

Estudio primario

Medwave 2015 May;15(4):e6138 doi: 10.5867/medwave.2015.04.6138

Imagen corporal en personas con disforia de género

Body image in persons with gender dysphoria

Autores: María Frenzi Rabito Alcón[1], José Miguel Rodríguez Molina[1,2]

Filiación:

[1] Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

[2] Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

E-mail: mfrenzirabito@gmail.com

Citación: Rabito Alcón MF, Rodríguez Molina JM. Body image in persons with gender dysphoria. *Medwave* 2015 May;15(4):e6138 doi: 10.5867/medwave.2015.04.6138

Fecha de envío: 22/12/2014

Fecha de aceptación: 5/5/2015

Fecha de publicación: 15/5/2015

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: body dissatisfaction, body image, gender identity, gender differences, transsexualism

Resumen

INTRODUCCIÓN

Para las personas con disforia de género, la imagen corporal es un aspecto fundamental en su condición. Estas personas a veces manifiestan un fuerte deseo de cambiar sus caracteres sexuales primarios y secundarios. Además, socialmente el ideal de belleza ha ido cobrando cada vez más importancia pudiendo incrementar la insatisfacción corporal. El objetivo de este trabajo es analizar si la insatisfacción corporal en personas con disforia de género es similar a la que presenta la población clínica o si está más cerca de la que pudiera presentar la población general, así como la diferencia por géneros.

MÉTODOS

Se administraron a personas con disforia de género una batería de cuestionarios en los que se incluyeron el Test de Actitudes hacia la Alimentación, la subescala de insatisfacción corporal del Inventario para los Trastornos de Alimentación y el cuestionario IMAGEN.

RESULTADOS

En el caso de la subescala de insatisfacción corporal del Inventario para los Trastornos de Alimentación, con un punto de corte 11 la insatisfacción corporal de nuestra muestra estaría cercana al nivel de la población clínica. Sin embargo, usando los puntos de corte 14 y 16 si presentarían una insatisfacción corporal cercana a la población general, lo mismo para el IMAGEN. No se encontraron diferencias por géneros respecto al nivel de insatisfacción.

CONCLUSIONES

Los datos parecen apuntar a que las personas con disforia de género estarían en un punto intermedio en lo que se refiere a insatisfacción corporal entre la población general y la población clínica, tanto transexuales femeninas como masculinos. Parece ser que hay cierta insatisfacción corporal que pueden percibir en relación al ideal de belleza pero esta insatisfacción es bastante menor que la que pueden tener poblaciones clínicas.

Abstract

BACKGROUND

For subjects with gender dysphoria, body image is an important aspect of their condition. These people sometimes exhibit a strong desire to change their primary and secondary sexual characteristics. In addition, idealization of beauty has grown in importance and it may increase body dissatisfaction. The aim of this paper is to analyze whether body dissatisfaction in people with gender dysphoria is similar to that in clinical population or if it is more similar to that which may appear in general population. We also looked at gender differences in body dissatisfaction.

METHODS

A set of questionnaires was administered to patients with gender dysphoria: Eating Attitudes Test (EAT-26), body dissatisfaction sub-scale of Eating disorder inventory-two (EDI-2) and IMAGEN questionnaire.

RESULTS

In the case of body dissatisfaction subscale of Eating disorder inventory-two with a cut-off 11; body dissatisfaction in our sample was close to the level presented in clinical population. However, using cut-off points 14 and 16, they exhibited a body dissatisfaction level that was similar to the general population. The same occurred for the IMAGEN questionnaire. No gender differences were found when looking at the level of dissatisfaction.

CONCLUSIONS

The data seem to indicate that people with gender dysphoria would be at an intermediate point in relation to body dissatisfaction between general population and clinical population; in both female and male transsexuals. It seems that some level of body dissatisfaction may be perceived in relation to the ideal of beauty, but this dissatisfaction is significantly lower than in clinical populations.

