

**INSATISFACCIÓN CORPORAL: DISMORFIA  
MUSCULAR, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA Y DISFORIA DE GÉNERO**



**María Frenzi Rabito Alcón**

**Universidad Autónoma de Madrid**



*Mucho más importante que ser perfecto físicamente*

*es sentirse bien dentro de tu piel*

*Rosa María Raich*



TESIS DOCTORAL

INSATISFACCIÓN CORPORAL: DISMORFIA MUSCULAR, TRASTORNOS DE  
LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DISFORIA DE GÉNERO.

Autora: María Frenzi Rabito Alcón

Director:

José Miguel Rodríguez Molina

Co- Director:

José Ignacio Baile Ayensa



Departamento de Psicología Biológica y de la Salud  
Universidad Autónoma de Madrid, 2015



## AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias a José Miguel Rodríguez, por los años que llevamos trabajando juntos, por tu guía y confianza y sobre todo por ser un buen amigo. Agradecer también la colaboración y guía como co- director a José Ignacio Baile.

Mi más sincero agradecimiento a la colaboración de todas las personas que accedieron a ayudarme en mi proyecto y que sin su ayuda no hubiera sido posible: Teresa Godás, Felipe Hurtado, Magdalena León, Luis Beato, M<sup>o</sup> Jesús Adán, Javier Correas, Silvia García y Rodrigo Puente.

Gracias M<sup>o</sup> Cabello, por ayuda, generosidad y profesionalidad que ha hecho que este trabajo haya sido posible.

Por supuesto, muchas gracias a cada una de las personas que accedieron de forma voluntaria a participar en mi estudio como muestra.

Agradecer a Juan Pérez y a mis padres su paciencia y apoyo, han sido cruciales para llegar a concluir el trabajo de tantos años.

Muchísimas gracias a todos mis amigos, familiares y compañeros que me han ayudado a que mi tesis fuera posible.



## ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	1
RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	9
PARTE I: INTRODUCCIÓN.....	15
1. IMAGEN CORPORAL E INSATISFACCIÓN CORPORAL .....	15
1.1 Definición de Imagen Corporal.....	15
1.1.2 Evolución del concepto de Imagen Corporal .....	15
1.2 Definición de Insatisfacción Corporal.....	16
1.2.1 Implicaciones de la Insatisfacción Corporal.....	17
2. EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SUS ALTERACIONES .....	19
2.1 Clasificación de las técnicas de evaluación.....	19
3. IMAGEN CORPORAL, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA .....	22
3.1 Bienestar psicológico .....	25
3.2 Satisfacción con la vida.....	26
3.3 Relación de la imagen corporal, el bienestar psicológico y la satisfacción vital .....	27
4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	29
4.1. Introducción histórica a los Trastornos del Comportamiento Alimentario.....	29
4.2 Definición y criterios diagnósticos.....	30

4.3 Técnicas de evaluación.....	32
4.4 Etiología.....	34
4.4.1 Modelos explicativos.....	34
5. DISMORFIA MUSCULAR .....	37
5.1. Introducción histórica a la Dismorfia Muscular.....	37
5.2 Definición y criterios diagnósticos.....	39
5.2.1 Diagnóstico diferencial.....	41
5.3 Técnicas de evaluación.....	57
5.4 Etiología.....	59
5.4.1 Modelos explicativos.....	59
6. DISFORIA DE GÉNERO .....	62
6.1. Introducción histórica a la Disforia de Género .....	62
6.2 Definición actual y criterios diagnósticos .....	66
6.3 Técnicas de evaluación.....	68
6.4 Etiología.....	70
6.4.1 Modelos explicativos.....	70
7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	73
7.1 Objetivos .....	73
7.2 Hipótesis.....	74
7.3. Instrumentos .....	76
PARTE II: ESTUDIOS EMPÍRICOS REALIZADOS.....	83

1. INSATISFACCIÓN COPORAL EN PERSONAS CON DISFORIA DE GÉNERO. .....	83
Estudio 1: Imagen corporal en personas con Disforia de Género (Rabito- Alcón y Rodríguez- Molina, 2015a). .....	84
Resumen.....	84
Abstract.....	85
Introducción .....	86
Método .....	90
Participantes .....	90
Instrumentos .....	90
Resultados .....	93
Discusión .....	96
2. INSATISFACCIÓN CORPORAL EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, PERSONAS CON DISFORIA DE GÉNERO Y ESTUDIANTES. ....	98
Estudio 2: Body Dissatisfaction differences and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria and university students. ....	99
Abstract.....	99
Introduction.....	100
Method.....	105
Participants .....	105
Instruments .....	107

Procedure.....	110
Results.....	110
Discussion.....	114
3. INSATISFACCIÓN CORPORAL EN PERSONAS DEPORTISTAS, PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, CON DISFORIA DE GÉNERO Y ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. ....	118
Estudio 3: Body Dissatisfaction: risks of an unhealthy body image.....	119
Abstract.....	119
Introduction.....	120
Method.....	127
Participants.....	127
Instruments.....	127
Procedure.....	128
Results.....	131
Discussion.....	133
Conclusions.....	134
4. SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	135
Estudio 4: Satisfacción con la vida y bienestar psicológico en personas con Disforia de Género (Rabito- Alcón y Rodríguez- Molina, 2015b). ....	136
Resumen.....	136
Abstract.....	137
Introducción.....	137

Método .....	147
Participantes .....	147
Instrumentos .....	147
Procedimiento.....	148
Resultados .....	148
Discusión .....	151
Conclusiones .....	153
Estudio 5: Relación entre la insatisfacción corporal y el bienestar y la satisfacción vital de diversos grupos de estudio. ....	154
Resumen.....	154
Abstract .....	155
Introducción .....	155
Método .....	159
Participantes .....	159
Instrumentos .....	160
Procedimiento.....	161
Resultados .....	162
Conclusiones .....	166
PARTE III: CONSIDERACIONES FINALES.....	171
1. Discusión General .....	171
2. Limitaciones y líneas de acción futuras .....	177

3. Conclusiones Generales .....	179
4. Implicaciones Prácticas.....	180
REFERENCIAS .....	183
LISTADO DE FIGURAS.....	205
LISTADO DE TABLAS .....	207
ANEXOS .....	211
ANEXO 1: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA Y DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA .....	213
ANEXO 2: BATERÍA DE CUESTIONARIOS .....	215

## **PRESENTACIÓN**

La tesis que a continuación se presenta está organizada como un compendio de estudios sobre la insatisfacción corporal en personas con disforia de género, personas con trastornos de la conducta alimentaria, deportistas y estudiantes universitarios. En la primera parte del manuscrito se expone una introducción global a los estudios definiendo las variables de investigación, ya sean los trastornos o condiciones personales, analizando igualmente las técnicas de evaluación de dichas variables. Esta primera parte finaliza señalando cuáles son las hipótesis de trabajo generales investigadas. En la segunda parte, se detallan cada uno de los estudios realizados, y por último, en la tercera parte se ha realizado una conclusión general a todos los estudios y de los objetivos alcanzados con las investigaciones.

A continuación se detallan los estados de publicación en los que se encuentran cada uno de los estudios:

Estudio 1: titulado “Imagen corporal en personas con Disforia de Género” enviado a la revista Biomédica Revisada por Pares MEDWAVE. MEDWAVE está indexada en MEDLINE/ PubMed, LILACS, DOAJ, Latindex y en Google Scholar. Reconocida por CONYCIT como revista científica bajo el número ISSN 0717- 6384. El artículo correspondiente al Estudio 1 se mandó a la revista el 22 de diciembre del 2014 y ha sido aceptado para su publicación el 5 de mayo del 2015. Publicado el 15 de mayo del 2015.

Estudio 2: titulado “Body Dissatisfaction differences and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria and university students” enviado a la revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Esta revista tuvo un factor de impacto entre 2005- 2009 (RESH): 2.46, en 2011 (in- RECS): 1.311. Indexada en SCOPUS, in-

RECS, RESH, Academic Search Premier, Academic Search Complete, PsycINFO, PSICODOC, a360grados, ISOC (CSIC), DICE, Dialnet, Latindex, e- Spacio, MIAR, FEAD, DULCINEA, Sumaris CBUC, Psyke, ULRICH'S, RCS, COPAC, ZDB y PubPsych. Artículo enviado a la revista el 17 de abril del 2015, actualmente se encuentra en revisión.

Estudio 3: titulado “Body Dissatisfaction: risks of an unhealthy body image” enviado a la revista Anales de Psicología. Índice de impacto en 2009 en JRC (Journal of Citation Reports): 0.244, en 2010 fue de 1.338, en 2011: 0.568, en 2012: 0.552 y en 2013: 0.549. Revista indexada en Social Science citation science citation Index Expanded, SCOPUS, PsycINFO, ERIH, PIO, J- Gate, ULRICH'S, Open Science Directory, Scirus, DOAJ, PsychSpyder, Psyline, Google Scholar, PSICODOC, ISOC (CSIC), Dialnet, BVS- España, e- revistas, RECOLECTA, ScieELO, Latindex, Red ALyC y Pserinfo. El artículo se envió el 20 de enero de 2015. Actualmente se encuentra en revisión tras haber pasado del primer filtro el 31 de enero de 2015.

Estudio 4: titulado “Satisfacción con la vida y bienestar psicológico en personas con Disforia de Género” enviado a la revista Actas españolas de Psiquiatría. Revista con un factor de impacto en 2013 en JRC de 0.759. Indexada en CC, EMBASE, MEDLINE/ PubMed, PSYCLIT, SCI, SCOPUS, Academic research Complete e IME. Artículo aceptado, actualmente en edición para su publicación.

Estudio 5: titulado “Relación entre la insatisfacción corporal y el bienestar y la satisfacción vital de diversos grupos de estudio” enviado a la revista Intervención Psicosocial. Revista con índice de impacto 0.060 en in- RECS en 2009. Indexada en A+ANECA, Academic Research Complete, DICE, RESH, DOAJ, Google Scholar, IBECS, in- RECS, ISOC (CSIC), Latindex, PSICODOC, PsycINFO, Psyke, Redalyc,

ScienceDirect. Artículo enviado a la revista el 2 de junio de 2015, actualmente se encuentra en revisión.



## RESUMEN

En la presente tesis se muestra un conjunto de investigaciones sobre insatisfacción corporal asociada a la delgadez (a la que aludiremos a lo largo del manuscrito simplemente como insatisfacción corporal) en distintos grupos de estudio y su asociación con el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida. Específicamente se estudiaron los siguientes objetivos: analizar la insatisfacción corporal en personas con disforia de género (DG) y las diferencias, si las hubiera entre transexuales masculinos (FtMs) y transexuales femeninos (MtFs). En segundo lugar, conocer la insatisfacción corporal y el riesgo a padecer dismorfia muscular (DM) en personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y compararla con la insatisfacción corporal y el riesgo a padecer DM en personas con DG, deportistas y la población general. Por último, analizar relación entre insatisfacción corporal y la satisfacción con la vida que pueden tener las personas de los distintos grupos y por géneros, así como la relación entre el bienestar psicológico y la insatisfacción con el cuerpo.

Para poder comprobar estos objetivos se realizaron 5 estudios. En el estudio 1 se evaluó la insatisfacción corporal en personas con DG usando los puntos de corte en dos test muy empleados en investigaciones sobre esta variable: la sub-escala de insatisfacción corporal del EDI- 2 y el cuestionario IMAGEN. No hay un cuestionario específico validado y fiable para medir insatisfacción corporal en personas con DG. Una vez evaluada el nivel de insatisfacción corporal de las personas con DG según los parámetros correspondientes a población clínica y población general, en el estudio 2, se pusieron a prueba los resultados obtenidos por los puntos de corte con muestra correspondiente a población clínica (personas con TCA) y población general (un grupo de estudiantes universitarios). En el estudio 3, debido al incremento de problemas

relacionados con la insatisfacción corporal en hombres y el auge de problemas emergentes como la dismorfia muscular, se incluyó un grupo de deportistas por la relación histórica entre la práctica deportiva y la dismorfia muscular. Además se administró el Test Breve de Vigorexia para estudiar el riesgo a padecer DM en la muestra. Por otro lado, hay pocos estudios sobre el bienestar en personas con DG. En el estudio 4, teniendo en cuenta todas las implicaciones sociales, personales y laborales que conlleva esta condición, se analizaron el bienestar psicológico y la satisfacción vital en este grupo. Por último, en el estudio 5, se analizaron las relaciones entre la insatisfacción corporal y las variables bienestar psicológico y satisfacción con la vida en todos los grupos de estudio.

Se realizaron estudios transversales de medida única. El dictamen del Comité de Ética de Investigación Clínica puede verse en el Anexo 1. Toda la muestra que participó en los distintos estudios lo hizo de manera voluntaria y tras firmar un consentimiento informado en el que se especificaban los detalles del estudio. Los datos de la muestra de DG fueron obtenidos de la Unidades de Disforia de Género del Hospital Clinic de Barcelona y el Centro de Salud Fuente de San Luis en Valencia. La muestra de personas con diagnóstico de TCA se obtuvo del Hospital General de Ciudad Real y el Centro Psicológico Adán. La muestra de deportistas se obtuvo de jugadores de voleibol en liga semi- profesional, bailarines y opositores al cuerpo de bomberos en la Comunidad de Madrid. La muestra de estudiantes universitarios se obtuvo de la Universidad Autónoma de Madrid. En cada caso se calcularon los estadísticos descriptivos, correlaciones entre variables y ANOVAS entre otras pruebas inferenciales.

Los resultados de los distintos estudios indican que las personas que tienen mayor insatisfacción corporal se perciben con menos bienestar y están menos

satisfechos con sus vidas. Las personas con DG muestran mayor insatisfacción que las personas del grupo control y el grupo de deportistas. Sin embargo, la insatisfacción corporal de las personas con TCA es mayor que la presentada en personas con DG. A pesar de ello, este grupo no tiene una mala percepción sobre su bienestar y están medianamente satisfechos con sus vidas. Finalmente, en general, parece que la insatisfacción corporal y las horas de práctica deportiva parecen predecir el bienestar psicológico y la satisfacción vital de los sujetos.



## ABSTRACT

A group of researches about body dissatisfaction associated with thinness (which we will refer to throughout the manuscript just as body dissatisfaction) in analysed group and in relation with the psychological wellbeing and life satisfaction are presented along this thesis. Specifically, it was studied the body dissatisfaction in people with (GD) was studied, and the different, if it were the case, between FtMs and MtFs. Secondly, get to know the body dissatisfaction and the risk of suffering muscle dysmorphia (MD) in people with eating disorders (ED) and compare it with body dissatisfaction and the risk of suffering MD in people with GD, sports and general population. Last, analyse the relation between body dissatisfaction and the satisfaction with life which could have people of the different groups and separated by genders, as well as, the relation between the psychological wellbeing and body dissatisfaction.

To be able to confirm these objectives, 5 studies were carried out. In the first study it was evaluated body dissatisfaction in people with GD using the cut-off point in two tests commonly used in researches about this variable: EDI- 2 body dissatisfaction sub- scale and IMAGEN test. There is no specific test, valid and trusted to measure body dissatisfaction in people with GD. After assessing the level of body dissatisfaction of people with GD according to the parameters corresponding to clinical people and general population, in the study 2, it was analysed the results obtained by cut-off points with a sample corresponding to clinical population (people with ED) and general population (a group of university students). In the study 3, due to the increasing of problems related to body dissatisfaction in men and the rising of emerging problems with muscle dysmorphia, a group of sports is included because of the historic relation between the practising of sports and the muscle dysmorphia. Also, the 'Test Breve de

Vigorexia' was included to see the risk of suffering MD in the sample. On the other hand, there are few studies about wellbeing in subjects with GD. In study 4, taking into account all the society, personal and labour implications that could imply this illness, is studied the psychological wellbeing and life satisfaction in this group. Last, in our Study 5 is analysed the relation between body dissatisfaction and the welfare in all the groups of the study.

Cross studies of unique measure were carried out. Ethics Committee of Clinical Research document can be seen in Annex 1. The entire sample that has taken part into the different studies did it voluntarily and after signing an informed consent, which specifies all the details of the study. Sample data of GD were obtained from the Unit of gender dysphoria of the 'Hospital Clinic of Barcelona and from the 'Centro de Salud de San Luis' in Valencia. The sample of people with a diagnosis of ED was obtained from the Hospital General of Ciudad Real and from the 'Centro Psicológico Adán'. The sample of sports was formed by volleyball players from a semi-professional league, ballerinas and candidates to fire fighters of the Comunidad de Madrid. The sample of university students was obtained from 'Universidad Autónoma de Madrid'. In each case all the descriptive stats were calculated, correlations between factors and ANOVAS among other inferential test.

The results of the different studies indicate that people who have higher body dissatisfaction show less wellbeing and are less satisfied with their lives. People with GD show more dissatisfaction than students and sports groups. However, people with ED show more dissatisfaction than people with GD. Despite of which this group has no bad perception about their wellbeing and is moderately satisfied with their lives. In

general, it seems that body dissatisfaction and time practising sport seem to relate psychological wellbeing and vital satisfaction of the subjects.



## **PARTE I: INTRODUCCIÓN**



## **PARTE I: INTRODUCCIÓN**

### **1. IMAGEN CORPORAL E INSATISFACCIÓN CORPORAL**

#### **1.1 Definición de Imagen Corporal**

A lo largo de la historia, el concepto de imagen corporal ha ido evolucionando especialmente desde principios del siglo XX según Baile (2003). Este autor propone una definición de imagen corporal como constructo psicológico complejo, que hace referencia 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. Por consiguiente, la imagen corporal no sólo se refiere a 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.

#### **1.1.2 Evolución del concepto de Imagen Corporal**

El interés sobre la imagen corporal como ente independiente surgió en los años sesenta del siglo XX al ponerse de manifiesto la importancia de ésta en la Anorexia Nerviosa (Brunch, 1962).

En 1990, Thompson concibe el constructo de imagen corporal integrado por tres componentes: perceptual, subjetivo y conductual. El componente perceptual hace referencia a la precisión con la que se percibe el tamaño corporal, de sus distintas partes o del cuerpo en su totalidad. El componente subjetivo (cognitivo/ afectivo) se refiere a las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que se tienen sobre el cuerpo.

Por último, el componente conductual se refiere a las conductas que provocan la percepción y los sentimientos sobre el cuerpo.

En la misma línea Rosen (1990) define la imagen corporal como un concepto que se refiere a la manera que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Recogiendo las aportaciones de varios autores Raich (2000), propone una definición integradora de imagen corporal: la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de las actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

En resumen, podríamos decir que la imagen corporal es un concepto complejo, que incluye tanto componentes perceptivos y cognitivo-afectivos, como otros de tipo actitudinales y conductuales.

## 1.2 Definición de Insatisfacción Corporal

Se estima que tener una imagen corporal negativa condiciona muchos aspectos en la vida de una persona ya que, la imagen corporal es una parte importante del autoconcepto además de una parte importante de la propia identidad (Gauntlett, 2008).

La insatisfacción corporal se refiere al malestar y la insatisfacción que siente una persona con su cuerpo. Incluye valoraciones de partes específicas de todo el cuerpo o partes de él, que tienden a sobreestimar o distorsionar sus proporciones y ello con connotaciones negativas (Baile y Velázquez- Castañeda, 2006).

Estas evaluaciones de partes o de la totalidad del cuerpo incluyen cogniciones que hacen referencia a los patrones de pensamiento en los que la apariencia física se cuestiona, se compara o existen deseos de modificarla, pasando a ser percibida de forma negativa. Estas cogniciones provocan a su vez, emociones que se despiertan mediante esas cogniciones son de malestar y en general hacen referencia a la ira, la ansiedad, la tristeza y los comportamientos que se producen están muy asociados a conductas de evitación, comprobación y purgación (Solano y Cano, 2010). Así, la insatisfacción con la imagen corporal se define como “una manifestación de desacuerdo del individuo con la forma y tamaño de su cuerpo o partes de él, que no se corresponde con una realidad objetiva” (Baile, Raich y Garrido, 2003).

#### 1.2.1 Implicaciones de la Insatisfacción Corporal

La preocupación excesiva por la imagen corporal no es exclusiva de nuestros días. Cada periodo de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y como consecuencia de esto, la imagen corporal está influida por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales (Vaquero, Alacid, Muyor y López 2013). En la actualidad existen unos estándares de belleza basados en modelos de delgadez en las mujeres y de musculación para hombres, suponiendo la internalización de estos ideales un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal. Además, el ideal de belleza incluye en mayor o menos medida la identidad sexual ya que, si una persona se siente una mujer debe de parecer una mujer y viceversa.

Durante muchos años, la imagen corporal se ha relacionado con el éxito social y medios de comunicación ha ayudado a difundir los estándares de la mujer y la belleza masculina, a menudo mostrando cuerpos irreales (Sepúlveda y Calado, 2012). Mientras que en la década de los 80, las preocupaciones sobre la imagen corporal eran un

problema reservado para las mujeres, estudios recientes han mostrado una creciente preocupación imagen corporal masculina (Bucchianeri, Serrano, Pastula y Corning, 2014; Guðnadóttir y Garðarsdóttir, 2014). Las diferencias de género, en términos de contenido y estructura de las dimensiones del cuerpo, son relevantes. Los hombres tienden a estar más preocupados por su fuerza corporal. Las partes del cuerpo que les preocupan más a los hombres son el pecho, los brazos y la masa muscular. Desean un pecho definido y musculoso, con los deltoides muy musculados y unos abdominales muy marcados. Sin embargo, las mujeres están más preocupadas por su peso (Cho y Lee, 2013; Sepúlveda y Calado, 2012). Desean vientre plano, cintura delgada, pechos prominentes y un cuerpo delgado en general. Incluso se establecieron las medidas del cuerpo de la mujer perfecta (90-60-90) para definir las proporciones ideales. La mujer de medidas perfectas tendría una circunferencia del pecho y de cadera de 90 cm y una medida de cintura de 60 cm.

Los ideales del cuerpo se han asociado con problemas de salud, como en el caso de los trastornos alimentarios en las mujeres. En los últimos 10 años y al mismo tiempo que se producía la aparición de una ideal corporal masculino muy musculado, se documentaron los primeros casos de vigorexia o dismorfia muscular (Rodríguez-Molina y Rabito, 2011).

