacción con el propio cuerpo.

CONCLUSIONES

Cuando se aborda la problemática de la imagen corporal en la adolescencia se torna relevante indagar las preocupaciones de hombres y mujeres por separado, así como la diferencia existente entre una simple y ubicua insatisfacción corporal y un trastorno más complejo que requiere de su correcto diagnóstico y tratamiento interdisciplinario. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Striegel-Moore RH, Franko DL. Body image issues among girls and women. En: Cash TF, Pruzinsky T (Eds.). *Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002:183-191.
2. Olivardia R, Pope HG, Mangweth B, Hudson JI. Eating disorders in college men. *Am J Psych* 1995; 152:1279-1285.
3. Drewnowski A, Kurth CL, Krahn DD. Effects of body image on dieting, exercise, and anabolic steroid use in adolescent males. *Int J Eat Disord* 1995; 17:381-386.
4. Moore JM, Timperio AF, Crawford DA, Burns CM, Cameron-Smith D. Weight management and weight loss strategies of professional jockeys. *Int J Sport Nutr Exerc Metab* 2002; 12:1-13.
5. Enns MP, Drewnowski A, Grinker JA. Body composition, body size estimation, and attitudes towards eating in male college athletes. *Psychosom Med* 1987; 49:56-64.
6. Facchini M. Imagen corporal. En: Labanca R, Ortensi G y Facchini M. (Eds.). *Trastornos Alimentarios: Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: SAOTA, 1999; 156-164.
7. Pope HG, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia. An unrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 1997; 38:548-57.
8. Olivardia R, Pope HG Jr, Hudson JI. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psych* 2000; 157:1291-6.
9. Maine, M. Men. En: Maine, M. *Body Wards*. Carlsbad, CA: Gürze Books, 2000; 277-290.
10. Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J. Toward an understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychol* 1986; 41:246-263.
11. Pope HG, Olivardia R, Gruber AJ, Borowiecki J. Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *Int J Eat Disord* 1999; 26:65-72.
12. Cohn LD, Adler NE. Female and male perceptions of ideal body shapes: Distorted views among Caucasian college students. *Psychol Women Quart* 1992; 16:69-79.
13. Pope HG, Gruber AJ, Mangweth B, Bureau B; de Col C, Jouvent R, Hudson JI. Body image perception among men in three countries. *Am J Psych* 2000; 157:1297-301.
14. Maisey DS, Vale ELE, Cornelissen PL, Tovée MJ. Characteristics of male attractiveness for women. *Lancet* 1999; 353:1500.
15. McCreary DR, Sasse DK. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *J Am-Coll Health* 2000; 48:297-304.
16. Facchini M. Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. *Actualidad Psicológica*. 2002; XXVII:28-32.
17. Berscheid E, Walster E, Bohrnstedt G. The happy American Body: A survey report. *Psychol Today* 1973; 7:119-131.
18. Garner DM. Body image survey. *Psychol Today* 1997; 30:30-44, 75-80, 84.
19. Cohane GH, Pope HG Jr. Body image in boys: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 2001; 29:373-379.
20. Cash T. A Negative body image. En: Cash T & Pruzinsky T. *Body image: a handbook of theory research, and clinical practice*. New York: Guilford Press 2002:269-276.
21. Blouin AG, Goldfield GS. Body image and steroid use in male bodybuilders. *Int J Eat Disord* 1995; 18:159-165.
22. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press, 2000.
23. Copeland J, Peters R, Dillon P. Anabolic-androgenic steroid use disorders among a sample of Australian competitive and recreational users. *Drug Alcohol Depend* 2000; 60:91-96.
24. Andersen AE, Cohn L, Holbrook T. Why today's men are having problems. En: *Making weight: Men's conflicts with food, weight, shape, and appearance*. Carlsbad, CA: Gürze Books, 2000:73-97.
25. Pope HG, Katz DC, Hudson JI. Anorexia nervosa and reverse anorexia among 108 male body builders. *Comp Psych* 1993; 34: 406-409.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
27. Mangweth B, Pope HG Jr, Kemmler G, Ebenbichler C, Hausmann A, De Col C, Kreutner B, Kinzl J, Biebl W. Body image and psychopathology in male bodybuilders. *Psych Psych* 2001; 70(1):38-43.
28. Andersen RE, Barlett SJ, Morgan GD, Brownell KD. Weight loss, psychological and nutritional patterns in competitive male bodybuilders. *Int J Eat Disord* 1995; 18:49-57.
29. Olivardia R. Body image and muscularity. En: Cash T & Pruzinsky T, *Body image: a handbook of theory research, and clinical practice*. New York: Guilford Press 2002:210-218.
30. McCreary DR, Sasse DK. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *J Am Coll Health* 2000; 48:297-304.
31. Drewnowski A, Yee DK. Men and body image: are