Introducción

A lo largo de la historia el concepto de imagen corporal ha ido evolucionando, especialmente desde principios del siglo XX [1]. Baile propone una definición integradora en la que la imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.

Actualmente la imagen corporal no sólo significa la manera en que uno percibe su cuerpo, sino también la forma en que uno siente y actúa sobre estas percepciones, por lo que la imagen corporal es una parte importante del autoconcepto. Dada su complejidad, si no se tiene una imagen corporal sana, el propio cuerpo puede convertirse en un problema importante para muchos individuos. La insatisfacción corporal denomina la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia el tamaño y forma del cuerpo. Esta insatisfacción puede variar desde una evaluación de descontento o negativa de algunos elementos del propio cuerpo, hacia una obsesión extrema con la apariencia física que interrumpe el funcionamiento normal [2].

Todas las culturas a lo largo de la historia han tenido un estereotipo de imagen corporal, pero hoy en día ésta tiene una fuerte relación con la globalización sociocultural [3]. Actualmente, "la belleza del cuerpo" se promueve como una herramienta para alcanzar el éxito social y se relaciona con la identidad de género. Cuando una persona

percibe que no se ajusta a dichos ideales de belleza, puede producirse insatisfacción corporal, tanto en mujeres como en hombres [4],[5]. Los hombres suelen estar más preocupados por la musculatura de su cuerpo (pecho, brazos o músculos), mientras que las mujeres suelen estar más preocupadas por su peso (satisfacción respecto de forma/volumen del cuerpo o el tamaño de los senos) [6],[3]. Los ideales del cuerpo se asocian con problemas de salud, como trastornos de la alimentación en las mujeres. En los últimos 10 años, y mayoritariamente en hombres, se han documentado los primeros casos de vigorexia o dismorfia muscular [7].

Además, la delgadez en mujeres y la musculatura en hombres se han ido asociando a características socialmente deseables para ambos, como tener éxito interpersonal y social, salud, entre otros. Por lo tanto, nos encontramos con que tener un cuerpo de acuerdo a los estándares de la belleza no es sólo una cuestión de preferencias, sino que se ha ido convirtiendo poco a poco en una construcción de identidad [8].

La imagen corporal es un aspecto fundamental en la condición de sujetos con disforia de género. Estas personas presentan una disonancia entre su sexo biológico y su identidad de género [9],[10]. Ello puede dar lugar en muchos casos a insatisfacción corporal. Con frecuencia, han tenido desde la infancia sentimientos de ansiedad por ser personas físicamente diferentes de las de su mismo sexo, lo que induce a que los demás no reconozcan su identidad. Prefieren jugar a los juegos del otro sexo. Empiezan a usar

ropa del sexo opuesto desde una edad temprana, no por diversión, sino como una expresión del sentido de pertenencia a ese sexo. Su juventud se ve afectada por la alienación y la soledad. Con el tiempo, acaban descubriendo su disonancia y que serían más felices si pertenecieran al otro sexo [11].

No hay forma exacta de definir la pertenencia a un género u otro. Sin embargo, nuestro cuerpo es nuestra carta de presentación y la gente nos va a tratar como mujeres si perciben en nuestro cuerpo características sexuales secundarias correspondientes a un sexo biológico femenino, o como hombres si perciben estas características sexuales secundarias como las propias del sexo biológico masculino, incluso cuando su identidad sea diferente [12].

En ese caso, las personas con disforia de género desde que nacieron están en un continuo conflicto entre la mente y el cuerpo, lo que puede causar insatisfacción corporal. Esta insatisfacción con el cuerpo (más morfológica) es diferente de la insatisfacción corporal por la internalización del ideal de belleza. Que no se corresponda el cuerpo con la identidad de género se debe a una enfermedad hormonal, aunque la internalización ideal de belleza podría influir también. Por todo ello, es común en las personas con disforia de género que manifiesten un fuerte deseo de cambiar sus características sexuales primarias y secundarias [13]. Incluso muchos han informado estar muy insatisfechos con su cuerpo, llegando a sugerir que el cuerpo es su principal fuente de sufrimiento [14].