Actualmente, no existen dudas acerca de la relevancia de insatisfacción corporal en los trastornos alimentarios. En la mayoría de los casos, la patología alimentaria comienza con la decisión de bajar de peso, pero esa decisión no tendría lugar sin la existencia de malestar hacia el cuerpo. De hecho, la insatisfacción corporal se considera uno de los factores de riesgo más importantes (Perpiñá, Marco, Botella y Baños, 2004; Smolak y Thompson, 2009). Además, según el modelo cognitivo del mantenimiento de

los trastornos alimentarios (Fairburn, 2008) la "psicopatología" de estos trastornos consiste en la preocupación excesiva por la forma y el peso del cuerpo y la autoestima se juzga en gran parte, o incluso exclusivamente, en términos de insatisfacción-satisfacción con estos aspectos.

## 2. EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SUS ALTERACIONES

### 2.1 Clasificación de las técnicas de evaluación

Al abarcar tantos aspectos la imagen corporal no puede proponerse un método único para evaluar dicha imagen corporal, su alteración o la insatisfacción relacionada. Inicialmente se consideraban que deberían ser evaluados los componentes perceptuales y cognitivos- afectivos, pero posteriormente, las técnicas de evaluación de la imagen corporal se han ido ampliando y se propone la evaluación de más dimensiones (Baile, 2004).

Por un lado, tenemos las técnicas para evaluar las alteraciones perceptuales que comprenderían técnicas para modificar la imagen y de técnicas para la estimación del tamaño. Las técnicas de modificación de imagen fueron las primeras técnicas utilizadas en los años 60 para la evaluación de la imagen corporal en obesidad. Dentro de las técnicas para modificar la imagen nos encontramos con la técnica del espejo distorsionante, la técnica de la fotografía distorsionada, la técnica de la distorsión por video y las técnicas de modificación por ordenador. En todas estas técnicas se manipula con distintos medios la imagen del sujeto y se evalúa la diferencia entre la imagen que el sujeto cree tener y la que realmente tiene. Las técnicas de estimación del tamaño como la técnica del calibre móvil y el dibujo de la propia imagen, fueron las primeras utilizadas en el ámbito de los TCA con el objetivo de evaluar si el sujeto estima con

precisión el tamaño de su cuerpo total o de algunas partes. La técnica del calibre móvil requiere al sujeto que ajuste un calibre móvil o dos rayos de luz estimando el tamaño de ciertas partes del cuerpo como la distancia que se indica en el calibre, o la separación entre los dos puntos de luz reflejados en una pared. Se calcula el error de estimación calculando la ratio  $\text{Tamaño Estimado} / \text{Tamaño Real}$ . La técnica del dibujo de la propia imagen es mucho más simple que la anterior: se le pide al sujeto que se sitúe delante de una pared con una pizarra y se le indica que marque los puntos referentes a la separación entre las diferentes partes de su cuerpo y se comprueba la sobreestimación midiendo el ratio entre el tamaño dibujado y el real.

Por otro lado, las técnicas para evaluar el componente subjetivo abarcan en primer lugar, las técnicas de evaluación de la satisfacción con la figura como las escalas de siluetas y en segundo lugar, escalas y cuestionarios sobre aspectos subjetivos de la imagen corporal. Las primeras, son técnicas que valoran el grado de satisfacción que genera la figura o forma del cuerpo autopercebido y se incluyen las escalas de siluetas, la técnica del espejo y la técnica de proyección/ comparación de la figura. Respecto a los cuestionarios y escalas sobre aspectos subjetivos de la imagen corporal, se han propuesto multitud de cuestionarios y escalas tanto multidimensionales como específicos.

Por último, las técnicas para evaluar el aspecto comportamental incluyen escalas y cuestionarios autoinformados, autorregistros y técnicas de observación. El objetivo de estas técnicas es explorar si una alteración de la imagen corporal se está manifestando a partir de ciertas conductas patológicas o no adaptativas, o es la intensidad de ciertas conductas, lo que es patológico.

Además de lo anterior, se puede evaluar la imagen corporal a través de entrevistas estructuradas y la exploración clínica entre otras técnicas a parte de la clasificación anterior.

En diferentes cuestionarios se han introducido sub-escalas de insatisfacción corporal, como en el Eating Disorders Inventory 2 (EDI- 2; Garner, 1991), cuya escala consta de nueve ítems que evalúan la creencia de que determinadas partes corporales son demasiado grandes (véase Anexo 2, 3º parte). Unas puntuaciones de 11 (punto de corte más sensible) o 14 (punto de corte más específico) indican que una persona presenta insatisfacción corporal desadaptativa (García, Vázquez, López y Arcila, 2003). Otros estudios consideran una puntuación de 16 como punto de corte para indicar la posibilidad de un trastorno de la imagen corporal asociado a un trastorno de la alimentación (Baile y Velázquez- Castañeda, 2006).

En 2010, Solano y Cano crearon el cuestionario IMAGEN (véase Anexo 2, 4º parte) para evaluar la insatisfacción de la imagen corporal en sus diferentes componentes. Este cuestionario parece adaptarse más a los dos sexos a la hora de medir la insatisfacción corporal de los sujetos. Permite la obtención de una puntuación total de insatisfacción con la imagen corporal y puntuaciones en sus principales componentes: cognitivo- emocional, perceptivo y conductual. La escala ICE (componente de insatisfacción cognitivo- emocional) consta de 21 ítems y hace referencia a pensamientos y emociones propias de la insatisfacción con la imagen corporal. La escala IPE (componente de insatisfacción perceptiva) consta de 10 ítems y evalúa la creencia o sensación subjetiva de haber alcanzado un peso por encima del deseado o una figura deformada que no corresponde con los datos objetivos. Por último, la escala ICL (componente de insatisfacción comportamental) se compone de 7 ítems y

mide la frecuencia con la que se producen comportamientos que son propios de las personas con patología alimentaria. Además en esta escala, la distorsión perceptiva esta medida de forma indirecta por medio de la escala perceptiva, lo que permite que de forma rápida obtengamos una medición sobre la posible distorsión de diferentes aspectos corporales.

Sin embargo, en las diversas técnicas para evaluar la insatisfacción corporal se ha encontrado el inconveniente de que la mayoría de los instrumentos fueron creados para medir esta insatisfacción corporal asociada a la delgadez en mujeres con problemas alimentarios y pocos se pueden adaptar a la evaluación de una insatisfacción corporal en general y a la masculina.

### 3. IMAGEN CORPORAL, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA

La Psicología como disciplina científica se ha centrado tradicionalmente en estudiar constructos como depresión, ansiedad, autoestima, etc. Sin embargo, en los últimos tiempos, los estudios se han ido focalizando en estudiar científicamente las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos (Seligman, 2000; Seligman, 2003).

Desde esta perspectiva, la psicología debe actuar para el bienestar o salud de los individuos y las comunidades, por lo que se hace necesario explorar aquellas variables que pueden intervenir en dicho bienestar en los distintos ámbitos en que se desarrollan.

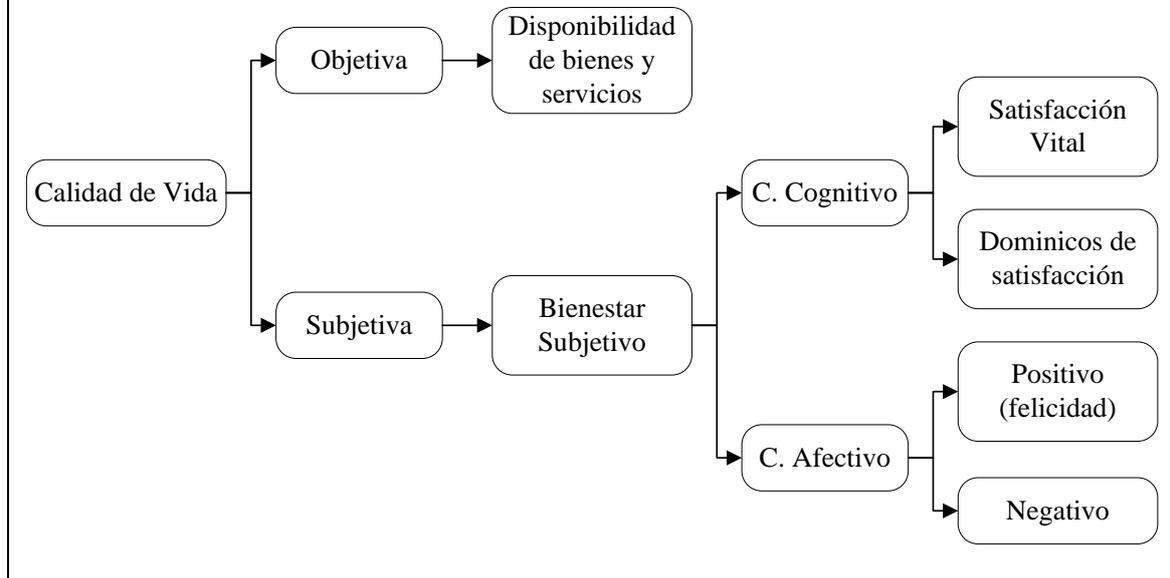
Los estudios sobre bienestar se iniciaron hace unos 50 años y su transcurso dio lugar a dos grandes tradiciones: la hedónica y la eudaimónica (también denominada

eudemónica). En la hedónica se estudia el bienestar subjetivo (cómo y por qué la gente experimenta su vida de forma positiva) mientras que la eudaimónica se centra en el bienestar psicológico, donde el desarrollo personal, la manera de afrontamiento, el esfuerzo y el afán por conseguir metas que resultan relevantes (Zubieta y Delfino, 2010). La tradición eudaimónica no solo integra aspectos psicológicos, sino también toma en consideración la dimensión individual y social. Se entiende, por tanto, que la tradición hedónica se relaciona con la calidad de vida, tomando como base las características del ambiente y el grado de satisfacción experimentado por las personas. Sin embargo, la eudaimónica se centra en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como indicadores del funcionamiento positivo (Abello et al., 2008).

Ryan y Deci (2001) reformulan la división entre bienestar hedónico y eudaimónico, según la cual el modelo hedónico se centraría en la satisfacción personal y el segundo en los procesos de maduración y desarrollo personal (Moreno, 2007).

Moyano y Ramos en 2007 proponen un modelo que relaciona los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad (véase en la Figura 1). A pesar de que existe evidencia empírica de que los aspectos cognitivos y afectivos del bienestar están relacionados, existen dificultades para evaluar esta relación dividiéndose las posiciones entre quienes sostienen que son componentes independientes de quienes afirman que son aspectos relacionados (Diener, 1994).

Figura 1. Relación entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad (Tomado de Moyano y Ramos, 2007)



La Sociedad de Psicología Positiva de Reino Unido expone:

Hay una advertencia más en la historia del bienestar hedónico y eudaimónico. El concepto de satisfacción con la vida ha sido firmemente asignado a la tradición hedónica por los defensores del paradigma eudaimónico, indican que esta idea en realidad es cuestionable. Uno puede estar satisfecho con la vida de uno si se quiere buscar la felicidad y está persiguiendo la felicidad con éxito, o si se opta por vivir una vida más orientada a lo eudaimónico y esto es exactamente lo que está haciendo. Recuerde, satisfacción con la vida no es más que una congruencia entre el presente y una situación ideal, los cuales son un reflejo de la propia apreciación subjetiva de la vida de la persona. Por lo tanto, la satisfacción de la vida puede ser concebida como una evaluación

independiente y subjetiva de la situación actual de la propia vida, que puede ser orientada hedónicamente o eudaimónicamente (Boniwell, 2012).

Lo que viene a decirnos aquí dicha Sociedad en resumen, es que aunque la satisfacción con la vida se ha ubicado tradicionalmente como parte del concepto hedónico de bienestar, su objeto puede ser situado tanto desde una orientación hedónica como eudaimónica.

Los estudios sobre la satisfacción con la vida se han situado, mayoritariamente, en el contexto general de la investigación del bienestar subjetivo. Este concepto de bienestar subjetivo incluye dos componentes claramente diferenciados y que han seguido líneas de investigación paralelas: por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones (Diener y Lucas, 1999). En la actualidad se establece una diferencia entre el bienestar subjetivo emocional, que se suele denominar bienestar psicológico y el cognitivo o satisfacción con la vida. Teniendo en cuenta la evolución hedónica/eudaimónica parece que se consideran ambas tradiciones en la satisfacción con la vida y que esta además hacen referencia a dos componentes importantes, el cognitivo y el emocional.

### 3.1 Bienestar psicológico

El bienestar psicológico ha sido ampliamente estudiado como medida de salud mental. La felicidad comenzó siendo un tema filosófico que luego pasó a ser considerado un tema sociológico ligado a la calidad de vida de las naciones. Los sociólogos encontraron que una mejora objetiva de las condiciones materiales de la vida

de las personas (salud, educación, economía) no traía aparejado un avance en los niveles de felicidad. Más dinero, más inteligencia, más atractivo físico, explica solo el 10% del bienestar de las personas (Castro, 2009; Lyubomirsky, 2007). Las razones de por qué las personas eran más felices pasaron así al territorio de la Psicología a mediados de los años 70, ya que se consideró que la respuesta residía en causas más internas. Por tanto, en lo que concierne al concepto de bienestar psicológico/ felicidad, podemos decir que se trata de un estado psicológico de tipo emocional y cognitivo de las personas, que se encuentra distribuido en las poblaciones de los países con relativa independencia del nivel de desarrollo alcanzado por éstos. Así, tanto en países muy ricos como muy pobres se encuentra gente feliz y además, hay gente feliz independientemente de su nivel educacional e ingresos económicos (Moyano y Ramos, 2007).

### 3.2 Satisfacción con la vida

La Satisfacción con la Vida es un constructo relevante en el análisis de la calidad de vida de las personas. Este concepto ha suscitado interés en numerosas investigaciones sobre diversas poblaciones (Garrido, Fernández, Villalba, Pérez y Fernández, 2010). Por ejemplo, se sabe que una alta satisfacción con la vida se relaciona con un menor número de enfermedades físicas y mentales, una mayor felicidad, y, en general, con otras medidas de calidad de vida (Diener, 1994; Michaloes, 1986).

Diener, Emmons, Larsen, y Griffin crean en 1985 la Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), una escala de cinco ítems para medir la Satisfacción con la vida en la población general. Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert del grado de acuerdo, con rango de 1 a 7.

En el año 2000 (Atienza, Pons, Balaguer y García, 2000) se realizó una adaptación al español en la que se reduce el número de opciones, contando con una escala Likert de valores comprendidos entre 1 y 5 (véase Anexo 2, 5º parte). Esta versión (con ítems valorados de 1 a 5) ha sido empleada posteriormente en una muestra de estudiantes universitarios (Reig, Cabrero, Ferrer y Richart, 2001), encontrándose una fiabilidad de .83 estimada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Otro estudio con esta versión, en este caso con una muestra de mujeres embarazadas y puérperas (Cabañero et al., 2004), informa también sobre propiedades psicométricas adecuadas, encontrándose una consistencia interna de .82 y mostrando los resultados que la eliminación de cualquiera de los cinco ítems no aumenta la consistencia interna de la escala. Más recientemente en el 2010, Garrido y colaboradores (Garrido et al., 2010) en su estudio sobre validez de la adaptación al español de la escala de satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios concluyeron que la SWLS es una herramienta válida para la medida de la satisfacción con la vida en universitarios españoles.

### 3.3 Relación de la imagen corporal, el bienestar psicológico y la satisfacción vital

La construcción de la imagen corporal supone un fuerte impacto en el desarrollo vital de las personas, jugando un papel determinante en la salud psicológica de las mismas (Pruzinsky y Cash, 1990). Por otro lado, la valoración subjetiva y social del cuerpo se encuentra muy condicionada por el contexto socio-cultural (Toro, 1996).

En la publicidad se presentan una serie de imágenes que pueden provocar en el espectador preocupación por la delgadez, la insatisfacción corporal, la frustración con el peso, el miedo a no pertenecer al estándar social y por tanto, mayor riesgo de padecer un trastorno de la imagen corporal. En la población objeto de estas campañas, el comparar

su figura corporal con imágenes publicitarias de belleza física, a las que se atribuye atractivo, felicidad, popularidad y éxito se incrementa el riesgo de padecer un trastorno de este tipo. En la sociedad actual la persona delgada es valorada positivamente (Perpiña, 1989), con el consiguiente aumento de autoestima. En la misma línea de investigación Hsu (1989) sostiene que las personas con una imagen corporal cercana al ideal de belleza están mejor evaluadas por el resto de la sociedad y además sus relaciones interpersonales son más satisfactorias. Baile y Osorio (2008) realizaron un estudio sobre la relación entre autoestima, imagen corporal y tendencia a sufrir TCA en un grupo de adolescentes mexicanos en el que hallaron una relación positiva y significativa entre una mala autoimagen o insatisfacción corporal y niveles bajos de autoestima y que una autoestima baja se relaciona más con la evaluación de la insatisfacción corporal que con la tendencia de sufrir TCA.

Otros estudios han demostrado la relación entre insatisfacción corporal y felicidad o bienestar, estableciéndose una relación inversa (Ortega, Rodríguez, Díaz, Fernández y Villa, 2014), cuanto más insatisfecho se está con el cuerpo más se incrementan el malestar y las emociones negativas. En un estudio sobre obesidad y satisfacción con la vida se observó que la insatisfacción corporal predice la satisfacción con la vida (Guzman y Luigi, 2009). Rodríguez (2005) en la línea de Umberson y Hughes (1987), constata que existe interdependencia entre todos los subdominios del autoconcepto físico y el bienestar subjetivo de modo que aquellos que presentan un autoconcepto físico positivo también ofrecen niveles altos de felicidad, y viceversa quienes muestran pobres niveles de auto-percepción física también se perciben con menor bienestar psicológico.

## 4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

### 4.1. Introducción histórica a los Trastornos del Comportamiento Alimentario

En Europa en la Edad Media, las religiosas se sometían a ayunos muy prolongados por ser considerados como algo milagroso. En los siglos VII y VIII los médicos comenzaron a estudiar estos casos y fueron etiquetados como “*inedia prodigiosa*” o “*anorexia mirabilis*” (Baile, 2004). En 1873 Charles Lasègue, y Sir William Withey Gull, casi simultáneamente, describen con absoluta precisión y detalle cuadros de anorexia nerviosa, denominándolos respectivamente "apepsia histérica" y "anorexia nerviosa", descartando, tras dudas iniciales, la causalidad orgánica de la enfermedad (Baile y González, 2010). El mismo sentido fenomenológico que en la Edad Media europea se manejó de alguna manera unos años más tarde el psicoanálisis: la renuncia al cuerpo con caracteres sexuales y en consecuencia fuente de placer y atracción libidinal, en aras de conseguir una absoluta espiritualidad; un sentido de la existencia marcado por la penitencia, el sacrificio y también la productividad intelectual y artística. Es decir, a través de la restricción y de la purga, se conseguía la pérdida de cualquier rastro de femineidad potencialmente pecaminosa, elevándose el espíritu hasta el misticismo. Se trataba de mujeres ascéticas, resistentes, alejadas del mundo material, con una fuerza interior que les permitía sobrevivir a las privaciones, aun desarrollando una gran actividad.

En 1914, Simmonds, a partir de estudios necrópsicos establece una nueva hipótesis causal de la anorexia: la disfunción hipofisaria, denominándola "*caquexia hipofisaria*". Esto supone un drástico cambio en la perspectiva etiopatogénica del trastorno, que hasta 1938 pasa a ser considerado de causalidad orgánica, año en el que Sheehan establece claramente las diferencias entre anorexia y caquexia hipofisaria de

origen isquémico, lo cual no impide que hasta los años 50 la anorexia nerviosa sea considerada de origen endocrinológico (como se citó en San Sebastián, 1999).

Los trabajos de Hilde Bruch en 1973, hicieron hincapié en la distorsión de la imagen corporal en TCA (Russell, 1970, 1977), concertando las hipótesis más biologicistas con las sociales y psicológicas. Autores como Garfinkel y Garner (1982), han contribuido a un establecimiento del modelo vigente de la anorexia nerviosa como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes, con arreglo a un modelo etiopatogénico bio-psico-social (San Sebastián, 1999).

#### 4.2 Definición y criterios diagnósticos

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) han ido en aumento desde hace años, mayoritariamente en las mujeres, y se caracteriza por una alteración persistente de la alimentación o una alteración del comportamiento relacionado con la alimentación que conduce a una alteración en el consumo o la absorción de los alimentos y causan un deterioro significativo de salud física o el funcionamiento psicosocial. En el DSM- 5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5º edición, por sus siglas en inglés; American Psychiatric Association, 2013) se denomina a los TCA como Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, por su mayor tradición en este manuscrito aludiremos a ellos como TCA. Dentro de los TCA se incluyen a los trastornos de rumiación, el trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracones y otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta no especificados (TCANE). En este capítulo nos vamos a centrar en tres de los TCA: la AN, la BN y TCANE. Los

criterios DSM- 5 para establecer sus diagnósticos se exponen a continuación (American Psychiatric Association, 2013):

Por un lado, en los criterios de diagnósticos para la AN se incluye una restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, el curso de su desarrollo y su salud física. Un miedo intenso a ganar peso o engordar y, finalmente, alteración en la forma en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en autoevaluación o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Por otra parte, los criterios diagnósticos para la BN incluyen episodios recurrentes de atracones y conductas compensatorias inapropiadas (como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, ayuno o ejercicio excesivo) a fin de evitar el aumento de peso. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, por lo menos 1 vez a la semana durante 3 meses. La autoevaluación está indebidamente influida por la constitución y el peso corporal, y la alteración no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Por último, el diagnóstico de TCANE se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria.

### 4.3 Técnicas de evaluación

En los últimos 40 años se han descrito numerosos instrumentos para la evaluación de los síntomas y conductas que presentan las personas que padecen TCA, siendo los cuestionarios autoaplicados y las entrevistas semiestructuradas dos de los principales instrumentos para dicha evaluación.

A continuación se presenta una revisión de algunos de los diferentes cuestionarios autoaplicados que con mayor frecuencia se utilizan en la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria.