- male satisfied with their body weight? *Psychosom Med* 1987; 49:626-634.
32. Buckley WA, Yesalis CE, Friedl KE, Anderson W, Streit A, Wright J. Estimated prevalence of anabolic steroid use among male high school seniors. *J Amer Med Assoc* 1988; 260:3441-3445.
 33. Kanayama G, Pope HG Jr, Hudson JI. Body image drugs: A Growing psychosomatic problem. *Psychoter Psychosom* 2001; 70:61-65.
 34. Perry HM, Wright D, Littlepage BN. Dying to be big: A review of anabolic steroid use. *BJ Sports Med* 1992; 26:259-261.
 35. Pope HG, Katz DC. Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use: a controlled study of 160 athletes. *Arch Gen Psych* 1994; 51:375-382.
 36. Facchini M. Comorbilidad y abuso de sustancias. En: Labanca R, Ortensi G y Facchini M. (Eds.). *Trastornos Alimentarios: Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: SAOTA 1999; 69-78.
 37. Facchini VI. Bulimia, cuerpo y autoestima. *Proceedings del Congreso Latinoamericano de Obesidad*. Buenos Aires, 1999; 136-139.
 38. Klein AM. *Little big men*. Albany, state University of New York, 1993.
 39. Pope HG Jr, Olivardia R, Borowiecki JJ 3rd, Cohane GH. The growing commercial value of the male body: a longitudinal survey of advertising in women's magazines. *Psychoter Psychosom* 2001; 70:189-192.
 40. Brownell KD, Napolitano MA. Distorting reality for children: Body size proportions of Barbie and Ken dolls. *IJED* 1995; 18:295-298.
 41. Kakaiya D, Mowafy M. Media targeting young men. *Eat Dis Rev* 2001; 12:1.
 42. Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson, M. Cultural expectations of thinness in women. *Psychol Rep* 1980; 47:483-491.
 43. Wiseman CV, Gray JJ, Mosimann JE, Ahrens AH. Cultural expectations of thinness in women: An update. *IJED* 1992; 11:85-89.
 44. Leit RA, Pope HG Jr, Gray JJ. Cultural expectation of muscularity in men: the evolution of *Playgirl* centerfolds. *Int J Eat Disord* 2001; 29:90-93.
 45. Leit RA, Gray JJ, Pope HG Jr. The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? *Int J Eat Disord* 2002; 31:334-338.
 46. Andersen AE, Cohn L, Holbrook T. The differences between the sexes. En: *Making weight: Men's conflicts with food, weight, shape, and appearance*. Carlsbad, CA: Gürze Books, 2000:47-72.
 47. McCreary DR, Sasse DK. Gender differences in high school students. *Intern J Men's Health* 2002; 1:195-213.
 48. Facchini M. Epidemiología, etiología y evolución. En: Labanca R, Ortensi G y Facchini M. (Eds.). *Trastornos Alimentarios: Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: SAOTA, 1999:17-28.
 49. Miller WR, Rollnick S. Principles of motivational interview. En: Miller WR, Rollnick S. (Eds.). *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press, 1991:51-63.
 50. Safran JD, Muran JC. The therapeutic alliance reconsidered. En: Safran JD, Muran JC (Eds.). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford Press, 2000:1-29.
 51. Facchini M. Abordaje terapéutico. En Labanca R, Ortensi G y Facchini M. (Eds.). *Trastornos alimentarios: Guía médica de diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: SAOTA, 1999:107-115.