A las personas con disforia de género de hombre a mujer se les denomina transexuales femeninas y de mujer a hombre, transexuales masculinos. Las transexuales femeninas nacieron como hombres biológicos, pero su identidad sexual corresponde a la mujer. En el caso los transexuales masculinos, nacieron como mujeres biológicas pero sus identidades son masculinas. Transexuales masculinos y femeninas hacen todo lo posible para que su cuerpo se adapte a su identidad y a veces, en línea con el ideal de belleza imperante según su identidad de género. Tienen una preocupación persistente de ocultar sus características sexuales primarias y secundarias, y la mayoría de ellos piden tratamiento hormonal y quirúrgico para cambiar de sexo. Las transexuales femeninas tienden a ocultar sus genitales masculinos con prendas de presión. Por otro lado, desde la adolescencia los transexuales masculinos tienden a usar ropa masculina, a menudo ocultan sus pechos con las prendas de compresión y tratan de hacerse pasar como personas del sexo opuesto en público[9].

En las personas con disforia de género, debido a las consecuencias de la enfermedad, se puede esperar cierta insatisfacción corporal ocasionada por su conflicto con el cuerpo y su identidad de género. Hay que tener en cuenta que esta insatisfacción corporal *a priori* es diferente de la interiorización de los ideales corporales. Sin embargo, no hay un instrumento que mida insatisfacción corporal en general ni en específico para personas con disforia de género. Puesto que a estas personas puede que los ideales de belleza masculinos y femeninos también les estén

influyendo, e incrementando su insatisfacción corporal; el propósito de este trabajo es analizar la insatisfacción corporal asociada a la delgadez en personas con disforia de género, para describir si esta insatisfacción entraría dentro de la alteración clínica o si es similar a la de la población general. Además, se busca conocer las diferencias en esta variable entre transexuales femeninas y masculinos.

Como hipótesis se plantea que las personas con disforia de género tendrían una insatisfacción corporal similar a la de la población general. Asimismo, como segunda hipótesis se esperan encontrar diferencias por géneros en relación a la insatisfacción corporal: mayor insatisfacción en transexuales femeninas.

Métodos

Estudio transversal compuesto por una muestra de 52 personas con disforia de género, 30 eran transexuales masculinos y 22 femeninas. En el momento del estudio estaban en fase de evaluación previa a cirugías. Se contactaron las Unidades de Disforia de Género del Hospital Clinic de Barcelona y el Centro de Salud Fuente de San Luis en Valencia las cuales participaron de forma voluntaria. Todos los cuestionarios se recogieron a partir de septiembre de 2012 hasta septiembre de 2013. Todos los pacientes dieron su consentimiento para la participación en el estudio de forma voluntaria.

Todos los cuestionarios fueron insertados en un documento único. Se administró una batería de preguntas con el siguiente contenido: algunos datos sociodemográficos, el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-26, por su siglas en inglés *Eating Attitudes Test*) [15], la subescala de insatisfacción corporal, subescala del Inventario para los Trastornos de Alimentación (EDI-2, por su sigla en inglés *Eating Disorders Inventory*)[16] y el cuestionario IMAGEN [17].

El Test de Actitudes hacia la Alimentación es un cuestionario con 26 ítems que estudia los trastornos relacionados con alimentación, bulimia y ansiedad en relación con la alimentación, destacando la percepción del propio peso y la apariencia física. Una puntuación de 20 o superior, indica que una persona puede tener un trastorno de la alimentación. La validación española del Test de Actitudes hacia la Alimentación [18] se llevó a cabo por Gandarillas *et al.*, en 2003 [19]. La insatisfacción corporal se midió a través de dos cuestionarios: la subescala de insatisfacción corporal del Inventario para los Trastornos de Alimentación y el cuestionario IMAGEN. Este último se incluyó por su mayor discriminación por géneros. La subescala de insatisfacción corporal es una de las 11 subescalas que contiene el Inventario para los Trastornos de Alimentación [19]. Se pueden evaluar todas las subescalas en conjunto para obtener una puntuación total o se pueden usar por separado. La subescala de insatisfacción corporal se ha utilizado por separado como un buen indicador para valorar la insatisfacción corporal, en la Tabla 1 se encuentran los ítems que corresponden a dicha subescala. Una puntuación de 11 (punto de corte más sensible) o 14 (de corte más específico), indica que una