Eating Attitudes Test (EAT; Garner y Garfinkel, 1979): Cuestionario de actitudes ante la alimentación, que fue diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. El EAT es una herramienta autoaplicada de 40 ítems (EAT-40). Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que van desde nunca a siempre. El rango de puntuación va de 0 a 120. Es un cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los TCA. Con el punto de corte de 30 puntos o más en un grupo de afectadas con AN y un grupo control, la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 84.7% y una tasa de falsos positivos de solo el 9.8%.

De los diferentes instrumentos desarrollados desde los años 70 hasta la reciente actualidad, el EAT-40 ha sido el que ha gozado de mayor aceptación para la detección de TCA en la población general, y es un instrumento que parece válido para identificar casos actuales o incipientes de AN y BN, dada su fácil aplicación, alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural. La versión original presenta una fiabilidad de .79

para el grupo de anorexia y .94 para el grupo control. En España, la versión adaptada y validada en nuestro medio del EAT-40 fue realizada por Castro, Toro y Salamero (1991) en un grupo de AN y un grupo control sano (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Eating Attitudes Test abreviado (EAT-26; Garner, Olmsted y Garfinkel, 1982): Mediante el análisis factorial del EAT-40 se desarrolló la versión de 26 ítems que es altamente predictivo de la versión completa  $r = .89$ . Consta de los 26 primeros ítems del EAT-40 que configuran tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer y control oral (véase Anexo 2, 2º parte). Se valora mediante la misma escala de Likert de 6 puntos del EAT-40. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. Es un cuestionario autoadministrado. La validación española del EAT-26 fue llevada a cabo por Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz (2003) utilizando una muestra comunitaria de mujeres de 15 a 18 años que fueron inscritas en la escuela. Las propiedades psicométricas de este cuestionario son similares a la descrita por los autores originales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Marion, Olmstead y Polivy, 1983). El EDI (o EDI-I) es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y la BN. Consta de 64 ítems que se agrupan en ocho subescalas: las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal (motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal). Las otras cinco subescalas (inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar) evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios. Cada ítem se puntúa mediante una

escala de Likert de 6 puntos. Se pueden sumar todas las subescalas para una puntuación global o utilizar cada sub-escala por separado; clínicamente posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las ocho subescalas que la puntuación global. La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es de 42 o más puntos en las ocho subescalas originales para diagnosticar un TCA.

Eating Disorders Inventory 2 (EDI-2; Garner, 1991). Posteriormente en 1991, Garner desarrolla el EDI-2, que consta de 91 ítems (64 ítems del EDI-1 más otros 27 ítems). Los ítems permiten puntuar 11 escalas, 8 de principales (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez) y 3 adicionales (ausentes en el EDI-1) (ascetismo, impulsividad e inseguridad social). Fiabilidad entre .83 y .92 excepto la sub-escala miedo a la madurez: .65. La adaptación española fue llevada a cabo por Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998).

#### 4.4 Etiología

##### 4.4.1 Modelos explicativos

#### **Modelos Biomédicos**

Los defensores de la perspectiva biológica ven los trastornos alimentarios como resultado de anormalidades bioquímicas con posibles vínculos genéticos. Korterwaard (2001) en estudios en los que comparan a gemelos monocigóticos y dicigóticos indicaba la existencia de factores hereditarios para los TCA (citado en Halgin y Krauss, 2004).

Por otro lado, se ha acumulando evidencia que sugiere que las personas con TCA presentan alteraciones en los sistemas neurotransmisores de norepinefrina y

serotonina lo que podría ser la causa de la anorexia (Blundel, 1984). Halgin y Krauss 2004 proponen una alteración endocrina generalizada como consecuencia de los TCA.

### **Perspectiva Psicológica**

Remontándonos a las explicaciones psicoanalíticas de los estudios de Pierre Janet (1859- 1947), la anorexia era considerada como una crisis conversiva o de naturaleza histérica y/o melancólica. Posteriormente, Freud (1856- 1939) explicó a los TCA como una *regresión psicosexual* en la que simbólicamente se expresa un repudio a la sexualidad, que es lo que origina la anorexia nerviosa, a partir de la incapacidad de enfrentarse a las demandas de la madurez genital, por lo que la persona tiene una regresión a la etapa oral. La explicación para la bulimia nerviosa, es la incapacidad de expresar o admitir el deseo de lo que conlleva simbolizar el atracción con el acto sexual.

Otra explicación psicoanalítica (French, 1999) fue el conflicto entre el yo y la ansiedad reprimida en el que alude a que la anorexia sería un déficit del sentido de sí mismo y en el caso de la bulimia surgen como una consecuencia de la sobre identificación con los valores femeninos tradicionales, que generan frustración y culpa.

Desde hace unos años, los modelos cognitivo- conductuales y sociocultural son los que han tenido un mayor éxito en la explicación de los TCA.

Los modelos cognitivos- conductuales destacan la importancia de los pensamientos y las conductas relacionadas con la ingesta y la imagen. Desde esta perspectiva se considera que las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas son las que mantienen las conductas de riesgo en personas con TCA. Garner y Bemis en 1982 (citado en Rausch y Bay, 1990) establecen una lista de distorsiones cognitivas que representan el posible origen de los TCA: abstracción selectiva de detalles aislados,

sobregeneralización de los hechos, magnificación de los eventos, pensamiento dicotómico, personalización de los hechos y pensamiento de tipo supersticioso.

Desde una perspectiva sociocultural, la patología alimentaria puede tener como desencadenante la presión y disfunción de la familia, la presión por parte de los iguales y de uno mismo ante la influencia de los medios de comunicación. Todas las culturas a lo largo de la historia ha tenido un estereotipo de la imagen corporal y en la actualidad hay una relación entre la imagen corporal y la globalización sociocultural (Sepúlveda y Calado, 2012). Los medios de comunicación ayudan a difundir los estándares de la belleza femenina y masculina y a veces mostrar cuerpos poco representativos o incluso irreales lo que puede conducir a la confusión y la insatisfacción de la imagen corporal entre muchas personas. Actualmente, "la belleza del cuerpo" se promueve como una herramienta para alcanzar el éxito social. Existen diferencias entre el hombre y la mujer en la insatisfacción corporal. Mientras que las preocupaciones de la imagen corporal de la década de los 80 fue un problema sólo para las mujeres, estudios recientes han mostrado una creciente preocupación por la imagen corporal masculina (Bucchianeri, Serrano, Pastula y Corning, 2014; Guðnadóttir y Garðarsdóttir, 2014). Hay diferencias de género en cuanto al contenido y la estructura de las dimensiones asociadas con el cuerpo: mientras que los hombres suelen estar más preocupados por el volumen de su cuerpo (pecho, brazos o músculos), las mujeres suelen estarlo más por su peso (satisfacción la forma/ volumen del cuerpo o el tamaño de los senos) (Cho y Lee, 2013; Sepúlveda y Calado, 2012). Desde hace muchos años, los ideales del cuerpo se asocian con problemas de salud, como trastornos de la alimentación, en las mujeres.

Los factores que participan en el origen y desarrollo de los trastornos alimentarios se agrupan en factores condicionantes o de predisposición y factores

desencadenantes o de precipitación (Calvo, 2002). Como factores de predisposición están la predisposición social a la delgadez, la predisposición familiar (identidad personal, imagen corporal y relaciones extremadamente protectoras de los padres o extremadamente tolerantes o emocionalmente distanciantes, problemas alimentarios en la familia...), la predisposición genética y los mecanismos biológicos (dieta como factor de desorganización general del individuo) y la predisposición personal (temperamento, estilo cognitivo, negligencia de las emociones y la influencia del estilo de afrontamiento vital). Dentro de los factores desencadenantes estarían la pubertad, la presión para adelgazar, una experiencia traumática, soledad, autoexigencia entre otros.

## 5. DISMORFIA MUSCULAR

### 5.1. Introducción histórica a la Dismorfia Muscular

Los TCA y los trastornos de la imagen corporal se han considerado como típicamente femeninos siendo la relación de un hombre por cada 10 mujeres. Sin embargo, en la última década del siglo pasado se puso de manifiesto que el hombre recibía presión sobre su imagen corporal, la de *fitness* o la de desarrollo muscular sin grasa. Por tanto, nos encontramos con que si bien las mujeres desean adelgazar, los hombres prefieren ganar peso a través de la masa muscular (Wagner, Musher, Neufeld, y Hauser, 2009). Esta presión ha provocado que millones de hombres occidentales inicien prácticas deportivas específicas para mejorar su aspecto.

Las primeras referencias que encontramos sobre esta patología datan del 1970, donde Baekeland hizo anotaciones sobre la dependencia al ejercicio en sus trabajos. En ellos se estudiaba el efecto que producía la privación del ejercicio en los patrones de sueño (Baekeland, 1970).

Sin embargo, la Dismorfia Muscular (DM) se describe por primera vez en 1993 por Harrison G. Pope, cuando éste y su grupo de colaboradores, en el Laboratorio de Psiquiatría Biológica del Hospital McLean, realizaron una investigación sobre el uso de esteroides anabolizantes por parte de varones reclutados en diversos gimnasios de halterofilia de Boston y observaron que un número importante de ellos se percibían como pequeños y flacos, cuando de hecho eran grandes y musculosos (Pope y Katz, 1993).

Desde que se sacó a la luz este trastorno ha recibido varios nombres. Desde *Anorexia Inversa* (en inglés *Reverse Anorexia*), porque presentaban sintomatología similar a la de las anoréxicas pero, en lugar de adelgazar, querían incrementar su volumen corporal; hasta *Dismorfia Muscular*, por la incapacidad que tienen para percibir objetivamente su cuerpo y Complejo de Adonis, nombre que adopta de la mitología griega dónde Adonis era un hombre extremadamente atractivo. Además, por similitudes sintomatológicas, a veces ha sido encasillado como un Trastorno Dismórfico Muscular, una Adicción al Ejercicio o un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Más adelante se establecerán las diferencias entre la Vigorexia y estos otros trastornos (Baile, 2005). En los países de habla inglesa se utilizan los términos *Bigorexia* (de “big”, grande) ó *Vigorexia* (de “vigor”, fuerza, energía), término también utilizado en nuestro país.

El ideal masculino en los medios de comunicación ha cambiado a lo largo del tiempo, al igual que previamente pasó con las mujeres y la delgadez, Federico, Fessler y Haselton en 2005 apuntaron que el ideal masculino cada vez es más musculado, siendo incluso más de lo que prefieren las mujeres (Rodríguez- Molina y Rabito, 2011). Además, se ha demostrado que la exposición a modelos que se aproximan a los ideales

de belleza masculinos incrementa la insatisfacción muscular frente a los anuncios publicitarios que no contienen este tipo de imágenes, concluyendo que los medios de comunicación influyen en la imagen corporal (Hargreaves y Tiggemann, 2009; Hobza y Rochlen, 2009).

Estos cambios en el ideal masculino, no sólo han ocurrido en los medios de comunicación; también han ido cambiando las figuras de acción de los juguetes, los cuales ahora se presentan mucho más musculados que hace 25 años (Baghurst, Hollander, Nardell y Haff, 2006). Además, en la década pasada, el número de revistas centradas en la apariencia masculina se incrementaron exponencialmente (Boni, 2002 citado en Blond, 2008).

Las experiencias en hombres y jóvenes de insatisfacción con sus cuerpos conlleva a veces la práctica de conductas peligrosas como el exceso de levantamiento de pesas, el consumo de esteroides anabolizantes y el tratar de alcanzar de manera excesiva el ideal muscular (Bergeron y Tilka, 2007).

## 5.2 Definición y criterios diagnósticos

Baile propone una definición amplia de este trastorno:

La Vigorexia o DM es una alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica por ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo –aún teniéndolo- y que se manifiesta en la incapacidad de percibir con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con pensamientos obsesivos, así como comportamientos negativos relacionados con la apariencia (Baile, 2005, p. 35).

Para poder establecer el diagnóstico de la vigorexia o DM, el DSM- 5 (American Psychiatric Association, 2013) establece los siguientes criterios diagnósticos para la Trastorno Dismórfico Corporal (TDC):

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej. mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej. comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o del peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

El DSM- 5 además indica que hay que especificarse si es con dismorfia muscular, y el grado de introspección del trastorno: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/ con creencias delirantes. Con dismorfia muscular alude a que al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa.

El DSM- 5 incluye al TDC dentro del espectro del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y relacionados, sin embargo, en el DSM- IV- TR (American Psychiatric Association, 2006) lo incluían dentro de los Trastornos Somatomorfos. Esto supone que en la actualidad se da más importancia al carácter repetitivo u obsesivo del

trastorno, frente a la anterior preponderancia de su carácter de distorsión perceptiva respecto al propio cuerpo.

Por su parte, la DM se ha relacionado con varios trastornos como los de la conducta alimentaria, el dismórfico corporal, los obsesivo- compulsivos o la adicción al ejercicio (Rodríguez- Molina, 2007).

### 5.2.1 Diagnóstico diferencial

#### *Dismorfia Muscular como Adicción*

El ejercicio excesivo puede ocasionar un comportamiento dependiente ya que puede estar recompensado psicológicamente de varias formas (por ejemplo, mejorando el estado de ánimo, mejorando la salud y proporcionando más ocasiones para relacionarse socialmente) y estas recompensas pueden fomentar un comportamiento de ejercicio continuado (Adams y Kirby, 2003). La adicción o dependencia al ejercicio representa una condición en la que una persona se involucra en la práctica de ejercicio excesivo. Los individuos con adicción al ejercicio tienden a no tomarse días de descanso, haciendo ejercicio voluntariamente por lo menos una vez al día o más, a pesar de lesiones o enfermedades potenciales; a menudo tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica de ejercicio y experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados de hacer ejercicio (Gutiérrez y Ferreira, 2007).

Se ha relacionado la adicción al ejercicio con la DM a través de las endorfinas. Estas sustancias son hormonas que produce el propio organismo, que actúan como neurotransmisores opioides, constituyendo un mecanismo de defensa ante diversos estímulos y que principalmente actúan como relajantes o como analgésicos endógenos. Cuando una persona practica deportes habitualmente hasta extenuarse el organismo

empieza a producir estas sustancias para aliviar los síntomas y esto le permite poder continuar el trabajo por más tiempo cada día. A medida que pasa el tiempo, se requerirá una cantidad cada vez mayor para poder soportar el dolor, lo que acarreará serias consecuencias. Todo esto lleva a una verdadera adicción a las endorfinas (Martín et al., 2008).

Sin embargo, los estudios donde se ha sugerido que la dependencia de la práctica de ejercicio podría ser el resultado de la dependencia a los opioides endógenos estimulados por la gran intensidad del ejercicio no han sido concluyentes ya que la mayoría de las evidencias de la conexión entre la endorfina y la adicción a la práctica de ejercicio se presentan como una teoría asociativa más que como una evidencia causal (Adams y Kirby, 2003).

Las personas con DM, que generalmente realizan mucho ejercicio físico, con cierta frecuencia suelen consumir esteroides anabolizantes. Los esteroides anabolizantes (AAS, por sus siglas en inglés “anabolic androgenic steroids”), son sustancias sintéticas relacionadas con las hormonas sexuales masculinas (testosterona). Ingeriendo altas dosis de estas hormonas, junto con un levantamiento de peso intenso y una alimentación “adecuada” (muy alta en proteínas), los consumidores de AAS pueden incrementar su masa muscular de manera espectacular, a menudo, más allá de lo que se podría alcanzar por métodos naturales (Kouri, Pope, Katz y Oliva et al; 1995 citado en Kanayama, Barry, Hudson y Pope, 2009). En la Tabla 1 se pueden observar las semejanzas y las diferencias entre una adicción clásica a drogas y entre el consumo de AAS.

Tabla 1

Semejanzas y diferencias entre el consumo AAS y una adicción clásica a las drogas (Tomado de Kanamaya et al., 2009)

Drogas clásicas	AAS
Semejanzas	
Administración de drogas clásicas a animales.	Administración de AAS a hámsteres.
Síndrome de abstinencia tras un consumo prolongado	Síndrome de abstinencia característico tras el consumo prolongado.
Algunos individuos siguen consumiendo a pesar de efectos médicos y psicológicos negativos.	Consumo aunque tengan consecuencias adversas.
Diferentes subculturas en torno al consumo de drogas.	En la subcultura está bien visto ir al gimnasio y de moda la imagen corporal.
Es común el consumo de varias drogas.	Frecuente consumo de otras drogas además de AAS.
Diferencias	
Reforzador inmediato tras el consumo	No hay reforzador inmediato tras el consumo; pero puede causar un incremento de energía, libido y autoconfianza.
Con frecuencia hay efectos residuales por el consumo (resaca, insomnio, depresión, etc).	Pocos efectos adversos inmediatos.
Perjudica el funcionamiento diario del	Daño en el funcionamiento diario mínimo

consumidor (trabajo, conducción, etc).	aunque incrementa la irritabilidad y la agresión en las redes sociales.
Se desarrolla tolerancia física.	Evidencia limitada sobre la tolerancia, ya que muchos usuarios que suben la dosis incrementan los efectos.
Tiempo de consumo (obtención de la droga, intoxicación, recuperación de la intoxicación).	No hay intoxicación aguda.

---

Gen Kanamaya y sus colaboradores en el 2006 hicieron un estudio para comprobar si la distorsión de la imagen corporal se debía al consumo de esteroides anabolizantes. Se compararon consumidores en la actualidad con personas que consumían en el pasado a corto y largo plazo. Los hallazgos demostraron que los consumidores de esteroides anabolizantes a largo plazo mostraban una mayor sintomatología asociada a la DM (por ejemplo, no mostrar sus cuerpos en público, van dejando de lado las actividades placenteras por preocupaciones sobre su cuerpo). Años más tarde, se hallaron evidencias de que el consumo de AAS generaba dependencia como si de cualquier otra droga se tratase ya que envuelve mecanismos opioides. El 30 % de los usuarios consumidores de AAS estudiados desarrollaban una dependencia a dicha sustancia con consecuencias físicas y psicosociales (Kanamaya et al., 2009).

Algunos hombres están tan preocupados por su desarrollo muscular que eluden eventos sociales, pierden su trabajo e incluso siguen un programa de entrenamiento aunque estén heridos. Como no consiguen el cuerpo ideal, son capaces de gastar

grandes cantidades de dinero en suplementos alimenticios e incluso experimentar con esteroides anabolizantes. Estos producen un incremento rápido de la masa muscular, a cambio de unos efectos secundarios, pequeños a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo se asocia con calvicie, elevado colesterol, acné, ginecomastia y atrofia testicular. La retirada de un ciclo de esteroides puede conducir a la depresión y ha sido asociado con el suicidio (Pope et al., 2000).

Aunque no está reconocida como un trastorno conductual independiente, la adicción al ejercicio o “dependencia del ejercicio físico” ha sido entendida como la necesidad de actividad física, que resulta en una conducta de ejercicio físico excesivo e incontrolable y que en su ausencia se manifiestan síntomas de carácter fisiológicos y/o psicológicos. No existe una definición estándar de dependencia al ejercicio. La que ha adquirido mayor reconocimiento ha sido la propuesta por Veale en 1987, operativa como un patrón de desajuste multidimensional, que conlleva un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional y que se expresa mediante tres o más de las siguientes características (Veale, 1987):

- Tolerancia: necesidad de aumento significativo de ejercicio para lograr el efecto deseado, o la disminución del efecto si la cantidad de ejercicio físico se mantiene la misma.
- Abstinencia: Se manifiesta tanto por síntomas de abstinencia al ejercicio como por la ejecución de la misma cantidad de ejercicio para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Afectación de la intención: el ejercicio a menudo es ejecutado en grandes cantidades (o intensidad) o en un periodo de tiempo más largo de lo que se pretendía.

- Pérdida de control: hay un deseo y esfuerzo constante y sin éxito por interrumpir o controlar el ejercicio físico.
- Tiempo: la mayor parte del tiempo se practican actividades que incluyan o que se relacionen con el ejercicio físico.
- Conflicto: una parte importante de las actividades sociales, ocupacionales o lúdicas se abandonan o se reducen por causa del ejercicio físico.
- Continuidad: el ejercicio físico es continuo a pesar de la experiencia de persistentes o recurrentes problemas físico o psicológicos que han sido causados o agravados por el ejercicio físico (p. ej. seguir corriendo a pesar de la lesión y el dolor de las articulaciones de la rodilla).