persona tiene una insatisfacción corporal desadaptativa [20]. Otros estudios consideran una puntuación de 16 como punto de corte para valorar un

posible trastorno de la imagen corporal, asociado a un trastorno de la alimentación [21].

1. Creo que mi estómago es demasiado grande (+).
2. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos (+).
3. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado (-).
4. Me siento satisfecho con mi figura (-).
5. Me gusta la forma de mi trasero (-).
6. Creo que mis caderas son demasiado anchas (+).
7. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado (-).
8. Creo que mi trasero es demasiado grande (+).
9. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado (-).

(+) Reactivo redactado en sentido de respuesta directa.

(-) Reactivo redactado en sentido de respuesta inversa.

Tabla 1. Escala de Insatisfacción corporal del Inventario para los Trastornos de Alimentación.

Por otro lado, el IMAGEN evalúa la insatisfacción corporal en sus diferentes componentes: cognitivo-emocional (ICE), perceptiva (IPE) y de comportamiento (ICL). Para valorar la frecuencia se ha utilizado una escala de 5 puntos con las

siguientes categorías: 0 casi nunca/nunca; 1 rara vez, 2 a veces; 4 muchas veces; y 5 casi siempre/siempre. En la Tabla 2 se muestran puntos de corte de la puntuación total directa.

Grado de insatisfacción	Hombres	Mujeres
Grave	31-152	53-152
Moderado-grave	17-30	41-52
Moderado	6-16	17-40
Leve	0-5	0-16

Tabla 2. IMAGEN puntos de corte para puntuación total.

La puntuación total se transforma a percentiles y se interpreta de dos formas distintas en función a si el sujeto en cuestión corresponde a población clínica o si corresponde a población general [17].

El análisis de los datos se realizó usando las pruebas t de Student para una muestra (para comparar la media de la muestra con valores esperados prefijados), y H de Kruskal-Wallis para comparar las distribuciones de las variables entre géneros. Se utilizó el paquete de programas SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) V.15 para los cálculos correspondientes.

Resultados

La edad media de la muestra fue 26,2 años (en transexuales femeninas fue 27,38 y en transexuales masculinos 25,37 años). El peso medio estimado en la muestra total fue de 67,08 kg (72,67 kg para transexuales femeninas y 62,74 kg para masculinos), mientras que el peso medio deseado era de 63,83 kg para muestra total (64,44 kg para transexuales femeninos y 63,37 kg para masculinos). La Tabla 3 muestra la estadística descriptiva de los participantes para los datos sociodemográficos.

	Muestra total (N=52)	Transexuales femeninas (N=22)	Transexuales masculinos (N=30)
Edad	26,2 (DT: 6,15)	27,38 (DT:6,58)	25,37 (DT: 5,8)
Peso estimado	67,08 (DT: 19,77)	72,67 (DT:24,16)	62,74 (DT: 14,58)
Peso deseado	63.83 (DT: 10,61)	64,44 (DT: 13,63)	63,37 (DT: 7,92)
Horas/semana de práctica deportiva	4,25 (DT: 6,65)	6,08 (DT: 11,33)	3,38 (DT: 2,21)

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas (DT) de datos sociodemográficos.

En la Tabla 4 se calcularon los datos estadísticos descriptivos de cada cuestionario para todos los participantes.

Cuestionarios	Muestra total		Transexuales femeninas		Transexuales masculinos	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
EAT-26 total	7,98	7,76	9,71	8,33	6,77	7,23
IC/ EDI-2 total	10,21	8,15	8,45	6,12	11,55	9,3
IMAGEN total	40,73	29,68	48,55	33,49	34,79	25,45

EDI- 2: Inventario para los Trastornos de Alimentación.

EAT-26: Test de Actitudes hacia la Alimentación.

Tabla 4. Medias y desviaciones típicas (DT) para resultados de todos los cuestionarios.

Usando los perfiles clínico y de población general del IMAGEN, se obtiene que con una puntuación de 48,55 las transexuales femeninas están en el percentil 90 de la población general, lo que indicaría una insatisfacción corporal grave, y en el 40 de la población clínica. Así respecto a esta población, la insatisfacción corporal sería leve-moderada. En el caso de los transexuales masculinos con una puntuación media de 34,79 se sitúan en el percentil 55 en población clínica (insatisfacción moderada) y en el percentil 98 en la población general (insatisfacción corporal grave).

El hecho de contar con dos cuestionarios para medir la insatisfacción corporal, además del Test de Actitudes hacia la Alimentación, nos permitió evaluar hasta qué punto estábamos midiendo los mismos conceptos con tres cuestionarios. Los coeficientes de correlación entre los tres cuestionarios, se observan en la Tabla 5. Los cuestionarios que miden insatisfacción corporal, aunque no miden aspectos idénticos, correlacionan significativamente.

	EAT-26	IC EDI-2
EAT-26	-	-
IC/EDI- 2	0,051	-
IMAGEN	0,557**	0,376**

** Correlaciones significativas ($p < 0,001$).

EAT-26: Test de Actitudes hacia la Alimentación.

EDI-2: Inventario para los Trastornos de Alimentación.

Tabla 5. Coeficiente de correlación de Pearson entre cuestionarios.

Para evaluar si se podía inferir que la muestra procedía de poblaciones con valor esperado mayor o igual que el dado por los puntos de corte para el cuestionario EDI-2 (Inventario para los Trastornos de Alimentación) se utilizó la prueba *t* de Student para una muestra (ver Tabla 6). Para un valor esperado de 11 obtuvimos una $t(50) = -0,686$; $p = 0,496$. Para uno de 14 una $t(50) = -3,31$; $p = 0,002$. Por último, para un valor esperado de 16

una $t(50) = -5,06$ y $p < 0,001$. Se rechaza la hipótesis de que la muestra proviene de una muestra con valor esperado mayor o igual a 14 y por ende, con cualquier valor superior. Pero no se rechaza la hipótesis de que la muestra proviene de una población con valor esperado para este cuestionario mayor o igual a 11.

Cuestionario	Punto de corte	t	gl	Significación
BD/ EDI-2	11	-0,686	50	0,496
BD/ EDI-2	14	-3,31	50	0,002
BD/ EDI-2	16	-5,06	50	<0,001
EAT- 26	20	-11,06	50	<0,001

EDI-2: Inventario para los Trastornos de Alimentación.

EAT-26: Test de Actitudes hacia la Alimentación.

*Se evalúa si la muestra proviene o no de una población con valor esperado mayor o igual al valor que se muestra como "punto de corte".

Tabla 6. Resultados de la prueba *t* de Student *

También se analizaron las diferencias de género respecto de la insatisfacción corporal, utilizando la H de Kruskal-Wallis. Los resultados fueron $\chi^2(1) = 1,00$ y $p = 0,317$; no hubo diferencias significativas entre los tipos de personas con disforia de género en la insatisfacción corporal utilizando la puntuación de la subescala de insatisfacción corporal del Inventario para los Trastornos de Alimentación. El uso de la puntuación total de IMAGEN en la misma prueba obtuvo resultados similares $\chi^2(1) = 2,09$ y $p = 0,148$. En el Test de Actitudes hacia la Alimentación un valor mayor de 20 indica que una persona puede tener un

trastorno de la alimentación. Se realizó una prueba *t* de Student para una muestra con el fin de evaluar si la muestra de nuestro estudio podía provenir de una población con valor esperado mayor o igual a 20. Se obtuvo una $t(50) = -11,06$; $p < 0,001$. La diferencia por géneros se analizó con H de Kruskal-Wallis, y se obtuvo una $\chi^2(1) = 2,54$ y $p = 0,111$. Todas las diferencias encontradas en el grupo usando la H de Kruskal-Wallis se reflejan en la Tabla 7.