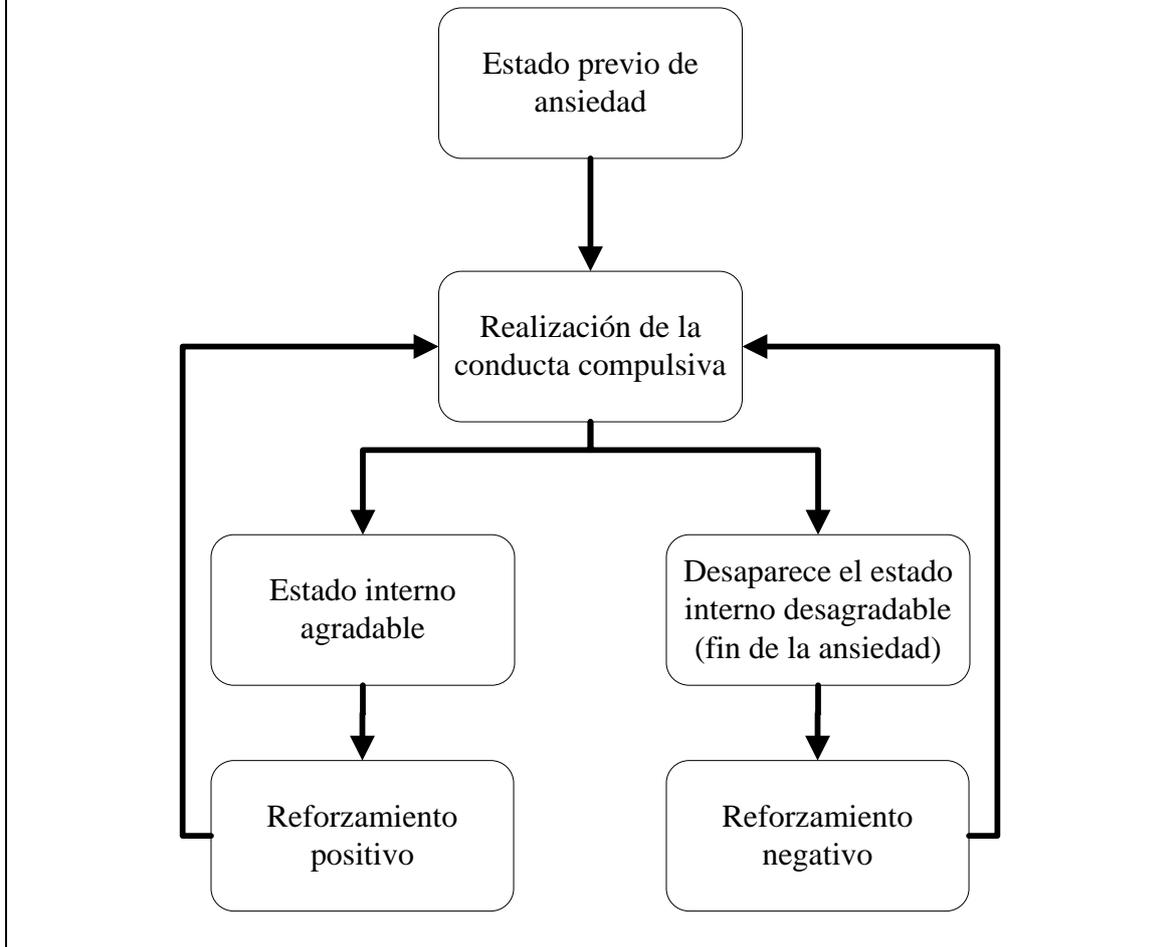
Veale (1987) clarifica que se debe excluir un diagnóstico de trastorno alimentario antes del diagnóstico primario de dependencia del ejercicio físico. Es decir, la dependencia primaria al ejercicio puede ser diferenciada de un trastorno alimentario a través de la clarificación del objetivo último del ejercicio físico. En la dependencia primaria del ejercicio, la actividad física es un fin en sí mismo. En cambio para la dependencia secundaria del ejercicio, la motivación principal para la actividad física es el control o la manipulación de la figura corporal. Este segundo concepto vendría a coincidir con el de vigorexia.

La DM sin embargo, muestra diferencias respecto a la adicción al ejercicio. Los adictos realizan el ejercicio como fin en sí mismo, para disminuir el malestar (por ejemplo la abstinencia) y también para conseguir un estado interno agradable, con lo cual, además de un reforzamiento negativo, habría un proceso de reforzamiento positivo, ya que la práctica deportiva produce placer (véase Figura 2). Este reforzamiento positivo no parece darse en las personas con DM, verdaderamente no

disfrutan haciendo ejercicio, solo evitan el malestar que le produce no hacerlo (Rodríguez- Molina, 2007).

En esta misma línea, ya el propio Yates en 1991, (citado en Rodríguez- Molina 2007) concluyó que las características que presentaban aquellos primeros “corredores obligados” o “corredores obsesivos” estarían más cerca de las compulsiones más que de las adicciones, ya que la experiencia de estos corredores es más displacentera o dolorosa que placentera. Los sujetos adictos muestran rasgos de tipo egosintónico, ya que no quieren parar o detener la realización de la actividad, obteniendo básicamente placer con su comportamiento, pero los sujetos con rasgos compulsivos usan la práctica deportiva como medio para reducir su malestar.

Figura 2. Secuencia de una conducta de adicción al ejercicio, con reforzamientos negativo y positivo (Rodríguez- Molina, 2007)



### *Dismorfia Muscular como Trastorno de la Conducta Alimentaria*

Uno de los nombres que se le dio a la DM o Vigorexia es el de Anorexia Inversa.

Pope comenzó denominando a esta patología como Anorexia Inversa, porque la sintomatología era similar a la de la anorexia nerviosa pero en sentido inverso (véase Tabla 2). La persona con DM se ve poco musculada aún siendo todo lo contrario y la anoréxica se ve gorda aun estando en estado caquético (estado de extrema desnutrición).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria ocurren aproximadamente entre un 0.5 y un 3% de la población, con una mayor afectación sobre las mujeres que sobre los hombres.

Mientras que antes había un prevalencia de 10:1, estudios recientes indican un ratio de 4:1 para Anorexia nerviosa (Woodside et al. 2001, citado en Baker et al., 2009).

Tabla 2

Comparación en varios aspectos entre Anorexia Nerviosa y Anorexia Inversa. (Adaptado de Baile, 2005)

<b>Aspecto</b>	<b>Anorexia Nerviosa</b>	<b>Anorexia Inversa (Vigorexia)</b>
Género afectado o estudiado principalmente.	Mujeres.	Hombres.
Estado del cuerpo	Delgadas, débiles.	Musculosos, fuertes.
Autopercepción del Cuerpo.	Grandes y gordas.	Pequeños y débiles.
Deseo sobre el peso corporal.	Perder peso.	Ganar peso magro.
Conducta alimentaria	Eliminación de alimentos.	Gran cantidad de alimentos no grasos.
Ejercicio Físico	Elevado dirigido a perder peso.	Elevado dirigido a desarrollar músculos.
Consumo de sustancias	Adelgazantes y laxantes.	Complejos proteicos y

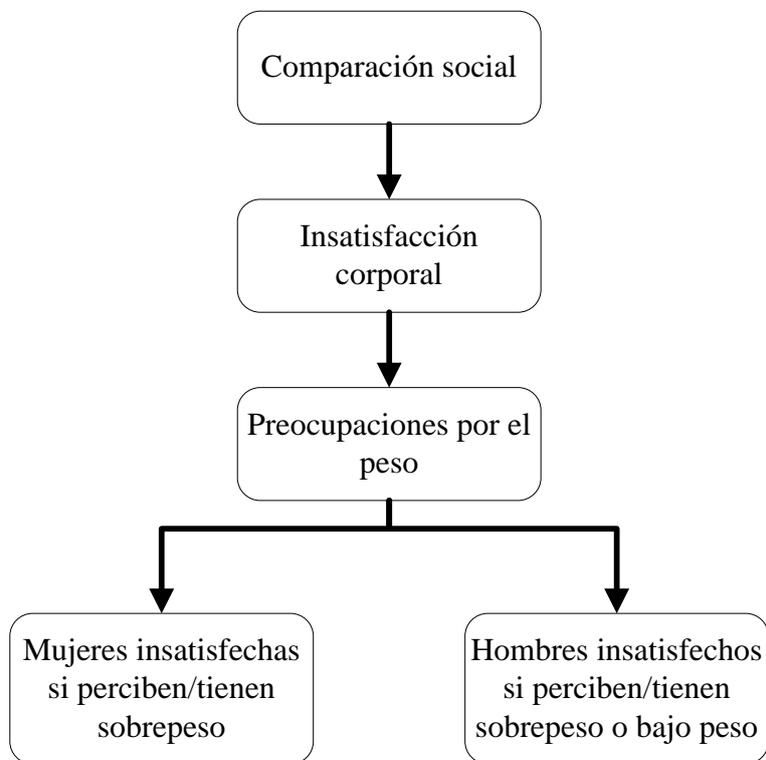
	hormonas (AAS):		
Afectación vida social	Elevada. Evitación de situaciones.	de	Elevada. Evitación de situaciones
Prevalencia	Chicas del 0.5 al 1%. Chicos 0.05 al 0.01%.		Desconocida. Se ha conjeturado con el 1% de los usuarios de los gimnasios.

---

Se han encontrado diferencias de género en los TCA: la manifestación de la insatisfacción corporal es diferente según el sexo género (véase Figura 3). Los chicos están más insatisfechos con sus cuerpos cuando están bajos de peso o con sobrepeso, mientras que las mujeres se encuentran más satisfechas cuando están bajas de peso. Por último, los hombres con TCA muestran una mayor práctica excesiva de ejercicio y una menor prevalencia de dietas y conductas compensatorias que las mujeres (Baker et al. 2009).

La DM es un problema emergente que afectaba principalmente a los culturistas masculinos, pero que en la actualidad afecta a muchos hombres que no se dedican al culturismo. Éstos, se obsesionan con la idea de si están lo suficientemente musculados por lo que entrenan muchas horas en el gimnasio y a veces, presentan una ingesta de alimentos anormal e incluso recurren al abuso de sustancias con el objetivo de incrementar la masa muscular. Mosley en 2009 consideró que la vigorexia o DM puede ser una expresión de una patología común como lo son los TCA (Mosley, 2009).

Figura 3. Cuadro explicativo de las diferencias de la insatisfacción corporal según el género según Baker et al., 2009



En la misma línea, Davis, Brewer y Ratusny (1993), encuentran que personas que practican ejercicio habitualmente muestran una fuerte relación con la preocupación por el peso, tanto en hombres como en mujeres. A veces se da una invasión de un sentimiento del culpa por no practicar ejercicio y esta culpa es similar a la que aparece en la conductas alimentarias alteradas (Davis, Brewer y Ratusnym 1993).

Goldfield en 2009 concluyó que la insatisfacción corporal, las preocupaciones sobre el peso y el volumen, dieta estricta y ejercicio excesivo, ingesta compulsiva, uso de esteroides anabolizantes e historia de bulimia nerviosa tienen una prevalencia alta en los grupos de mujeres culturistas que se dedican a la competición. Como diferencia

entre grupos en cuanto a sus características psicológicas, el grupo de culturistas femeninas que compiten presentan un perfil de trastorno alimentario parecido a los TCA, pero no un perfil psicológico general.

Actualmente, la DM no se engloba dentro de los TCA, ya que, aunque comparta la percepción errónea del propio cuerpo y ciertas alteraciones de la alimentación, éstos no son elementos definitorios del trastorno.

#### *Dismorfia Muscular como Trastorno Obsesivo Compulsivo*

También se ha considerado que la DM está muy relacionada con el TOC, considerando la preocupación por el cuerpo como una obsesión y la realización de ejercicio y dietas como compulsión, aunque también hay muchas diferencias entre ambos (véase Tabla 3).

Tabla 3

Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y TOC (Rodríguez- Molina, 2007)

Vigorexia	Trastorno Obsesivo Compulsivo
Inicio en la adolescencia o la juventud.	Inicio típico en la edad adulta.
El pensamiento y la conducta pueden variar con tal de tender al fin deseado.	Pensamiento y conducta rígidos, estereotipados y poco flexibles.
Capacidad para delegar, no se acumulan objetos ni dinero, no hay estilo avaro.	Alteraciones por acumulación, estilo avaro.
No hay rituales sin objetivo.	Hay rituales sin objetivo.

Los pensamientos se centran en el propio aspecto físico.

Los pensamientos se centran en la organización, el orden, la limpieza...

---

El TOC se caracteriza por la aparición de pensamientos intrusivos y recurrentes y por las conductas o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza con la finalidad de reducir un malestar o prevenir algún acontecimiento negativo, lo que provoca un deterioro funcional en la vida del individuo.

Estudios recientes (Young y Anderson, 2010) han probado la hipótesis de que la tendencia a entrenar como respuesta a emociones negativas, moderaría la relación entre el ejercicio obligatorio (vinculado en la necesidad de perder peso, levantadores de peso y corredores), la ingesta y una imagen corporal patológica. El entrenar, como respuesta a emociones negativas, se asemeja a la forma en que actúan las compulsiones en una persona con TOC, para calmar la ansiedad que le producen las obsesiones (en el caso de las personas con DM, las obsesiones se corresponderían con las preocupaciones recurrentes sobre que se es débil o poco musculado).

Las personas que realizan ejercicio para evitar sentirse mal, lo practicaban de forma independiente a la ingesta y a las preocupaciones sobre la imagen corporal. Para escapar/ evitar la ansiedad que producen en el sujeto estos pensamientos, se ponen en marcha las conductas asociadas, como la práctica de ejercicio físico intenso. Esta práctica de ejercicio reduce la cantidad e intensidad de estos pensamientos obsesivos y por tanto, el malestar que estos les producen, lo cual hace que se sientan mejor y así se refuerza negativamente la práctica de ejercicio.

Maida y Armstrong (2005), coincidiendo posteriormente con el DSM- 5 consideran que la DM estaría más relacionada con el continuo del TOC que con los Trastornos Somatomorfos (incluido en esta sección en el DSM- IV- TR).

Sin embargo, hay algunas diferencias importantes entre la DM y el TOC. En primer lugar, la DM parece basarse sobre todo en emociones negativas, por disgusto o vergüenza, en lugar de en un problema de ansiedad como es el caso del TOC. En segundo lugar, hay diferencias en cuanto la frecuencia del trastorno en la población, siendo menor en el caso del TOC (Dettore y Girombelli, 2007). En tercer lugar, la compulsión en el TOC tiende a repetirse de forma idéntica y rígida, mientras que la persona con DM, podría perfectamente sustituir sus ejercicios por otros que pensase que le darían mayor eficacia para ganar más masa muscular.

#### *DM como Trastorno Dismórfico Corporal*

Como se ha dicho antes, la DM estaba incluida dentro del TDC, considerado un tipo de Trastorno Somatomorfo según CIE-10 y DSM-IV-TR. Los Trastornos Somatomorfos son aquellos en que el paciente presenta diversos síntomas somáticos subjetivos no objetivables ni explicables por una enfermedad. En el caso del TDC F45.2 y 300.7, para CIE-10 y DSM-IV-TR respectivamente, el síntoma es un defecto relativo a su aspecto físico. Muchas veces, la DM se diagnosticaba a su vez, como una variante del TDC, considerando, en relación al criterio A, que el “defecto imaginado” es este caso es la autopercepción como “delgado, débil o poco musculado” (que no se corresponde con la realidad), y porque se ha demostrado que la imagen corporal es un aspecto importante del TDC (Didie, Kuniega- Pietrzak y Phillips 2010). ). Esto quiere decir que se consideraba que el síntoma clave en este trastorno era la alteración perceptiva.

Sin embargo, a partir del 2013 en el DSM- 5 (American Psychiatry Association, 2013), la DM pasa de entrar dentro de los Trastorno Somatomorfos a formar parte del Trastorno obsesivo compulsivo como DM. Con ello se enfatiza su carácter de conducta repetitiva.

Para poder diagnosticar a una persona de este trastorno hay que tener en cuenta muchos elementos. Por ejemplo, el paciente debe de mostrar un sentimiento subjetivo persistente, basado en la creencia de padecer un defecto evidente para todo el mundo. La preocupación que tiene sobre este defecto debe de ser excesiva y no transferible a otra parte del cuerpo defectuosa. Los sujetos con este trastorno experimentan un gran malestar por la supuesta deformidad, describiendo sus preocupaciones como “intensamente dolorosas”, “tormentosas” o “devastadoras”. Como consecuencia pasan muchas horas al día pensando en su “defecto”, hasta llegar al punto de que estos pensamientos pueden dominar sus vidas (Dettore y Girombellini, 2007).

El concepto de TDC es relativamente reciente, data del 1987. Anterior a esta fecha aparecía en la literatura como “dismorfofobia”.

El TDC hace referencia a un defecto irreal o real pero, exagerado. Generalmente es de la cara o de la cabeza, aunque cualquier parte del cuerpo puede ser el foco de la preocupación. Por ejemplo, el paciente puede manifestar quejas sobre las dimensiones, la forma o la simetría de una parte específica del cuerpo. Las partes del cuerpo de las que más se suelen quejar son la nariz (46%), el exceso de pelo (35%), la piel (36%) y los ojos (14%) (Veale et al., 1996, citado en Dettore y Girombelli, 2007).

Aunque muchas características en común podrían apuntar a la conveniencia de clasificar la DM o Vigorexia dentro de los TDC, hay una serie de diferencias entre ambos trastornos que no se pueden omitir (véase Tabla 4).

Una de las más relevantes es que se incumpliría el criterio C de los criterios diagnósticos que establece el DSM- IV- TR para el diagnóstico de TDC. En este punto se establece como criterio de exclusión que la preocupación en el TDC no se explique mejor por la presencia de otro trastorno mental y concretamente se hace mención de la insatisfacción corporal o sobre la silueta que ocurre en el caso de la anorexia nerviosa. Sin embargo, en el caso de la DM, esto ocurre de la misma forma que en patologías alimentarias como lo sería la anorexia nerviosa. Además, aunque los distintos estudios ponen de manifiesto que la imagen corporal es un aspecto importante del TDC.

Tabla 4

Diferencias entre el TDC y la DM

Trastorno Dismórfico Corporal	Dismorfia Muscular
Se centran en un defecto subjetivo concreto, acorde o no con las normas estéticas actuales.	No suelen referirse a un defecto concreto, hace referencia a una insatisfacción corporal general por no ajustarse a los cánones de belleza imperantes
No suele presentar conductas asociadas a TCA, TOC y adicciones.	Suele presentar conductas asociadas a TCA, TOC y es frecuente el consumo de esteroides anabolizantes.
Preocupación excesiva siempre a un mismo tema (el defecto en sí).	Preocupación excesiva por varios temas como la alimentación sana, masa muscular, tipo de

ejercicios, adicciones...

La preocupación no se explica por la presencia de la insatisfacción con el cuerpo presente en problemas alimentarios Las preocupaciones se explican por la insatisfacción corporal como ocurre con los TCA.

### 5.3 Técnicas de evaluación

Al ser un trastorno de emergente, la falta de consenso sobre los criterios que definen claramente la DM, ha afectado en la evaluación. Algunos de los instrumentos de evaluación se detallan en la Tabla 5.

Tabla 5

Instrumentos de evaluación para la DM

Instrumento	Autores	Descripción
Somatomorphic Martix	Grube, Pope, Borowiecki y Cohane, 1998, tomado de García, 2011.	Instrumento que evalúa la DM a través de un programa informático que incluye 100 imágenes de cuerpos masculinos de distinta complexión.
Muscle Dysmorphia Disorder Inventory	Hildebrandt, Langenbucher y Schlundt, 2004.	Inventario compuesto por 13 ítems que miden sintomatología relacionada con la DM.
Muscle Dysmorphia Inventory	Lantz, Rhea y Cornelius, 2002	Es una escala tipo Likert con 27 ítems y con seis opciones de respuesta diseñada para

		identificar las características psicológicas y conductuales asociadas a la DM.
Drive for Muscularity Scale	McCreary y Sasse, 2000	Escala compuesta por 15 ítems que miden actitudes y conductas relacionadas con la preocupación por incrementar la musculatura.
Swansea Muscularity Attitudes Questionnaire	Edwards y Launder, 2000.	Cuestionario compuesto por 20 ítems que mide obsesión por la musculatura y los atributos positivos que se le otorgan.
Muscle Appearance Satisfaction Scale	Mayville, Williamson, White, Netermeyer y Drab, 2002.	Esta escala consta de 19 ítems y 5 subescalas: dependencia al culturismo, auto-observación, uso de sustancias, sufrimiento y satisfacción muscular.
Adonis Complex questionnaire	Pope, Philips y Olivardia, 2002.	No mide específicamente dismorfia muscular, sino diversos indicadores que los autores lo han definido como Complejo de Adonis. El cuestionario consta de 13 preguntas con tres opciones de respuestas que exploran áreas relacionadas con la imagen corporal, no una preocupación excesiva por la masa muscular.
Drive for Muscularity Attitudes Test	Morrison, Hopkins y Rowan, 2004; citado en García, 2011.	Evalúa en 8 ítems el nivel de obsesión por la musculatura.
Test Breve de Vigorexia (véase	Baile, 2005.	Este test surge como un acercamiento a una evaluación previa. Consta de 10 preguntas con

Anexo 1, 1º parte)		tres opciones de respuesta. La puntuación total obtenida muestra el nivel de riesgo que tiene una persona de sufrir dismorfia muscular.
Escala de Adicciones generales adaptada de Ramón y Cajal	Arbinaga y Caracuel, 2007.	La escala está adaptada de las adicciones a situaciones de entrenamiento.
Male Body Attitudes	Tylka , Bergeron y Schwartz, 2005.	Compuesto por 3 subescalas (musculatura, altura y baja grasa corporal) y 24 ítems que miden insatisfacción corporal masculina.
Male Body Attitudes Spanish Version	Sepulveda et al., 2015.	Compuesto por dos subescalas (musculatura y baja grasa corporal) y 22 ítems que miden insatisfacción corporal masculina en adolescentes.

---

## 5.4 Etiogenia

### 5.4.1 Modelos explicativos

Diversos estudios en adolescentes sobre imagen corporal han concluido que hay una gran influencia de los iguales sobre la satisfacción corporal propia, ya que, las discusiones con estos sobre la apariencia, o la importancia de mantenerse delgados o musculados, crea inseguridad y preocupación, sobre la imagen corporal (Paxton, Eisenberg y Neumark- Sztainer, 2006). Además la internalización en adolescentes de los ideales atléticos y de de delgadez (Homan, 2009), también predisponen a que sientan

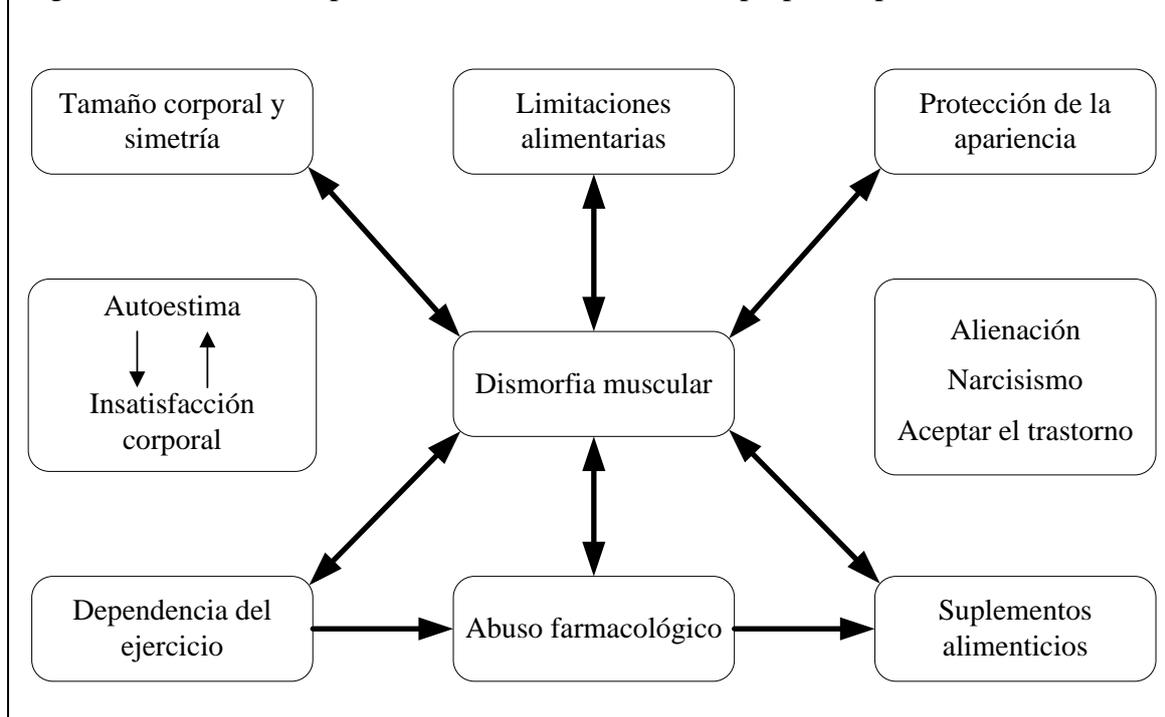
insatisfacción corporal, lo que a su vez es un factor de riesgo para la dieta y el ejercicio compulsivo en los adolescentes.