Cuestionarios	Chi Cuadrado	gl	Sig.
BD/ EDI-2	1,00	1	0,317
IMAGEN	2,09	1	0,148
EAT- 26	2,54	1	0,111

EDI-2: Inventario para los Trastornos de Alimentación.

EAT-26: Test de Actitudes hacia la Alimentación.

Tabla 7. Resultados de la prueba H de Kruskal-Wallis para comparar entre géneros.

Discusión

En general, los resultados obtenidos confirman la primera hipótesis. La insatisfacción corporal que presentaron las personas con disforia de género fue distinta a la

presentada en la población clínica, usando el IMAGEN y los valores (puntos de corte) 14 y 16 para la subescala de insatisfacción corporal del Inventario para los Trastornos de

Alimentación. Sólo no se encontraron diferencias significativas cuando se evaluó si la muestra provenía de una población con subescala de insatisfacción corporal del Inventario para los Trastornos de Alimentación mayor o igual a 11. La mayoría de estudios previos, utilizan los puntos de corte 14 y 16, como valores de corte que indiquen la valoración de un posible trastorno de la imagen corporal asociado a un trastorno de la alimentación [20],[21].

Parece ser que la insatisfacción corporal asociada a la delgadez de las personas con disforia de género, es intermedia respecto a la población general y la población clínica. Quizás, la presión hacia los ideales de belleza se incrementa para las personas con disforia de género ya que a toda costa pretenden ser identificados según su identidad y no según sus caracteres sexuales secundarios.

Para poder interpretar los resultados de esta muestra en el cuestionario IMAGEN, se usaron los dos perfiles de la prueba: el clínico y el perfil de la población general. Al situar las puntuaciones de la muestra en el perfil clínico, la insatisfacción corporal de las personas con disforia de género es leve-moderada. No obstante, si se trasladan las puntuaciones al perfil de la población general, la insatisfacción corporal de las personas con disforia de género sería grave. Estos datos son similares a los hallados por Vocks, Stahn y Loenser (2009), en los que las personas con disforia de género obtuvieron mayores niveles de insatisfacción que el grupo control, pero estos valores estuvieron por debajo de las personas con problemas alimentarios [22].

De hecho, se rechaza la hipótesis de que la muestra procede de poblaciones con valor esperado alto en el Test de Actitudes hacia la Alimentación. Se puede decir que son diferentes las actitudes alimentarias entre los sujetos con disforia de género y las personas con riesgo a sufrir un problema alimentario. No hubo diferencias por géneros en la muestra para esta prueba.

En relación a la diferencia por géneros, se rechaza la segunda hipótesis de estudio: no se encontraron diferencias por géneros en personas con disforia de género respecto al nivel de insatisfacción corporal. Estos resultados se cumplieron midiendo la insatisfacción corporal con la subescala de insatisfacción corporal del Inventario para los Trastornos de Alimentación y con el IMAGEN. Sin embargo, hay estudios en los que se han encontrado diferencias de género en patología alimentaria y aspectos relacionados con la insatisfacción corporal [22],[23].

Estos datos nos permiten especular sobre las posibilidades de que las personas con disforia de género, tengan un mayor riesgo a padecer algún problema relacionado con la imagen corporal o una patología alimentaria [23].