No hay una causa simple que explique la aparición de este trastorno. No obstante, se han desarrollado algunos modelos etiológicos, desde la perspectiva de una explicación multicausal, en la cual se incluirían factores biológicos (déficits serotoninérgicos, predisposición genética,...), psicológicos (experiencias de burlas en relación a la apariencia, personalidad obsesiva,...) y sociales (medios de comunicación, juguetes, presión del grupo de iguales...).

En el 2001, Lantz, Rhea y Mayhew (Baile, 2005) propusieron un modelo multidimensional (véase Figura 4) de la DM. Clasifican los factores implicados en tres categorías: factores precipitantes (la autoestima y la insatisfacción corporal), características conductuales que interactúan con el trastorno (las restricciones alimentarias, el abuso farmacológico, la dependencia física, etc.) y consecuencias del trastorno (el narcisismo, la aceptación del trastorno y la alienación).

Posteriormente, se ha intentado dar respuesta a la pregunta de por qué ocurre la DM a través de una explicación multicausal. Se suelen diferenciar tres grupos de factores: factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores (véase Tabla 6). Los factores predisponentes serían factores, como los del entorno ambiental y el social, los genéticos del individuo y otros,... que favorecerían el desarrollo del trastorno si algún otro factor lo desencadena (Baile, 2005).

Figura 4. Modelo conceptual de la Dismorfia Muscular propuesto por Lantz, et al., 2001



Los factores desencadenantes, son factores individuales, ambientales y sociales, que provocarían el inicio del trastorno en sujetos que tuvieran previamente factores predisponentes. Y en tercer lugar, los factores mantenedores, los cuales son reforzadores del trastorno provocando que se mantenga o agrave (Baile, 2005).

Tabla 6

Modelo hipotético de factores implicados en el desarrollo de la Vigorexia o DM (Tomado de Baile, 2005)

Predisponentes	Desencadenantes	Mantenedores
Ser hombre de 18- 35 años.	Consumo de ciertas sustancias	Refuerzo y reconocimiento social por esfuerzo- voluntad.
Vivir en la sociedad de culto al cuerpo: el hombre es bello si esta musculado y delgado.	Experiencia traumática estresante relacionada con el cuerpo.	Evitación de sensaciones negativas por la imagen corporal
Tendencias adictivas		Escape de pensamientos obsesivos
Tendencias obsesivo-compulsivas		Reducción de la ansiedad haciendo ejercicio compulsivo
Experiencias negativas con el cuerpo/ apariencia (escaso tamaño o fuerza)		Ambiente social favorecedor
Baja Autoestima		Sub- cultura del culturismo

## 6. DISFORIA DE GÉNERO

### 6.1. Introducción histórica a la Disforia de Género

La Disforia de Género (DG) a lo largo de los años ha recibido distintos nombres: transexualismo, trastorno de identidad de género, entre otros. La transexualidad apareció por primera vez en la literatura científica en 1853, cuando Frankel describió el caso de Srefakind Blank, cuyo cuerpo examinó post mortem. Sin embargo, el término

transexualidad apareció por primera vez en la literatura médica en los trabajos de Hirschfeld en 1923, pero en este trabajo se hablaba sin hacer distinción entre travestismo, homosexualidad afeminada y transexualismo (Becerra, 2003).

Ellis en 1936 denominó a las personas transexuales con el término de “*invertidos sexostésicos o eonistas*”, en referencia al caballero Eon, que vivió la mitad de su vida como mujer. Sin embargo, hasta 1949 con Cauldwell no se usó el término transexualismo con el sentido actual.

En 1953, Harry Benjamin investigaba sobre la transexualidad, estableciendo la diferencia entre travestismo y transexualismo, que radicaba en el deseo de las personas transexuales de corregir el “error anatómico” de la naturaleza mediante cirugía, considerando que no se trataba de una afectación mental, sino endocrina (Benjamin, 1954). Posteriormente, en su libro “*The transsexual phenomenon*” (Benjamin, 1966) clasificaría a los transexuales en “no quirúrgicos” y “verdaderos” en función de la intensidad de su deseo de intervención, defendiendo la cirugía como una forma de ajustar “el cuerpo a la mente” para reducir la insatisfacción corporal, dado que las intervenciones psicoterapéuticas que pretendían ajustar la mente al cuerpo no resultaban exitosas.

En 1968, se describe el Transexualismo como la convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro género. En el adulto, a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro género (Stoller, 1968). Stoller trata de determinar con precisión el diagnóstico de transexualismo, diferenciándolo de otros trastornos como el travestismo o la homosexualidad en los que, a diferencia del transexual, la persona se sentiría perteneciente a su género asignado, y

gozaría con sus órganos sexuales (De la Hermosa, 2013). A partir del trabajo de Harry Benjamin surgen numerosos estudios de casos. En la década de los 70, Norman Fisk (1973) introdujo el término de disforia de género, en el sentido en que produce ansiedad y angustia asociada al conflicto entre la identidad sexual y el sexo biológico, lo que podría entenderse como insatisfacción corporal (Fisk, 1973).

El término transexual emergió al uso profesional y público durante los años 50 para denominar a la persona que aspiraba vivir, o de hecho vivía en el papel anatómicamente opuesto de género, con o sin el uso de hormonas o la realización de cirugía. Durante los años 60 y 70 los profesionales solían usar el término transexual verdadero. Se pensaba que el transexual verdadero era una persona que seguía una trayectoria característica del desarrollo atípico de la identidad de género que predecía una resultante vida mejor después de una secuencia de tratamiento que culminaría en la cirugía genital. Se pensaba que los transexuales verdaderos tenían: 1) Identificaciones de género cruzado que expresaban consistentemente por su conducta durante la niñez, la adolescencia y la adultez; 2) ninguna o poca excitación sexual al travestirse; y 3) ningún deseo heterosexual, respecto a su sexo anatómico. Se reconocían transexuales verdaderos de ambos sexos. Se fue abandonando el concepto de transexual verdadero al darse cuenta de que rara vez se encontraban tales pacientes, y que algunos de los primeros transexuales verdaderos habían falsificado sus historias para que se adecuaran a las teorías más antiguas del trastorno. Se adoptó más tarde el término síndrome de disforia de género, para indicar la presencia de un problema de género en ambos sexos (un conflicto entre la identidad de género y los caracteres sexuales), hasta que la psiquiatra estableció una nomenclatura oficial.

En 1980, se introdujo el diagnóstico de Transexualidad en el DSM- III (por sus siglas en ingles, Manual Diagnóstico y Estadístico versión 3) para referirse a individuos que demostraron por lo menos dos años de deseo continuo de transformar el sexo de sus cuerpos y su estado de géneros social. El DSM- IV (por sus siglas en ingles, Manual Diagnóstico y Estadístico versión 4) en 1994, reemplazó el diagnóstico de Transexualidad por el de Trastorno de Identidad de Género. Dependiendo de la edad, se debía de diagnosticar a ellos con una identificación fuerte y consistente al género opuesto y con una incomodidad persistente con su sexo, o un sentido de desapropio en el papel de ese sexo, con Trastornos de Identidad de Género en la Niñez, Adolescencia o Adulthood. Se debía diagnosticar a las personas que no se encuadraron de éstos trastornos con Trastorno Misceláneo de Identidad de género (Becerra, 2003).

El tratamiento de individuos con disforia de género ha sido visto siempre con gran escepticismo dentro del campo de la medicina. La comunidad científica conceptúa este problema de dos formas distintas. La concepción más clásica, consideraba que la disforia de género era de tipo cognitivo y emocional y que afectaba a la concepción que tenía el sujeto de sí mismo haciendo que se percibiese erróneamente como perteneciente al sexo al que en realidad no pertenecía (Rodríguez- Molina et al., 2009).

Una concepción más aceptable (Swaab, 2007), sostiene que la transexualidad se origina durante las etapas más tempranas del desarrollo embrionario y fetal. Una alteración hace que el cerebro reciba una cantidad de testosterona determinada que haga que no corresponda la identidad sexual con los genitales externos (Becerra, 2003). La diferencia en el tiempo de la asignación del sexo genital (octava semana de gestación) y una identidad cerebral (la vigésima semana de gestación) posibilitaría el trastorno.

## 6.2 Definición actual y criterios diagnósticos

La transexualidad es una condición en la cual una persona con una diferenciación sexual somática aparentemente normal, está convencida de que en realidad es un miembro del género opuesto. Así, un transexual masculino es la persona que siente, piensa y actúa como hombre aunque su sexo biológico es femenino, y una mujer transexual es una persona que se siente, piensa y actúa como una mujer aunque su sexo biológico es masculino (Bordón y García, 2001).

El sexo biológico o genético de un individuo se considera la primera etapa de diferenciación sexual: XY para hombres y XX para mujeres. Por tanto, el sexo de orden biológico englobaría las características genéticas, hormonales y fisiológicas. El género, sin embargo, alude al conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos para construir socialmente lo que es “propio” de los hombres y lo que es “propio” de las mujeres (Becerra, 2003).

Para establecer el diagnóstico, el DSM- IV- TR (American Psychiatry Association, 2006), indica que los trastornos de la identidad sexual se caracterizan por la identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo. La identidad sexual hace referencia a la percepción que tiene un individuo de sí mismo como hombre o como mujer. Por otro lado, La CIE- 10 define tres trastornos diferentes: trastornos de la identidad sexual de la infancia, travestismo de rol doble y transexualismo; en el DSM- IV- TR, éstas tres entidades están recogidas en una misma categoría, denominada trastorno de la identidad sexual.

Posteriormente, el DSM-5 cambia el nombre a disforia de género y considera que deben de existir los siguientes criterios específicos (American Psychiatric Association, 2013):

1. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/ expresado y sus características sexuales primarias y/o secundarias.
2. Un fuerte deseo de deshacerse de sus características sexuales primarias y/o secundarias a causa de una marcada incongruencia entre el género experimentado/ expresado y el género asignado.
3. Un fuerte deseo de tener las características sexuales primarias y/o secundarias del otro género.
4. Un fuerte deseo de ser del otro género (o de algún otro género alternativo diferente al asignado).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como el otro género ( o como algún otro género alternativo diferente al asignado).
6. Una fuerte convicción de que se tienen los típicos sentimientos y reacciones del otro género (o de algún otro género alternativo diferente al asignado).

Pero además se exige que el problema vaya asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Este malestar clínicamente significativo con el propio cuerpo podría interpretarse como una forma de insatisfacción corporal.

### 6.3 Técnicas de evaluación.

Por el momento, es imposible realizar el diagnóstico de transexualidad sólo a partir de criterios objetivos. A continuación se exponen distintos cuestionarios para evaluar distintos aspectos en la disforia de género. En estos cuestionarios los autores no indican las propiedades psicométricas de los instrumentos:

*Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género (EDIG; Rodríguez- Molina et al., 2009)*

Es una herramienta de evaluación que intenta objetivizar los criterios a evaluar. Está basada en los criterios de las principales escalas de clasificación diagnóstica, en el DSM- IV y la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Dado el carácter no objetivable de la información y la importancia de la decisión a tomar en función del cuál sea el diagnóstico, el período de evaluación suele ser largo. Por ejemplo, la Asociación Internacional Harry Benjamin determina que como mínimo debe ser de 3 meses.

*Entrevista de Valoración Inicial (EVI; Rodríguez- Molina et al., 2009)*

Se trata de una valoración inicial para poder incluir a la persona demandante de tratamiento o bien derivarla para evaluaciones de otra índole (psiquiátrica, estudio de enfermedades somáticas, etc.), o incluso no aceptar su entrada, en el caso de personas de las que no hay dudas respecto a que en absoluto cumplen los criterios o manifiestan abiertamente no ser transexuales, habiendo llegado a tratamiento como fruto de errores de ellas mismas o de otros profesionales de la salud.

*Entrevista de Evaluación psicológica (EEP; Rodríguez- Molina et al., 2009)*

Se trata de una recogida de datos clínicos de manera semiestructurada orientados a la historia de desarrollo de la identidad de género, el desarrollo psicosexual (incluida orientación sexual) y aspectos de la vida cotidiana, especialmente por lo que se refiere al previsible impacto del cambio en su vida familiar, social y laboral.

*Análisis Funcional de Secuencias Conductuales en Personas Transexuales (AFUSCO; Rodríguez- Molina et al., 2009)*

Un análisis funcional de al menos 2 conductas de las que suelen ser problemáticas para muchas personas en proceso “transexualizador”: vestirse (o no llegar a hacerlo) con ropas del sexo sentido y comunicar (o no hacerlo) su situación a terceros próximos (familia, parejas, amigos íntimos, etc.) o relevantes (jefes y compañeros en el trabajo, etc.).

Aunque empiezan a construirse desde hace algunos años algunos instrumentos de evaluación objetiva, el diagnóstico de disforia de género se establece clínicamente preferiblemente con la colaboración de un equipo multidisciplinar.

*Evaluación del comportamiento sexual en transexuales (ECST; Berguero, Ballester, Gornemann, Cano y Asiain, 2012)*

Compuesto por 73 items que permite una evaluación cualitativa y cuantitativa de la sexualidad de las personas transexuales. Los items están referidos a distintos ámbitos: fuentes de información y formación sexual en la infancia (4 items), experiencias sexuales traumáticas o estresantes (7 items), primeras sensaciones sexuales (4 items), masturbación (8 items), orientación sexual (3 items), sueños sexuales (4 items), deseo sexual (1 ítem), historia de relaciones de pareja (3 items), fantasías sexuales durante la

relación (1 ítem), comportamiento sexual durante la relación (18 ítems), excitación sexual (3 ítems), orgasmo (6 ítems), dolor en las relaciones (1 ítem), satisfacción tras la relación (3 ítems), pareja estable (3 ítems) y expectativas respecto a los efectos del tratamiento en la vida sexual (4 ítems).

## 6.4 Etiogenia

### 6.4.1 Modelos explicativos

#### **Modelos biológicos**

La teoría biológica predominante alude al efecto de las hormonas sexuales en el periodo prenatal en el núcleo sexodimórfico del cerebro (Allen y Gorski, 1990; LeVay, 1991; Swaab, 1985; Zhou, Hofman, Gooren y Swaab, 1995). Este efecto se observó primero en animales y luego en el estudio del cerebro de personas transexuales post mortem, aunque no se han refutado estos resultados en niños con conflictos de identidad de género. Estos estudios reflejan que es en el cerebro donde está el origen de las diferencias entre hombre y mujer, la identidad de género, y la orientación sexual. Otros estudios muestran diferencias cerebrales en hombres y mujeres: diferencias en cuanto a la activación de las áreas lingüísticas (Shaywitz, Escobar, Shaywitz, Fletcher y Makuch, 1992), y en un estudio post mortem del cerebro de personas homosexuales se observaron diferencias con cerebros de varones heterosexuales y semejanzas con el cerebro de mujeres en una zona denominada “núcleo intersticial del hipotálamo humano 3 -INAH 3-“, el cual participa en la conducta masculina y es mayor en varones que en mujeres (LeVay, 1991).

En 1985, Zhou y colaboradores desarrollan otro estudio post mortem a 6 mujeres transexuales (biológicamente hombres) encontraron que el núcleo basal de la estraía

terminal (BSTc, por sus siglas en inglés) del hipotálamo, que se sabía que era mayor en los varones que en las mujeres, tenía las mismas dimensiones en mujeres transexuales que en mujeres biológicas. Además, se comprobó que el tamaño de los BSTc de varones homosexuales y heterosexuales era similar y que no había ninguna diferencia que relacionara a esta zona con la orientación sexual de los transexuales. Tampoco encontraron diferencias estructurales entre las personas transexuales tardías y los que se dieron cuenta de su condición a una temprana edad, lo que reforzó la idea de que esta región cerebral tampoco está relacionada con la edad a la que se hace evidente. En un estudio posterior se encontró que el número de neuronas en el BSTc en mujeres con DG era similar al número que contenían mujeres que no tenían disforia de género (Kruijver et al., 2000).

Migeon y Wisniewski en 1998 indicaron que la DG podría originarse durante la etapa fetal: Una alteración hace que el cerebro reciba una cantidad hormonal distinta a la esperada que genera una sexualidad distinta a la genital (Migeon y Wisniewski, 1998). Así, para esto autores, esto justifica el fuerte sentimiento de las personas transexuales de haber nacido con el sexo erróneo, ya que la identidad de género se invertiría cuando se altera la interacción entre el cerebro en desarrollo y las hormonas sexuales a las que está expuesto el feto antes del nacimiento.

El cerebro es plástico y se sabe que la conducta modifica el cerebro a través del aprendizaje. Por lo tanto, un cerebro “femenino” puede ser la causa de una conducta de género femenina, pero también puede ser el resultado de desarrollar repetidamente esa conducta. Es decir, las diferencias morfológicas cerebrales por género pueden ser el resultado de las conductas de género.

## **Modelo psicosocial**

Desde el punto de vista psicosocial, la asignación del sexo y una crianza ambigua serían factores determinantes para la identidad sexual (Money, Hampson y Hampson, 1957). Desde esta perspectiva, la preferencia paternal por un hijo de un sexo u otro podría afectar a la forma en que es educado y valorado por su entorno más cercano (Zucker, Wild, Bradley y Lowry, 1993), aunque no hay pruebas evidentes de que las madres de niños con conflictos de identidad de género desearan un hijo del sexo contrario en mayor grado que las madres con hijos que no cumplen criterios de DG. Asimismo, para Zucker y Bradley (1995), la permisividad de los padres puede generar conflictos de identidad de género durante un período. También incluyen como factores que facilitan la aparición o el desarrollo de un conflicto de identidad de género, factores como la agresividad paterna y madres que se sienten desprotegidas y con gran aversión a la agresión, además de factores constitucionales o temperamentales del niño. Sin embargo, no existen estudios empíricos sobre esto.

El origen de la disforia de género ha sido objeto de diversas teorías. La disforia de género podría desarrollarse como resultado de una interacción alterada entre factores genéticos, el desarrollo cerebral y la acción de las hormonas sexuales (Becerra, 2003). Pero además, diversas influencias ambientales en periodos críticos del desarrollo, como el embarazo, la infancia o la pubertad, pueden influenciar la conducta y la orientación sexual. El estrés prenatal, la relación materno-filial de las primeras etapas de la vida, influencias familiares o abusos sexuales durante la infancia o la pubertad, pueden determinar la conducta sexual adulta (Cohen y Gooren, 1999). Por tanto, bastantes datos apoyan que la identidad sexual pueden tener un sustrato biológico (genético, cerebral, hormonal) sobre el que inciden determinados factores ambientales sociales y familiares

durante los llamados "periodos sensibles" de la vida para conformar la identidad sexual definitiva del adulto (Becerra, 2003).

## 7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 7.1 Objetivos

La insatisfacción corporal puede generar problemas personales, sociales y de salud en distintos grupos de personas. En este trabajo, se pretende clarificar el papel de la insatisfacción corporal en cuatro grupos: uno conformado por personas deportistas, otro por personas con TCA, otro por personas con DG y un último grupo control. Ante la escasez de personas con diagnóstico de DM y por la relación en estudios previos entre práctica deportiva e insatisfacción corporal, incluimos un grupo de deportistas en lugar de personas con el diagnóstico de DM.

En las personas con DG, el sentirse insatisfechos con sus cuerpos, a veces, es su principal causa de sufrimiento. En estas personas, se da por supuesto que su imagen corporal les va a generar malestar por no corresponder a su identidad de género y por ello, no se estudia detenidamente. Por tanto, sería conveniente estudiar la insatisfacción corporal en personas con DG y las diferencias, si las hubiera entre FtMs (transexuales masculinos) y MtFs (transexuales femeninos). Para ello, en el estudio 1 se pretende estudiar la insatisfacción corporal en las personas con DG usando los puntos de corte de dos cuestionarios empleados para medir esta variable, la subescala de insatisfacción corporal del EDI- 2 y el cuestionario IMAGEN.

Como consecuencia de que la mayoría de los estudios sobre insatisfacción corporal se han realizado en población con TCA, en el estudio 2, tiene como objetivo

comprobar los resultados del estudio 1 incluyendo un grupo de personas con TCA y un grupo control.

Desde hace unos años, otros problemas relacionados con la imagen corporal han proliferado como la DM. Ante este panorama, en el estudio 3, pretendemos conocer la insatisfacción corporal y el riesgo a padecer DM en personas con TCA, en personas con DG, deportistas y la población general.

Por último, por las consecuencias negativas que puede generar la insatisfacción corporal en la vida de las personas, nos interesaría conocer la relación que pueda haber entre insatisfacción corporal y variables relacionadas con el bienestar como la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en los distintos grupos y por géneros. En el estudio 4 se analiza la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en personas con DG y en el estudio 5 se amplía este estudio para todos los grupos: personas con DG, personas con TCA, deportistas y el grupo control.

## 7.2 Hipótesis

A continuación se exponen las hipótesis de investigación que se han planteado en cada uno de los estudios desarrollados en la parte II del manuscrito.

En el estudio 1 se plantearon las siguientes hipótesis para una muestra con DG utilizando los puntos de corte de los cuestionarios utilizados:

1. En las personas con DG, se espera una insatisfacción corporal mayor a la población general.
2. Se esperan encontrar diferencias por géneros en relación a la insatisfacción corporal: mayor insatisfacción en transexuales femeninos.

En el estudio 2 para una muestra de personas con DG, personas con TCA y un grupo control se plantearon las siguientes hipótesis:

1. Se espera que las personas con DG tengan mayor insatisfacción corporal el grupo control.
2. Se espera que las personas con TCA presenten una mayor insatisfacción corporal que las personas con DG.

En el estudio 3 para una muestra de personas con DG, personas con TCA, un grupo de deportistas y un grupo control se plantearon las siguientes hipótesis:

1. Se espera que las personas con DG tengan una mayor insatisfacción corporal que la población general y el grupo de deportistas pero menos puntuación que el grupo con TCA.
2. Se espera que las personas con DG tengan un mayor riesgo a padecer DM que la población general y el grupo de deportistas pero menos puntuación que el grupo con TCA.
3. No se esperan diferencias entre géneros en insatisfacción corporal ni en el riesgo a padecer DM.

En el estudio 4 se plantearon las siguientes hipótesis para una muestra de personas con DG:

1. En las personas con DG, se espera una satisfacción con la vida menor que en la población general.
2. En las personas con DG, se espera un bienestar psicológico menor que en la población general.

3. No se esperan diferencias de género.

En el estudio 5 se plantearon las siguientes hipótesis para una muestra compuesta por un grupo de personas con DG, de personas con TCA, deportistas y un grupo control:

1. Las personas con más insatisfacción corporal estarán menos satisfechos con sus vidas y su bienestar será menor.
2. Las personas más activas en la práctica deportiva sentirán mayor bienestar y sus vidas más satisfactorias.
3. No se esperan encontrar diferencias de género respecto al bienestar psicológico y la satisfacción vital.

Los objetivos e hipótesis anteriormente planteados se irán respondiendo a los largo de diversos estudios que se desarrollan en la parte II del manuscrito (Estudios empíricos realizados). En cada uno de los estudios se describirá pormenorizadamente la muestra, los instrumentos y los procedimientos realizados. A continuación se exponen la descripción de los instrumentos comunes empleados en todos los estudios.

### 7.3. Instrumentos

Se elaboró un único documento con la batería de cuestionarios que se le administraron a los sujetos (véase Anexo 2). Se les administró el mismo cuestionario a todos los sujetos. La batería incluye datos sociodemográficos: edad, sexo, profesión, deporte que practica, horas de deporte a la semana, peso estimado, peso que desearía tener y altura. Se incluyó el peso estimado ya que se ha demostrado en diversos estudios que es una medida fiable (Baile y González, 2014; Basterra, Bes- Rastrollo, Forga,

Martínez y Martínez, 2007). Además de los datos sociodemográficos la batería de evaluación incluyó: el Test Breve de Vigorexia (TVB; Baile, 2005), el Eating Attitudes Test (EAT- 26; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982), la sub-escala de insatisfacción corporal, sub-escala del Eating Disorders Inventory (EDI- 2; Garner, 1998; Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998), el cuestionario IMAGEN (Solano y Cano, 2010), La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) y Bienestar Psicológico (Fordyce, 1988).

Test Breve de Vigorexia (véase Anexo 2, 1º parte): ante la falta de consenso sobre los criterios que definen la DM que han surtido efecto en su evaluación elegimos este test por su fácil aplicación a la hora de medir el riesgo en general a padecer DM. En cada respuesta se obtienen puntuaciones positivas o negativas. Para obtener la puntuación total hay que sumar el total de puntos positivos y restar el total de puntos negativos. Si la puntuación total es negativa, 0, 1 o 2 presentarían un riesgo bajo a sufrir DM. Una puntuación de 3 o 4 puntos indicarían un riesgo medio y de 5- 10 puntos el riesgo sería alto.

Eating Attitudes Test 26 (véase Anexo 2, 2º parte): El EAT-26 lo incluimos en nuestra batería por ser un cuestionario de fácil aplicación, altamente predictivo de la versión completa, válido y fiable que ha sido muy utilizado para la detección de los TCA en la población general. El objetivo de su inclusión fue comprobar que ninguna de las personas que pertenecían a los grupos control, de deportistas y de personas con DG cumplieran criterios para un problema alimentario. El test EAT-26 es una herramienta de evaluación estandarizada y validada que se puede considerar una valiosa ayuda en el diagnóstico de trastornos de la alimentación en todas las culturas. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. El rango de puntuación del EAT- 26 va

del 0 a 78. Una puntuación de 20 o superior indica que una persona puede tener un trastorno de la alimentación. La validación española del EAT-26 (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2003) se ha llevado a cabo por Gandarillas y colaboradores en 2003. Las propiedades psicométricas de este cuestionario son similares a los descritos por los autores (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Para medir la insatisfacción corporal se usaron dos instrumentos: la sub-escala de insatisfacción corporal del EDI- 2 (véase Anexo 2, 3º parte) y el cuestionario IMAGEN (véase Anexo 2, 4º parte). La sub-escala de insatisfacción corporal se ha utilizado por separado como un buen indicador para valorar la insatisfacción corporal. Una puntuación de 11 (punto de corte más sensible) o 14 (de corte más específico) indica que una persona tiene una insatisfacción corporal desadaptativa (García, Vázquez, López y Arcila, 2003). 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 (Baile y Velázquez- Castañeda, 2006). Sin embargo, esta escala parece adaptarse poco al género masculino a la hora de medir insatisfacción corporal. Por ello, incluimos también al cuestionario IMAGEN para medir la insatisfacción corporal. Este cuestionario parece adaptarse más a los dos sexos a la hora de medir insatisfacción corporal. Permite, además de obtener una puntuación global en insatisfacción corporal, obtener la puntuación de diversos componentes en relación a la insatisfacción con el cuerpo: componente cognitivo/ emocional, perceptivo y conductual. La sub-escala ICE evalúa el componente cognitivo- emocional de la insatisfacción con 21 ítems que se refieren a los propios pensamientos y emociones sobre la insatisfacción corporal como el temor a aumentar de peso. La sub-escala IPE evalúa el componente perceptivo de la insatisfacción con 10 ítems que valoran las

creencias subjetivas acerca de haber alcanzado un peso por encima del peso deseado o una figura deformada. La sub-escala ICL sub-escala evalúa el componente conductual de la insatisfacción con 7 ítems que mide la frecuencia de las conductas típicas en personas con una patología alimentaria. Para valorar la frecuencia se ha utilizado una escala de 5 puntos con las siguientes categorías: 0 casi nunca / nunca, rara vez 1, 2 veces, 4 muchas veces, 5 casi siempre / siempre. Para interpretar los datos hay dos baremos en percentiles según sea población clínica o general: uno para los hombres / mujer sin comer riesgo patología y otro para los hombres / mujer con el consumo de riesgo de patología.

Para estudiar la posible relación entre insatisfacción corporal y el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida se optó por incluir la escala de Satisfacción con la Vida (véase Anexo 2, 5º parte) y la escala de Bienestar Psicológico (véase Anexo 2, 6º parte). La escala de Satisfacción con la Vida es uno de los instrumentos más usados para medir bienestar subjetivo (Moreno, 2007). Otros estudios en relación con la insatisfacción corporal han empleado esta escala (Guzman y Luigi, 2009). Se empleó la versión en castellano de la SWLS de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), adaptada por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000), que evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su propia vida. Consta de cinco ítems tipo Likert con puntuación de 1 ‘totalmente en desacuerdo’ a 5 ‘totalmente de acuerdo’. La puntuación mínima es 5 y la máxima que se puede conseguir en el cuestionario son 25 puntos. Por otro lado, la escala de Bienestar Psicológico de Fordyce mide de forma rápida y sencilla los niveles de felicidad. La media en poblaciones occidentales adultas es de 7. Puntuaciones de 8 y más indican alta felicidad.

Puntuaciones de 5 y menos indican un estado de malestar aunque no una situación de problemas graves de salud mental (Seligman, 2003).

## **PARTE II: ESTUDIOS EMPÍRICOS REALIZADOS**



## **PARTE II: ESTUDIOS EMPÍRICOS REALIZADOS.**

### **1. INSATISFACCIÓN CORPORAL EN PERSONAS CON DISFORIA DE GÉNERO.**

Los estudios sobre la imagen corporal, la distorsión corporal, la insatisfacción con el cuerpo y otros en la misma línea... se han centrado básicamente en personas con problemas de la conducta alimentaria (Hargreaves y Tiggemann, 2009; Rosen, 1990; Thompson, 1990; Vaquero et al., 2013). Sin embargo, hay muchos problemas que se relacionan con una imagen corporal desadaptativa. Las personas con DG se desarrollan teniendo un conflicto con su imagen corporal referido a su identidad sexual pero hay pocos estudios sobre la insatisfacción que puede generar esta disonancia (Marone, Iacoella, Cecchini y Ravenna, 1998; Zucker y Bradley 1995). Esta incongruencia entre identidad y cuerpo además presenta implicaciones (Becerra, 2003), que en otros casos no se dan: tener DG conlleva a menudo que la gente se refiera a ellos con un nombre con el cual no se identifican, puede relacionarse con más problemas para conseguir pareja, con dificultades laborales y en las relaciones familiares y sociales y con problemas burocráticos entre otros. El conflicto que tienen con su cuerpo puede llevar a que una persona con DG incremente su insatisfacción corporal. A esto se añade, la globalización de la internalización del ideal de belleza en hombres y mujeres (Sepúlveda y Calado, 2012), que pudiera ser un problema añadido en el caso de personas con DG ya que para esta población alcanzar los ideales de belleza del sexo sentido es aún más difícil que para otros grupos, cuya anatomía al menos coincide con la del sexo sentido. Por otro lado se plantea la cuestión de si hay diferencias por tipo de sexo, es decir entre transexuales masculinos y femeninas.

Por ello, nuestro propósito en el estudio 1 es abordar la imagen corporal en personas con DG y las diferencias entre transexuales femeninos y masculinos.

Estudio 1: Imagen corporal en personas con Disforia de Género (Rabito- Alcón y Rodríguez- Molina, 2015a).

### **Resumen**

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.

Se administraron a personas con disforia de género una batería de cuestionarios en los que se incluyeron el EAT- 26, la sub- escala de insatisfacción corporal del EDI-2 y el cuestionario IMAGEN.

En el caso de la sub- escala de insatisfacción corporal del EDI- 2, con el 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.

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

Palabras clave: insatisfacción corporal, imagen corporal, identidad de género, diferencias de género, transexualidad.

### **Abstract**

For subjects with gender dysphoria, body image is an important aspect of their condition. These people sometimes manifest a strong desire to change their primary and secondary sexual characteristics. In addition, socially the ideal of beauty has become growing 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 presented by 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.

A set of questionnaires was administered: some sociodemographic data, EAT-26, body dissatisfaction sub-scale of EDI- 2 and IMAGEN questionnaire.

In the case of body dissatisfaction subscale of EDI- 2 with a cutoff 11, body dissatisfaction in our sample would be close to the level presented in clinical population. However, using the cutoff 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.

The data seem to indicate that people with gender dysphoria would be at an intermediate point in relation to body dissatisfaction between the 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.

Keywords: body dissatisfaction, body image, gender identity, gender differences, transsexualism.

### **Introducción**

A lo largo de la historia el concepto de imagen corporal ha ido evolucionando especialmente desde principios del siglo XX (Baile, 2003). 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 y 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 negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo que puede variar desde una evaluación descontento o negativa de

algunos elementos de nuestro cuerpo, a una obsesión extrema con la apariencia física que interrumpe el funcionamiento normal (Baile, Raich y Garrido, 2003).

Todas las culturas a lo largo de la historia ha tenido un estereotipo de la imagen corporal relacionándose la imagen corporal y la globalización sociocultural (Sepúlveda y Calado, 2012). 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 (Bucchianeri et al., 2014; Guðnadóttir y Garðarsdóttir, 2014). Los hombres suelen estar más preocupados por el volumen de su cuerpo (pecho, brazos o músculos), las mujeres suelen estar más preocupadas por su peso (satisfacción la forma/ volumen del cuerpo o el tamaño de los senos) (Cho y Lee, 2013; Sepúlveda y Calado, 2012). 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 (Rodríguez- Molina y Rabito, 2011).

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 una identidad (Kamps y Berman, 2011).

La imagen corporal es un aspecto fundamental de su condición de sujetos con disforia de género (DG). Las personas con DG presentan una disonancia entre su sexo biológico y su identidad de género (American Psychiatric Association, 2013; Gómez,

Esteve de Antonio y Bergero, 2006). 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 (Gooren, 2006).

No hay forma exacta de definir la pertenencia a un sexo 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 correspondiente a un sexo biológico femenino, o como hombres si perciben estas características sexuales secundarias como correspondientes a un sexo biológico masculino, incluso cuando su identidad sea diferente (Fernández y García- Vega, 2014).

En ese caso, las personas con DG 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 es debido a una enfermedad hormonal, aunque la internalización ideal de belleza podría influir también. Por todo ello, es común en las personas con DG manifiesten un fuerte deseo de cambiar sus características sexuales primarias y secundarias (Becerra, 2013), incluso muchos han informado estar muy insatisfechos con su cuerpo llegando a sugerir que el cuerpo es su principal fuente de sufrimiento (Bandini et al., 2014).

A las personas con DG de hombre a mujer se les denomina transexuales femeninas (MtFs) y de mujer a hombre, transexuales masculinos (FtMs). Las transexuales femeninas nacieron como hombres biológicos, pero su identidad sexual corresponde a la mujer. En el caso de los transexuales masculinos, nacieron como mujeres biológicas pero sus identidades son masculinas. Transexuales femeninas y masculinos hacen todo lo posible para que su cuerpo se adapte a su identidad y a veces, en línea al 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. MtFs tienden a ocultar sus genitales masculinos con prendas de presión. Por otro lado, desde la adolescencia, FtMs tienden a usar ropa masculina, a menudo ocultan sus pechos con las prendas de compresión y tratan de hacer pasar como personas del sexo opuesto en público (Gómez et al., 2006).

En las personas con DG, debido a las consecuencias de la enfermedad, se puede esperar cierta insatisfacción corporal debido a su conflicto con el cuerpo y su identidad de género. Hay que tener en cuenta que esta insatisfacción corporal a priori es diferente a la interiorización de los ideales corporales. Sin embargo, no hay un instrumento que mida insatisfacción corporal en general ni 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 incrementando su insatisfacción corporal, el propósito de este trabajo es analizar la insatisfacción corporal asociada a la delgadez en personas con DG, para describir si la insatisfacción corporal entraría dentro de la alteración clínica o si es similar a la población general. Además, se busca conocer las diferencias en esta variable entre transexuales femeninas y masculinos.

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

## **Método**

### **Participantes**

Estudio transversal compuesto por una muestra de 52 personas con disforia de género (30 eran FtM y 22 MtF). En el momento del estudio estaban en fase de evaluación previa a cirugías. Las Unidades de Disforia de Género del Hospital Clinic de Barcelona y el Centro de Salud de la Fuente de San Luis de Valencia fueron contactadas y participaron de forma voluntaria. Todos los cuestionarios se recogieron a partir de septiembre de 2012, hasta septiembre de 2013. Todos los participantes dieron su consentimiento para participar de forma voluntaria.

### **Instrumentos**

Todos los cuestionarios fueron insertados en un documento único. Se administró una batería de cuestionarios con el siguiente contenido: algunos datos sociodemográficos, el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT- 26; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982), la sub- escala de insatisfacción corporal sub-escala del Inventario para los Trastornos de Alimentación (EDI- 2; Corral, González, Pereña, Seisdedos, 1988) y el cuestionario IMAGEN (Solano y Cano, 2010).

El EAT-26 es un cuestionario con 26 ítems que estudia los trastornos relacionados con la alimentación, la bulimia y la ansiedad relacionados 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 EAT- 26 se llevó a cabo por Gandarillas y colaboradores en 2013 (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2003). La insatisfacción corporal se midió a través de dos cuestionarios: la sub- escala de insatisfacción corporal del EDI-2 y el cuestionario IMAGEN; este último se incluyó por su mayor discriminación por géneros. La sub- escala de insatisfacción corporal es una de las 11 sub- escalas que contiene el EDI- 2 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Se pueden evaluar todas las sub- escalas en conjunto para obtener una puntuación total o se pueden usar cada sub- escala por separado. La sub- escala de insatisfacción corporal se ha utilizado por separado como un buen indicador para valorar la insatisfacción corporal, en la Tabla 1 podemos encontrar los ítems que corresponden a dicha sub- escala. Una puntuación de 11 (punto de corte más sensible) o 14 (de corte más específico) indica que una persona tiene una insatisfacción corporal desadaptativa (García, Vázquez, López y Arcila, 2003). 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 (Baile y Vázquez- Castañeda, 2006).

Tabla 1

Escala de insatisfacción corporal del EDI- 2

---

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.

Por otro lado, el IMAGEN evalúa la insatisfacción corporal en sus diferentes componentes: cognitivo- emocional (ICE), perceptivo (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, rara vez 1, 2 veces, 4 muchas veces, 5 casi siempre / siempre.

En la Tabla 2 se muestran puntos de corte de la puntuación total directa.

Tabla 2

IMAGEN puntos de corte para puntuación total

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

La puntuación total se transforma en 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 (Solano y Cano, 2010).

## 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 estimado de la muestra total fue de 67.08 kg (72.6 kg para transexuales femeninas y 62.7 kg para masculinos), mientras que el peso medio deseado era de 63.83 kg para la muestra total (64.44kg para transexuales femeninas y 63.37 kg para masculinos). La Tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos de los participantes para los datos sociodemográficos.

Tabla 3

Medias y desviaciones típicas (DT) de datos sociodemográficos

	Muestra total (N= 52)	MtFs (N=22)	FtMs (N=30)
Edad	26.2 (DT: 6.15)	27,38 (DE: 6.58)	25.37 (DT: 5.8)
Peso estimado	67.08 (DT: 19.77)	72,67 (DE: 24.16)	62.74 (DT: 14.58)
Peso deseado	63.83 (DT: 10.61)	64.44 (DE: 13.63)	63.37 (DT: 7.92)
Hrs/ semana de práctica deportiva	4.25 (DT: 6.65)	6.08 (DT: 11.33)	3.38 (DT: 2.21)

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

Tabla 4

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

Cuestionarios	Muestra total		MtFs		FtMs	
	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

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 EAT- 26, nos permitió evaluar hasta qué punto estábamos midiendo los mismos conceptos con los 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.

Tabla 5

Coeficiente de correlación de Pearson entre cuestionarios

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

\*\* Correlaciones significativas ( $p < .001$ )

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 la escala de insatisfacción corporal del EDI- 2, se utilizó la prueba  $t$  de Student para una muestra (ver Tabla 6). Para el valor esperado de 11 obtuvimos  $t(50) = -0,686$ ,  $p = .496$ . Para una puntuación de 14 como punto de corte  $t(50) = -3,31$ ,  $p = 0,002$ . Por último, para un valor esperado de 16 una  $t(50) = -5,06$ ,  $p < 0,001$ .

Tabla 6

Prueba T

Cuestionario	Punto de corte	$t$	$Gf$	Sig.
IC/ EDI-2	11	-.686	50	.496
IC/ EDI-2	14	-3.31	50	.002
IC/ EDI-2	16	-5.06	50	<.001
EAT- 26	20	-11.06	50	<.001

También se analizaron las diferencias de género respecto de la insatisfacción corporal, utilizando la H de Kruskal- Wallis. Los resultados fueron  $\chi^2(1) = 1.00$ ,  $p = 0.317$ ; no hubo diferencias entre los tipos de DG en la insatisfacción corporal utilizando la puntuación de la sub-escala del insatisfacción corporal del EDI- 2. El uso de la puntuación total de IMAGEN en la misma prueba obtuvo resultados similares  $\chi^2(1) = 2.09$ ,  $p = 0.148$ . En el EAT- 26 un valor mayor de 20 indica que una persona puede tener un trastorno de la alimentación. Se realizó una prueba  $t$  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  $\chi^2(1) = 2.54$ ,  $p = 0.111$ . Todas las diferencias encontradas en el grupo usando la H de Kruskal- Wallis se reflejan en la Tabla 7.

Tabla 7

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

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

## 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 puntos de corte 14 y 16

para la sub-escala de insatisfacción corporal del EDI- 2. Sólo no se encontraron diferencias significativas cuando se evaluó si la muestra provenía de una población con sub-escala de insatisfacción corporal del EDI- 2 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 (Baile y Vázquez- Castañeda, 2006; García et al., 2003).

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 incremente 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 nuestra muestra en el cuestionario IMAGEN usamos 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 (Vocks et al., 2009).

De hecho, se rechaza la hipótesis de que la muestra procede de poblaciones con valor esperado alto en el EAT- 26. 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 de géneros en la muestra para esta prueba.

En relación a la diferencia por géneros, se rechaza nuestra 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 sub-escala de insatisfacción corporal del EDI- 2 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 (Furnham, Bandini y Snade, 2002; Vocks et al., 2009).

Estos datos nos permiten especular que puede que las personas con disforia de género tengan un mayor riesgo a padecer algún problema relacionado con la imagen corporal o una patología alimentaria (Furnham et al., 2002).

Como conclusión general, el nivel de insatisfacción corporal asociada 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 importante 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 problemas alimentarios o los relacionados con la imagen corporal.

## 2. INSATISFACCIÓN CORPORAL EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, PERSONAS CON DISFORIA DE GÉNERO Y ESTUDIANTES.