Conclusiones

Como conclusión general se puede afirmar que el nivel de insatisfacción corporal asociado a la delgadez, está por encima de la población general en personas con disforia de

género. Siendo la imagen corporal un aspecto importante de su condición, es fundamental estudiarla para poder abordar la parte de su insatisfacción corporal que se deba a la interiorización de los ideales de belleza. Con ello se busca evitar el desarrollo de problemas añadidos, como los trastornos alimentarios o los relacionados con la imagen corporal.

Notas

Aspectos éticos

La *Revista* tiene constancia de que el proyecto de este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona, España.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para el estudio ni tener conflictos de intereses asociados a la materia del mismo. Los formularios pueden ser solicitados al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Referencias

1. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades. 2003;(2):53-70.
2. Baile JI, Raich R, Garrido E. Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de autoadministración de una escala. *An Psicol*. 2003;19(2):187-192. | [Link](#) |
3. Sepúlveda AR, Calado M. Westernization: the role of mass media on body Image and eating disorders. En: *Relevant topics in eating disorders*. InTech, 2012 [on line]. | [Link](#) |
4. Bucchianeri MM, Serrano JL, Pastula A, Corning AF. Drive for muscularity is heightened in body-dissatisfied men who socially compare. *Eat Disord*. 2014;22(3):221-32. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Guðnadóttir U, Garðarsdóttir RB. The influence of materialism and ideal body internalization on body-dissatisfaction and body-shaping behaviors of young men and women: support for the Consumer Culture Impact Model. *Scand J Psychol*. 2014 Apr;55(2):151-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Cho A, Lee JH. Body dissatisfaction levels and gender differences in attentional biases toward idealized bodies. *Body Image*. 2013 Jan;10(1):95-102. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Rodríguez JM, Rabito MF. Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Salud y drogas*. 2011;11(1): 95-114. | [Link](#) |
8. Kamps CL, Berman SL. Body image and identity formation: the role of the identity distress. *ReviLatinoamericana de Psicol*. 2011; 43(2):267-277. | [Link](#) |
9. Gómez E, Esteva de Antonio I, Bergero T. La transexualidad, transexualismo o trastorno de identidad de género en el adulto: concepto y características básicas. *C Med Psicossom*. 2006;(78):7-12. | [Link](#) |

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Washington, DC: Author, 2013.
11. Gooren L. Introducción al tema de la transexualidad. *Revista de Sexología y Sociedad*, 2006;12(30):4-6. | [Link](#) |
12. Fernández M, García- Vega E. Variables clínicas en el trastorno de identidad de género. *Psicothema*. 2014;24(4): 555-560. | [Link](#) |
13. Becerra A. Transexualidad. La búsqueda de una identidad. Madrid: Díaz de Santos, 2003.
14. Bandini E, Fisher AD, Castellini G, Lo Sauro C, Lelli L, Meriggiola MC, et al. Gender identity disorder and eating disorders: similarities and differences in terms of body uneasiness. *J Sex Med*. 2013 Apr;10(4):1012-23. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
15. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982 Nov;12(4):871-8. | [PubMed](#) |
16. Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N. Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta Alimentaria EDI2. Madrid: TEA, 1998.
17. Solano N, Cano A. IMAGEN. Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal. Madrid: TEA, 2010.
18. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR, Muñoz P. Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto de Salud Pública, 2003.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
20. García E, Vázquez V, López JC, Arcila D. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*. 2003;45(3):206-210. | [Link](#) |
21. Baile JI, Velázquez-Castañeda A. Medición del riesgo de trastorno alimentario en una muestra de mujeres mexicanas: convergencia de tres técnicas de evaluación. *Revista Mexicana de Psicología*. 2006 Dic;23(2):225-233. | [Link](#) |
22. Vocks S, Stahn C, Loenser K, Legenbauer T. Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals. *Arch Sex Behav*. 2009 Jun;38(3):364-77. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
23. Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *J Psychol*. 2002 Nov;136(6):581-96. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Correspondencia a:

Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid
 Despacho 11. C/
 Ivan Pavlov, 6
 CP: 28049
 Madrid
 España



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.