Como se ha comentado anteriormente, tradicionalmente los estudios sobre insatisfacción corporal se han desarrollado en personas con problemas de la conducta alimentaria. En nuestro estudio 1 se hizo un acercamiento de la insatisfacción corporal

en personas con DG. Se usaron los puntos de corte de población clínica y de población general para comparar los resultados obtenidos por la muestra de personas con DG. No obstante, se puede plantear la duda de si la insatisfacción corporal de la población diagnosticada de DG es similar o diferente a la de la población con trastornos de la conducta alimentaria. Por ello, en el estudio 2 se amplía el primer acercamiento y se incluyen dos grupos: uno de personas con problemas alimentarios para compararlo con el grupo con DG y un grupo control para corroborar los datos obtenidos previamente a través de los puntos de corte.

Estudio 2: Body Dissatisfaction differences and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria and university students.

### **Abstract**

To subjects with gender dysphoria, body image is an important aspect of their condition. These individuals have at times reported high level of dissatisfaction with their body, similarly to individuals with an eating disorder. 61 subjects with gender dysphoria (GD), 30 subjects with an eating disorder (ED), and 40 healthy subjects were evaluated. The statements are based on the hypothesis that GD subjects present more body dissatisfaction than the control group but less than the ED group. Results regarding body dissatisfaction show significant differences among groups using ANOVA test. Higher BD in the ED group, followed by the GD group, was shown by Tukey b pos hoc test. Subjects with GD have higher scores in body dissatisfaction than the general population, but this degree of body dissatisfaction differs in people with eating disorders, given that the latter show higher scores than those with GD.

Keywords: body dissatisfaction; body image; gender identity; eating disorders.

## **Introduction**

Having a negative body image can be a major challenge for many people. Body image is an important part of total self-concept. Over the past several hundred years, there has been a shift towards the body as part of one's identity (not in a purely physical way), but as a means of deeper self-expression (Gauntlett, 2008).

Body image dissatisfaction refers to the discomfort and dissatisfaction that a person feels with their body. It includes assessments of specific body parts or the whole body that tend to overestimate or distort the body proportions with negative connotations (Baile & Velázquez- Castañeda, 2006).

Cognitions about body dissatisfaction refer to thought patterns in which physical appearance is questioned, compared, in which wishes to modify it exist, or it is even perceived as negative. Emotions, aroused by these cognitions, are negative and generally include anger, anxiety and sadness. In addition, resulting behaviors are strongly associated with avoidance behaviors, testing and bingeing, which are closely related to the pathological behaviors associated with Eating Disorders (ED) (Solano & Cano, 2010). In short, body dissatisfaction (BD) can range from a disgruntled or negative evaluation of some parts of our body, to an extreme obsession with physical appearance that disrupts normal functioning (Baile, Raich & Garrido, 2003).

For many years body image has been related to social success and Mass Media has helped to disseminate the standards of female and male beauty, often showing unreal bodies (Sepúlveda & Calado, 2012). While in the 80's, body image concerns were a problem reserved for women, recent studies have expressed an increasing

concern for male body image (Bucchianeri, Serrano, Pastula & Corning, 2014; Guðnadóttir & Garðarsdóttir, 2014). Gender differences, in terms of content and structure of the body's dimensions, are relevant. Men tend to be more concerned about their body strength. The body parts that men are more concerned about are chest, arms and muscle mass. They desire a defined and muscular chest, arms with very muscular deltoids and a flat belly full of abdominals. However, women are more concerned about their weight (Cho & Lee, 2013; Sepúlveda & Calado, 2012). They desire a flat stomach, slim waist, prominent breasts, to an overall slim body. Even perfect woman body measurements (90-60-90) were established to provide a definition of ideal proportions. It means a perfect woman is a woman who has of chest measurement of 90 cm, a waist measurement of 60 cm and a hip measurement of 90 cm. For many years now, body ideals have been associated with health problems, as in the case of eating disorders in women. In the last 10 years, and simultaneously with the appearance of the muscular male body ideal, the first cases of vigorexia or muscle dysmorphia were documented in men (Rodríguez-Molina & Rabito, 2011).

Currently, there are no doubts about the relevance of body dissatisfaction in eating disorders. In most cases, eating pathology begins with the decision to lose weight, but that decision would not occur without the existence of unease towards the body. In fact, body dissatisfaction is considered one of the most important risk factors (Perpiñá, Marco, Botella & Baños, 2004; Smolak & Thompson, 2009). Furthermore, according to the cognitive model of the maintenance of eating disorders (Fairburn, 2008) the “core psychopathology” of these disorders is overconcern with body shape and body weight, and self-worth is largely judged, or even exclusively, in terms of satisfaction– dissatisfaction with these aspects/factors.

Individuals with eating disorders are not the only ones who have problems with their body image. Those with Gender Dysphoria (GD) or transgendered individuals have also been reported to be highly dissatisfied with their body, and many of them have even been suggested that the body is their primary source of suffering (Bandini et al., 2013). In fact, body image, and body image dissatisfaction and distortion, is a fundamental aspect of their condition. GD subjects present a dissonance between their biological sex and their gender identity. They believe they have been born into the wrong sex (Gómez, Esteva de Antonio & Bergero, 2006). Since childhood, they have held feelings of anxiety related to being completely different from those people of the same sex. They prefer playing games of the opposite sex. They start to wear clothes of the opposite sex from an early age, not for fun but as an expression of the feeling of belonging to that other sex which is not theirs. They do it as a deep secret because they feel guilty and ashamed. Their youth is affected by their feelings of alienation and loneliness. In time, they end up discovering that they do not identify with their own sex and they realize that they would be happier if they belonged to the other (gender) (Gooren, 2006).

In the case of these individuals, given that they have experienced a continuous conflict between mind and body since birth, body dissatisfaction usually appears. This dissatisfaction differs from body dissatisfaction due to an internalization of an ideal body, but people with GD could suffer both aspects of body dissatisfaction. It is common that GD manifest a strong desire to change their primary and secondary sexual characteristics (Becerra, 2003). We could find people with GD who were born as, men but their sexual identity correspond to women (MtF: male to female) and viceversa. MtFs and FtMs make strong efforts to ensure that their bodies suit their identities. These

people have a persistent preoccupation with hiding their primary and secondary sexual characteristics, and most of them seek hormonal and surgical treatments to change their bodies. MtFs tend to hide their male genitalia with pressure garments. Since adolescence, FtMs tend to wear male clothes. They often hide their breasts with compression garments, and try to pass as the opposite sex in public (Gómez et al., 2006). FtMs subjects present significant distress during development of secondary sexual features and menarche (Fisher et al., 2010), related to this, the occurrence of anorexia and bulimia nervosa has also been described in single case studies for female-to-male transsexuals in which slimness might be regarded as a possibility to suppress secondary sexual characteristics (e.g., the breasts) and menstruation (Hepp & Milos, 2002). Gender differences among types of GD could be found as gender differences among general population related to body ideal internalization. Most MtFs tend to seem physically a woman according to the beauty ideal (thin with prominent breasts) and slimness was a way to respond to the female ideal of attractiveness, since the individuals often strive to be a “super female” and therefore tend to accentuate female traits (Hepp & Milos, 2002). Thus, being slim might be put on a par with being female and attractive (Waters, 1998 cited in Vocks, Stahn & Loenser, 2009) and FtMs tend to seem physically a muscular man, according to current ideal body for males.

When body dissatisfaction appears, for men and for women (transgender and not) this body dissatisfaction includes cognitive, emotional and behavioral aspects. However, GD subjects have an objective physical problem not related to ideal bodies, but related to identity. In addition to this dissonance between their gender and physical appearance, transgender people also may feel dissatisfied with their bodies by not achieving the prevailing ideals of beauty. There will be MtFs and FtMs recognized as

women or men who do not show body dissatisfaction, even though they are not ideal women or men. However, there will be other MtFs or FtMs, who despite being recognized as women or men, may suffer from dissatisfaction if they feel that their bodies are not close to the ideal for female or male beauty, in each case.

Obviously, the kind of body dissatisfaction among groups could be different. For example, people with ED could be worried about being fat while people with GD could be worried about their sexual features. However, this study attempts to determine the amount of body dissatisfaction in each group. Our aim is to study the difference that body dissatisfaction plays in each problem.

The purpose of this piece of work was to compare a sample of subjects with GD, a sample of subjects with ED, and a control group in terms of features related to body dissatisfaction.

As a result of the aforementioned, we propose two hypotheses. Firstly, we expect higher body dissatisfaction in GD than in control subjects. Secondly, comparing the GD group with the ED group, we expect higher body dissatisfaction in the ED group.

In people with GD, higher scores in body dissatisfaction are expected than in the general population. However, as this body dissatisfaction is different from ideal body internalization, we expect that body dissatisfaction in transgenders will be less intense than in the case of people with eating disorders.

## Method

### Participants

The sample consisted of 131 subjects. The first aim of the present study was to compare MtFs and FtMs with male and female controls concerning body image. In order to examine differences between the participants with GD and another clinical group, we also included females with ED, since these persons are characterized not only by problematic eating behavior, but also by severe disturbances in body image. It included 61 subjects with gender dysphoria in assessment phase without surgeries (30 FtMs and 31 MtFs) from the Valencia and Barcelona Gender Dysphoria Units (GDU), 30 subjects with eating disorders (all females) from the Hospital General de Ciudad Real and Adan Psychological Center, and 40 university students from the Psychology Department of the Universidad Autónoma de Madrid who served as the control group. Tables 1-3 show the descriptive statistics for participants.

Table 1

Descriptive data of GD subjects

	Total sample ( <i>N</i> = 61)	MtFs ( <i>N</i> =31)	FtMs ( <i>N</i> =30)
Age	27.28 ( <i>SD</i> : 6.6)	29.2 ( <i>SD</i> : 6.89)	25.37 ( <i>SD</i> : 5.8)
Estimated weight	67.00 ( <i>SD</i> : 18.77)	70.83 ( <i>SD</i> : 21.27)	62.74 ( <i>SD</i> : 14.58)
BMI (Body Mass Index)	25.08 ( <i>SD</i> : 8.9)	25.06 ( <i>SD</i> : 10.82)	25.12 ( <i>SD</i> : 5.22)
Desired weight	62.83 ( <i>SD</i> : 11.85)	62.31 ( <i>SD</i> : 14.63)	63.37 ( <i>SD</i> : 7.92)
Hours/week practicing sports	4.31 ( <i>SD</i> : 6.25)	5.61 ( <i>SD</i> : 9.29)	3.38 ( <i>SD</i> : 2.21)

Table 2

Descriptive data of ED subjects

	Total sample (N=30)	Anorexia Nervosa(N=10)	Bulimia Nervosa (N=9)	Eating Disorder non specified (N=11)
Age	32.13 (SD: 9.8)	30.5 (SD: 10.5)	26.78 (SD: 8.93)	38 (SD: 7.04)
Estimated weight	55.75 (SD: 13.27)	47 (SD: 6.40)	57.77 (SD: 8.66)	61.27 (SD: 17.16)
BMI	21.69 (SD: 5.46)	17.39 (SD: 2.33)	22.66 (SD: 2.54)	25.02 (SD: 7.15)
Desired weight	49.86 (SD: 5.1)	48 (SD: 5.68)	50.94 (SD: 5.24)	50.05 (SD: 4.6)
Hours/week practicing sports	7.13 (SD: 6.69)	7.75 (SD: 8.22)	5.4 (SD: 2.3)	7.92 (SD: 8.19)

Table 3

Descriptive data of control subjects

	Total sample (N= 40)	Males (N=19)	Females (N=21)
Age	21.85 (SD: 2.24)	22.16 (SD: 2.46)	21.57 (SD: 2.04)
Estimated weight	62.97 (SD: 10.67)	70.39 (SD: 8.77)	56.61 (SD: 7.69)
BMI	21.59 (SD: 2.88)	21.98 (SD: 2.79)	21.28 (SD: 2.98)
Desired weight	60.53 (SD: 10.21)	69.97 (SD: 6.02)	53.33 (SD: 5.93)
Hours/week practicing sports	4.60 (SD: 4.28)	4.56 (SD: 4.76)	4.64 (SD: 3.89)

## **Instruments**

A sociodemographic questionnaire built ad hoc was used. In addition a set of questionnaires were administered including: the Eating Attitudes Test (EAT- 26; Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982), the Body Dissatisfaction Subscale of Eating Disorders Inventory (EDI- 2; Garner, 1998; Corral, González, Pereña & Seisdedos, 1998) and the IMAGEN questionnaire (Solano & Cano, 2010). We have selected these questionnaires about body dissatisfaction (body dissatisfaction subscale of EDI- 2 and IMAGEN) because they are very used by the researchers and there is no specific questionnaire to assess the own body dissatisfaction of the disease in transsexuals.

In order to screen for GD we asked about their feelings regarding their sexual identity. To screen for ED the EAT- 26 was used.

Eating Attitudes Test (EAT-26): EAT-26 is a questionnaire with 26 items. It investigates diet-related disorders, bulimia, and anxiety related to food. More specifically, EAT-26 highlights the perception of one's own weight and physical appearance. The EAT-26 test is a standardized and validated screening tool that can be considered a valuable aid in the diagnosis of eating disorders from a cross-cultural point of view. Each question is scored on a scale from 0 to 3 (based on the replies: always, usually, often, sometimes, rarely and never). A total score is obtained by adding the scores of each item. Possible scores on the EAT-26 range from 0 to 78. A score of 20 or above indicates that a person may have an eating disorder and further evaluation by a mental health professional is therefore recommended. The Spanish validation of the EAT-26 has been carried out by Gandarillas et al., (2003) using a community sample of females aged 15 to 18 who were currently enrolled in school. The psychometric

properties of this questionnaire are similar to those described by the original authors (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Body dissatisfaction was measured by two questionnaires. IMAGEN was included due to better adaptation by gender:

Body dissatisfaction of EDI- 2 sub-scale: Garner et al., developed in 1991 EDI- 2 composed of 91 items (64 items from EDI- 1 and another 27 items) (Ministerio de Sanidad y Consumo –Ministry of Health and Consumer Affairs, in English–, 2009). In order to calculate a total score, all the subscale scores can be summed or each subscale score can be used separately. The body dissatisfaction subscale has been used separately as a good indicator of body dissatisfaction. A score of 11 (sensible more sensitive cutoff) or 14 (a more specific cutoff) indicates that a person presents maladaptive body dissatisfaction (García, Vázquez, López & Arcila, 2003). Other studies consider a score of 16 as cutoff for indicating the possibility of a body image disorder associated with an eating disorder. (Baile & Velázquez- Castañeda, 2006)

IMAGEN: it is a questionnaire used to assess the different components of body dissatisfaction. It allows for obtaining a body dissatisfaction total score and a score of its main components: cognitive-emotional, perceptive and behavioral. The ICE subscale concerns the cognitive-emotional component of dissatisfaction with 21 items referring to one's own thoughts and emotions related with body dissatisfaction, such as the fear of gaining weight. The IPE subscale refers to the perceptive component of dissatisfaction with 10 items that evaluate subjective beliefs about having reached a weight above the desired weight or a deformed figure/body. The ICL subscale evaluates the behavioral component of dissatisfaction with 7 items that measure the frequency of typical behaviors in persons with an eating pathology. To evaluate the frequency, a

scale with the following categories has been used: 0 almost never/ never, 1 rarely, 2 sometimes, 3 many times, 4 almost always/ always. IMAGEN questionnaire has neutral questions not only directed to females, as is the case of the Body Dissatisfaction Subscale in EDI- 2.

In Table 4, cutoffs of direct total score are shown.

Table 4

IMAGEN cutoffs of direct total score

Degree of dissatisfaction	Men	Women
Severe	31-152	53- 152
Markedly	17- 30	41- 52
Moderate	6- 16	17- 40
Mild	0- 5	0- 16

In order to interpret percentiles, there are two assessments: one for men/ woman without a risk for eating pathology and one for men/ woman with a risk for eating pathology.

Cronbach's alpha for the total score women was 0.96 and for men 0.946. In the ICE, IPE and ICL subscales, Cronbach's alpha were 0.96, 0.90 and 0.87 respectively. Cronbach's alpha in men for the ICE, IPE and ICL, reveals the following scores: 0.87, 0.86 and 0.84 respectively.

## **Procedure**

All the questionnaires were inserted in a unique document. The Gender Identity Unit Clinic Hospital in Barcelona and La Fuente de San Luis Health Center in Valencia were contacted in order to obtain subjects with GD and they participated voluntarily. Subjects with ED were collected in the Hospital General Universitario de Ciudad Real (General University Hospital of Ciudad Real, in English) in Ciudad Real and Adan Psychological Center in Madrid. Control group were composed of university students from the Autonomous University of Madrid. All questionnaires were collected from May 2012 to January 2014. All patients gave their informed consent and participated in the study voluntarily. Data analysis was carried out with SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) V.15 and the data analysis consisted of ANOVA and Tuckey b as post hoc to analyze the relationship between body dissatisfaction and group.

## **Results**

Cronbach's alphas for the IMAGEN questionnaire were calculated for each group. In the GD group it was 0.946; for the ICE, IPE and ICL subscales the scores were 0.945, 0.727 and 0.840 respectively. In the ED group was 0.968; for the ICE, IPE and ICL subscales were 0.941, 0.947, 0.888 and finally for the control group Cronbach's alpha was 0.955; for subscales 0.954, 0.877 and 0.805, for the ICE, IPE and ICL respectively. Alpha values higher than 0.7 are enough to guarantee the questionnaire's reliability (Cronbach, 1951; Huh, Delorme & Reid, 2006).

Descriptive statistics of each questionnaire were calculated for all participants (as can be seen in Table 5). Regarding age and BMI, correlations with body dissatisfaction are not significant for FtMs. However, correlation between BMI and

body dissatisfaction by EDI- 2 subscale and IMAGEN are significant for MtFs (.515 and .583, respectively). Correlations between BMI, age and body dissatisfaction were not significant in female controls. The scores obtained were higher in the ED group on all questionnaires, followed by the GD group. In the ED group, EAT- 26 mean score was of 35.8 (*SD*: 17.39), the BD subscale of EDI- 2 mean score was of 17.7 (*SD*: 6.49) and the IMAGEN mean score was of 92.7 (*SD*: 34.98). Regarding the GD and control groups, EAT- 26 mean scores of 8.18 (*SD*: 7.69) and 4.3 (*SD*: 7), the BD subscale of EDI- 2 mean scores of 9.55 (*SD*: 7.93) and 4.08 (*SD*: 6.08), and finally, the IMAGEN mean scores were 40.97 (*SD*: 29.77) and 22.17 (*SD*: 21.02) respectively. Moreover, statistics were calculated for GD types (as it can be seeing in Table 6). FtMs obtained higher mean scores than MtFs in the BD subscale of EDI- 2 (11.55, *SD*: 9.3 versus 7.67, *SD*: 5.94), but lower on the EAT- 26 (6.76, *SD*: 7.22 versus 9.6, *SD*: 7.98) and IMAGEN (34.79, *SD*: 25.45 versus 46.76, *SD*: 32.66).

Table 5

Descriptive Statistics for all questionnaires in all groups

	GD		ED		Control	
Questionnaires	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
EAT- 26 total	8.18	7.69	35.8	17.39	4.3	7.00
BD/ EDI- 2 total	9.55	7.93	17.7	6.49	4.08	6.08
IMAGEN total	40.97	29.77	92.7	34.98	22.17	21.02

Table 6  
Descriptive Statistics for all questionnaires in GD subjects

Questionnaires	MtFs		FtMs	
	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
EAT- 26 total	9.6	7.98	6.76	7.22
BD/ EDI- 2 total	7.67	5.94	11.55	9.3
IMAGEN total	46.76	32.66	34.79	25.45

None of the individuals with GD meets diagnostic criteria for ED and none of those individuals with ED meets criteria for GD.

In regards to correlation coefficient of the questionnaires, these were obtained for each group. They can be seen in Table 7 for GD subjects, in Table 8 for ED subjects and in Table 9 for control subjects.

Table 7  
Person coefficient correlations among questionnaires in GD group

	EAT-26	IC/EDI-2	IMAGEN/ICE	IMAGEN/IPE	IMAGEN/ICL	IMAGEN/TOTAL
EAT-26	-	-	-	-	-	-
IC/EDI-2	.106	-	-	-	-	-
IMAGEN/ICE	.380**	.400**	-	-	-	-
IMAGEN/IPE	.195	.357**	.559**	-	-	-
IMAGEN/ICL	.474**	.077	.249	.201	-	-
IMAGEN/TOTAL	.598**	.408**	.776**	.665**	.514**	-

\*\* Significant correlations ( $p < .001$ )

Table 8

Person coefficient correlations among questionnaires in ED group

	EAT-26	IC/EDI-2	IMAGEN/ICE	IMAGEN/IPE	IMAGEN/ICL	IMAGEN/TOTAL
EAT-26	-	-	-	-	-	-
IC/EDI-2	.769**	-	-	-	-	-
IMAGEN/ICE	.704**	.784**	-	-	-	-
IMAGEN/IPE	.667**	.820**	.548**	-	-	-
IMAGEN/ICL	.737**	.611**	.565**	.620**	-	-
IMAGEN/TOTAL	.722**	.801**	.881**	.763**	.736**	-

\* Significant correlations ( $p < .005$ )\*\* Significant correlations ( $p < .001$ )

Table 9

Person coefficient correlations among questionnaires in control group

	EAT-26	IC/EDI-2	IMAGEN/ICE	IMAGEN/IPE	IMAGEN/ICL	IMAGEN/TOTAL
EAT-26	-	-	-	-	-	-
IC/EDI-2	.680**	-	-	-	-	-
IMAGEN/ICE	.714**	.871**	-	-	-	-
IMAGEN/IPE	.592**	.704**	.745**	-	-	-
IMAGEN/ICL	.884**	.475**	.542**	.449**	-	-
IMAGEN/TOTAL	.775**	.870**	.989**	.810**	.627**	-

\* Significant correlations ( $p < .005$ )\*\* Significant correlations ( $p < .001$ )

To analyze the relationship between body dissatisfaction and group (ED, GD or control group), ANOVA was used. We obtained  $F(2, 127) = 54.10$ ,  $p = .000$  and  $F(2, 127) = 31.75$ ,  $p = .000$ , so there are differences in BD between groups using IMAGEN and the body dissatisfaction subscale in EDI-2 respectively. Tukey b post hoc analysis

was used with groups, and data for the body dissatisfaction subscale in EDI- 2 for ED was 17.7, for GD 9.55 and 4.07 for the control group. Tukey b using IMAGEN was 92.7 in the ED group, 40.97 in GD subjects and 22.17 in the control group. ANOVA for the ICE IMAGEN subscale was  $F(2, 127) = 51.77, p = .000$ , using Tukey b the results were 19.85 for the control group, 33.05 for the GD group and 66.17 for the ED group. For the IPE and ICL subscales significance were  $F(2, 127) = 43.2, p = .000$  and  $F(2, 127) = 63.43, p = .000$ . Tukey b results for control group were 1.55 and 0.78; for GD were 5.45 and 0.87; and finally for ED group they were 18.6 and 10.77 respectively. This data confirm our two hypotheses: body dissatisfaction is higher in the ED group than among the others and higher in the GD group than in control group. Tukey b data shows that this BD was doubled in each group (BD ED group > BD GD group > BD control group). GD subjects have more than double the level of BD than the control group and ED group have almost double the level of BD than the GD group.

### **Discussion**

BMI in MtFs influence in body dissatisfaction, if BMI increases, body dissatisfaction increases too. This correlation not happens in female controls. Maybe the explanation is that MtFs have higher BMI than non transsexual females.

According with our hypothesis, data have shown that transgender individuals present higher levels of body dissatisfaction than the general population, according to two measures of body dissatisfaction (IMAGEN and Body Dissatisfaction Subscale of the EDI- 2) as previous studies (Vocks et al., 2009). However they present lower levels of BD than the ED group.

The mean age of the total sample was 26.67 years: mean age of MtFs was 29.2, mean age of FtMs was 25.37, mean age of the ED group was 32.13 and mean age of the control group was 21.85 years. Estimated weight and desired weight in the MtFs sample was 70.83 kg and 62.31 Kg, respectively. In FtMs subjects estimated weight was 62.74kg and desired weight was 63.37 kg. Estimated weight for ED group was 55.75 kg. For the ED group, desired weight mean was 49.86 kg. Finally, estimated weight in the control group was 70.39 in males and 56.61 in females. Desired weight in males was 69.97 and in females 53.33. These results can be seen in more detail in the tables 1, 2 and 3.

Descriptive sample data shows that subjects with ED practice more hours of sports per week and they desire a lower weight than the other two groups. Only in the case of the ED group did the scores of EAT-26 reach 20 points, which indicates that these individuals could suffer from an eating pathology, as was expected. A cutoff of 11 for the BD subscale in EDI- 2 indicates that people suffer maladaptive body dissatisfaction and the GD group is near this score (mean GD: 9.55). If we analyze the differences among genders, we find out that MtFs showed a mean score of 7.67, but FtMs showed mean score of more than 11 (11.55), concluding that BD male transgenders present a more maladaptive BD. However, this subscale, starting at 16 points, evaluates the possibility of a body image disorder associated to an eating disorder and in the case of the ED group the mean score was 17.7, and in the control group the mean score was 4.08. IMAGEN descriptive data, according to the results of the others questionnaires, show the highest mean score in the ED group (severe BD), followed by the GD group (markedly to severe BD).

Both questionnaires to test body dissatisfaction (BD subscale from the EDI- 2 and IMAGEN) correlate significantly in all groups. That implies convergence between both measures on aspects related to body dissatisfaction.

Results related to body dissatisfaction in subjects from different groups were statistically significant. In post hoc Tukey b analysis, the ED group was the group with higher BD (17.7), followed by GD, and finally with the lowest score was seen in the control group. Perhaps subjects with GD have higher body dissatisfaction than the general population, but this degree of body dissatisfaction is different from people with eating disorders, being higher in the latter.

We can ask ourselves about the reasons behind why each group feels body dissatisfaction. It could be different reasons. For instance, in the ED group it could be due to a drive for thinness, according to society's beauty ideals. However, for GD the reasons could be related to their sexual characteristics. There is a discordance between their bodies and their identities and that could be the reason of the body image for this group. Individuals with GD seem to present "morphological body dissatisfaction" and not a BD due to thinness as in the ED group.

Those individuals with GD hate their sexual characteristics, not their weight. For example, it is not that MtFs are dissatisfied with their weight, but rather that they are dissatisfied with their beard, their genitalia and so on.

No differences in body dissatisfaction were found between males and females as Vocks and colleagues found (Vocks et al., 2009). However, in terms of eating pathology gender differences were reported (Furnhan, Bandini & Sneade, 2002). This finding could be related to the fact the male body ideal has been increasingly gaining

importance, nearing the level of pressure towards the ideal body which nearing the level of pressure towards the ideal body which women have been dealing with since the 80`s. (Rodríguez- Molina & Rabito, 2011).

It is important to note that all GD subjects were in hormonal therapy during the assessment period. It would be interesting to have included the time people with GD took in hormonal treatment, however, the results on the influence of surgeries on body dissatisfaction in transsexual have had contradictory results: in the study of Vocks and colleagues (2003) no correlation between the number of stages of the transsexual development undergone and eating and body image disturbance measures among MtFs and FtMs. This finding contradicts the results of studies by Kraemer et al. (2008) and Pauly and Lindgren (cited in Vocks et al., 2009), in which a positive effect of sex-reassignment surgery on body image was demonstrated. Future research must conduct an in-depth study of the emotional features related to BD in the different groups, and could improve the sample by including the different types of ED. It may also be interesting to know the time of hormonal treatment of GD subjects.

Also, in the future it would be desirable to answer to what extent do individuals with gender dysphoria experience body dissatisfaction due to identity-related problems (i.e., they literally do not experience a sense of "fitting" with their physical bodies) vs. due to pursuit of the thin-ideal (i.e., as might be expected among individuals with eating disorders).

The results as other studies (Vocks et al., 2009) may provide first indications that persons with GID, especially MtFs, might be at an enhanced risk of developing eating and body image disturbances and interventions aiming at an improvement of body image might be promising in this context.

In conclusion, GD and eating disorders are characterized by severe body uneasiness, and the body is at the core of this distress in both conditions. Transgender individuals have higher body dissatisfaction than general population, but less than the ED group. There were no gender differences in body dissatisfaction, which is similar to findings by previous studies. However FtMs manifest more BD than MtFs. Perhaps, nowadays, the internalization of male body ideals are gaining importance over female body ideals.

### 3. INSATISFACCIÓN CORPORAL EN PERSONAS DEPORTISTAS, PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, CON DISFORIA DE GÉNERO Y ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

En los últimos años, se ha ido constatando que no solo a las mujeres les afectan los problemas de la imagen corporal, sino que también es un problema para muchos hombres. Sin embargo, parece que la influencia de los medios de comunicación y los ideales de belleza imperantes son distintos para hombres y mujeres. Desde hace décadas a las mujeres se les ha ido exigiendo un cuerpo cada vez más delgado lo que se relaciona con problemas como los TCA. Sin embargo, a los hombres se les ha ido exigiendo un cuerpo cada vez más musculado y sin grasa y desde hace algunos años este intento de consecución de un cuerpo de estas características se ha relacionado con problemas como la DM (Wagner et al., 2009; Rodríguez- Molina y Rabito; 2011). Las primeras referencias de esta patología surgen en relación con la práctica de ejercicio (Baekeland, 1970). Unos años más tarde, en 1993 se describe por primera vez el problema y se vuelve a relacionar con el deporte al examinarse una muestra varones reclutados en diversos gimnasios de halterofilia de Boston (Pope y Katz, 1993). En todos parece haber algún tipo de insatisfacción corporal en estas personas deportistas.

En el siguiente estudio, se incluye una muestra de personas que practican deporte de forma notable para estudiar su insatisfacción corporal. Así mismo se estudian sus semejanzas y diferencias con los grupos de TCA, DG y un grupo control.

Estudio 3: Body Dissatisfaction: risks of an unhealthy body image.

### **Abstract**

Bodily concerns and body dissatisfaction are present in general population. Although, body dissatisfaction (BD) has influence on disorders as Muscle Dysmorphia (MD), Eating Disorders (ED) and Gender Dysphoria (GD). In our study, it is expected subjects with GD have more BD and high scores in MD than students and sports group and at the same time less score than ED group. Gender differences are not expected. 61 subjects with GD, 30 ED subjects, 42 sports and 40 students were evaluated. ANOVA test with Tukey b post hoc test and H Kruskal- Wallis test were used and data analyse were performed with SPSS v. 15. Results about BD show significant differences among all comparisons of all groups. Data have shown that subjects with GD have higher body dissatisfaction than sports and university students, but less than ED group. There were no gender differences in BD; however, we found gender differences in MD scores in GD group.

Keywords: body dissatisfaction; body image; Muscular Dysmorphia; gender identity; eating disorders.

## Introduction

In the industrialized societies there is a new epidemic that has long been alarming specialists from different disciplines. It is a modern obsession about perfection of the body. People have common symptoms under the desire for a perfect body image. The canons of physical beauty is a fact that goes back long ago in the history of mankind. However, since the beginning of the XXI century, the cult of the body takes on a new dimension with relevant social, economic and health implications. The cult of physical beauty has become excessive and an obsession for health, as a sign of perfection. Some people are obsessed with healthy living that makes them ill (Rodríguez- Molina & Rabito- Alcón, 2011). Although everyone is exposed to the pressure of consumption, not everyone has the same predisposition to alter his or her behavior. This will determine that some people, for example with obsessive traits, develop new disorders such as Vigorexia (Muñoz & Martínez, 2007).

Physical appearance regains importance is a reflection of social status, success and value (Warren, 2008). In addition, some studies (Taqui et al., 2008) have shown that bodily concerns and body dissatisfaction are increasing in the general population.

Since years, body image have been related with social success, and Mass media helps to disseminate the standards of female and male beauty. It sometimes show unreal bodies what may lead to confusion and body image dissatisfaction among many (Sepúlveda & Calado, 2012). While the 80's body image concerns was a problem only for women, recent studies have shown an increasing concern about male body image (Bucchianeri, Serrano, Pastula & Corning, 2014; Guðnadóttir & Garðarsdóttir, 2014).

Eating Disorders (ED) have been increasing for years especially in women, and it is characterized by a persistent alteration of eating or an alteration of the behavior related to eating that leads to an alteration in the consumption or absorption of food and cause a significant deterioration of physical health or psychosocial functioning. Diagnostic criteria Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) and Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) are provided based on. DSM- 5 (APA, 2013):

On the one hand, diagnostic criteria for AN indicate a restriction of energy intake relative to requirement, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. An intense fear of gaining weight or of becoming fat and finally, disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

On the other hand, diagnostic criteria for BN include recurrent episodes of binge eating and inappropriate compensatory behaviors (such as self-induced vomiting, misuse of laxatives, fasting, or excessive exercise) in order to prevent weight gain. The binge eating and inappropriate compensatory behaviors both occur, on average, at least 1x/week for 3 months. Furthermore, self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight and the disturbance does not occur exclusively during episodes of anorexia nervosa.

Finally, diagnostic examples of EDNOS to presentations in which the characteristic symptoms of an eating disorder or food intake to cause clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of

functioning, but do not meet all criteria none of the disorders in the diagnostic category of eating disorders and food intake.

Therefore, we find that while women want to lose weight, men want to gain weight through muscle mass, in a context of excessive cult of the body ideals, reaching an obsession for health as a sign of perfection (Rodríguez-Molina & Rabito, 2011).

Men seem to be dissatisfied with their stomach, chest and arms, of which they would like to increase the size (McCabe & Ricciardelli, 2009), whereas in women, the parts that generate the most upset are the belly, thighs and hips. They want to reduce them.

In addition, the physical aspect is associated with positive and negative aspects (Cafri & Thompson, 2004). Thin women are associated with wealth, health, control and beauty, whilst being fat is associated negatively with weakness, laziness, lack of control and unhealthy lifestyles (Cho & Lee, 2013; Sepúlveda & Calado, 2012). Muscled man is associated with positive characteristics (attractiveness, strength, happiness...), while obesity or being overweight has negative connotations (laziness). In the same way, a muscled male physique has been related with power, dominance, sexual virility, strength and self-esteem (Olivardia, Pope, Borowiecki & Cohane, 2004). Moreover, physical weakness is associated with femininity and is diminished if a muscled body remains.

This dissatisfaction with body image has lead the male gender to start with a series of behaviors to improve their appearance, such as diet, use of cosmetics, physical exercise, etc. Most theories suggest that the development of body dissatisfaction has a multifactorial aetiology: physical, social environment that rewards thinness and

appearance, low self esteem, depression and beliefs about the importance of being thin increase the development of dissatisfaction body (Paxton, Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2006). This body dissatisfaction has generated new body image problems as Muscle Dysmorphia (MD) or Vigorexia (Rodríguez & Rabito- Alcón, 2011)

The Vigorexia or Muscle Dysmorphia is a health disorder characterized by a pathological preoccupation with being weak and not having enough muscular development of the body, still holding it, and that manifests itself in the inability to perceive accurately the size of the body, with obsessive thoughts and negative appearance-related behaviors (Baile, 2005).

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) describes criteria for Body Dysmorphic Disorder with Muscle Dysmorphia (APA, 2013) as a preoccupation with one or more defects or perceived imperfections in physical appearance that are not observable or appear without importance to others. Furthermore, the subject has performed behaviors (p. ex., looking in the mirror, grooming excessively scratching the skin, want to make sure things) or repetitive mental acts (p. ex., comparing appearance with others) in response to concerns about appearance. The preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning. Finally, concerns about appearance are not better accounted for by anxiety about fat or body weight in a subject whose symptoms meet diagnostic criteria for a disorder food. DSM- V specifies for muscle dysmorphia: The subject is concerned about the idea that your body frame is too small or poorly muscled.

It is a disorder first described in 1993 by Harrison G. Pope at the Biological Psychiatry Laboratory at McLean Hospital, he conducted research on the use of

anabolic steroids by men recruited in various gyms Weightlifting in Boston and found that a significant number of them were perceived as small and thin, when in fact they were big and muscular (Pope, Hudson & Katz, 1993).

Since it was brought to light this disorder has gone by several names. From Reverse Anorexia, because they presented similar to anorexic symptoms but instead of losing weight, they wanted to increase their body size; to Muscle dysmorphia up for the inability of the body to perceive objectively; and Adonis Complex, name given to Greek mythology where Adonis was an extremely attractive man. In addition, due to similarities in symptomatology, sometimes, it has been typecast as a Muscular Dysmorphic Disorder, Exercise Addiction Disorder or a type of Eating Disorders.

Not only people with ED and subjects with MD have problems with their body image, people with Gender Dysphoria (GD) or transsexuals have been even reported to be highly dissatisfied with their body, even to many of them, it has been suggested that the body is their primary source of suffering (Bandini et al., 2013). In fact, body image, body image dissatisfaction and distortion, are fundamental aspects of their condition. There is a dissonance between their biological sex and their gender identity in GD subjects. DSM- 5 criteria for GD are the following (APA, 2013): a marked incongruence between one's experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months duration, as manifested by 2 or more of the following indicators: a marked incongruence between one's experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics (or, in young adolescents, the anticipated secondary sex characteristics); a strong desire to be rid of one's primary and/or secondary sex characteristics because of a marked incongruence with one's experienced/expressed gender (or, in young adolescents, a desire to prevent the development of the anticipated

secondary sex characteristics); a strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics of the other gender; a strong desire to be of the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender); a strong desire to be treated as the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender) and a strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender). Finally, the preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning

They think they have born with the wrong sex (Gómez, Esteva de Antonio & Bergero, 2006). Since childhood, they have had feelings of anxiety for being totally different people from those of the same sex. In these cases, since they were born, they are in a continuous conflict between mind and body, and so body dissatisfaction can appear. This dissatisfaction is different from body dissatisfaction due to body ideal internalization, in fact, it is due to a physical illness, but people with GD could suffer both aspects of body dissatisfaction. It is common in GD subjects a manifestation of a strong desire to change their primary and secondary sexual characteristics (Becerra, 2003). We could find people with GD who born like men but their sexual identity correspond to woman (MtF: male to female) and female to male subjects (FtM), people who born like a woman but their identity correspond to men. MtF and FtM made all efforts to ensure that their body suits their identity. These people have a persistent concern about hiding their primary and secondary sexual characteristics, and most of them ask for hormonal and surgical treatment to change sex. MtF tend to hide their male genitalia with pressure garments. Since adolescence, FtM tend to wear male clothes, often they hide their breasts with compression garments, and try to pass off as people of

the opposite sex in public (Gómez et al., 2006). Although, FtM subjects present a significant distress during development of secondary sexual features and menarche (Fisher et al., 2010). Gender differences between types of GD could be found as gender differences among general populations related to body ideal internalization. Most MtF tend to seem physically a woman according to the ideal beauty (thin, prominent breasts) and FtM tend to seem physically a muscular man, according to current men body ideals.

When body dissatisfaction appears for men and for women (transsexual and not transsexuals), this body dissatisfaction includes cognitive, emotional and behavioral aspects. However, GD subjects have an objective physical problem not related to body ideals, it is related to identity. In addition, to this dissonance between their gender and physical appearance, transgender people also may feel dissatisfied with their bodies by not approaching the prevailing ideals of beauty.

The purpose of this piece of work is to compare a sample of subjects with diagnosis of GD, a sample of subjects with diagnosis of ED, people who usually practice sports without diagnosis of MD and university students in terms of features of body dissatisfaction and degree of risk to suffer MD.

Regarding our first hypothesis we expect to see that, people with GD have developed more BD than sports and university students but less than ED subjects. Secondly, we expect higher scores in Vigorexia Short Test (VST) in GD group than in sports and students group but less than in ED group. Finally, we do not expect gender differences in BD and in VST, as body dissatisfaction has increased over the years in men, like it occurred in women before.

## Method

### Participants

The sample included 173 subjects composed of 30 subjects with diagnosis of ED, 42 subjects who practice more than 3 hours of sports per week (sport group) without diagnosis of MD, 61 subjects with diagnosis of GD (30 were FtMs and 31 MtFs) and 40 university students. Table 1 shows the descriptive statistics for participants. Differences between estimated weight and desired weight were higher in females of all groups being the major difference in MtFs (8.52 Kgs less) followed by ED females (6.86 Kgs less) than in males of all groups. Only in FtMs cases the difference was positive (plus 0.63 Kgs). GD subjects had the higher BMI (25.06 for MtFs and 25.12 for FtMs). However, university females and females with diagnosis of ED had the lowest BMI (21.28 and 21.69 respectively).

### Instruments

It was administered a set of questionnaires: some socio-demographic data, Vigorexia Short Test (VST) and Body Dissatisfaction sub-scale from Eating Disorders Inventory (EDI- 2).

Vigorexia Short Test: basic test to study degree of risk to suffer vigorexia. Each answer you get a positive or negative value and to obtain the total score must be added the total positives and subtract the total of negative points. With a total score between 5-10 points subjects presents high risk to suffer vigorexia. A total score of 3-4 points means moderate risk and negative total score up to 2 points means mild risk to suffer vigorexia.

Body dissatisfaction of EDI- 2 sub-scale: Garner et al., in 1991 develop EDI- 2 composed by 91 items (64 items from EDI- 1 and other 27 items). Items allow score 11 scales, 8 main (thinness obsession, bulimia, body dissatisfaction, inefficiency, perfectionism, interpersonal distrust, interoceptive awareness and maturity fear) and 3 additional scales (asceticism, impulsivity and social insecurity) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). You can add up all sub-scales for a total sub-scale score or use each separately. Body dissatisfaction sub-scale has been used separately as a good indicator to value body dissatisfaction. A score of 11 (cutoff more sensible) or 14 (cutoff more specific) indicates that a person has a disadaptive body dissatisfaction (García, Vázquez, López & Arcila, 2003). Other studies consider a score of 16 as cutoff to value a possible body image disorder associated to an eating disorder. (Baile & Velázquez- Castañeda, 2006).

## **Procedure**

All the questionnaires were inserted in a unique document. Gender Identity Units in Hospital Clinic in Barcelona (Clinic Hospital in English) and Centro de Salud La Fuente de San Luis (La Fuente de San Luis Health Center, in English) in Valencia were contacted and they participated voluntarily to obtain GD participants. Subjects with ED were collected in Hospital General Universitario de Ciudad Real (General University Hospital of Ciudad Real, in English) in Ciudad Real and Adan Psychological Center in Madrid. Control group were composed by university students from Autonomous University of Madrid. Sports groups were collected from several Volleyball teams, applicants for firefighters in Community of Madrid and dancers. All questionnaires were collected from May 2012 to April 2014. All patients gave their inform consent and participated in the study voluntarily. We used ANOVA, tukey b pos

hoc test and H of Kruskal- Wallis was used and carried out with SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) V.15.

Table 1

## Descriptive statistics

	GD		ED		Sports				University					
	MtFs		FtMs		F		F		M		F		M	
	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>
Age	29.2	6.89	25.37	5.8	32.13	9.8	25.4	6.99	26.82	6.46	21.57	2.04	22.15	2.45
Estimated weight	70.83	21.27	62.74	14.58	55.72	13.27	58.88	6.06	72.82	5.34	56.61	7.69	70.39	8.77
Desired weight	62.31	14.63	63.37	7.92	49.86	5.1	54.95	5.15	72.52	6.19	53.33	5.92	69.97	6.03
BMI	25.06	10.82	25.12	5.22	21.69	5.46	21.84	2.17	23.65	2.57	21.28	2.98	21.98	2.79
Hrs/week Sport	5.61	9.29	3.38	2.21	7.13	6.69	7.77	5.20	14.28	6.33	4.64	3.89	4.57	4.76

## Results

Analysis of results were obtained descriptive statistics of each questionnaire for all participants (as it can be seeing in Table 2). Higher mean score in all questionnaires was in ED group followed by GD group. In ED group, VST mean score was 1.07 and BD sub-scale of EDI- 2 mean score was 17.7. Moreover, statistics were calculated by gender in each group .ED females obtained highest scores (1.06 for VST and 17.7 for BD sub-scale in EDI-2). Comparing FtMs and MtFs, first obtained higher mean scores than MtFs in VST (.433 versus -2.58) and BD sub-scale in EDI- 2 (11.55 versus 7.67). Sports women obtained -2 in VST and 1.95 in BD sub-scale of EDI- 2 mean scores. Finally, for women university students VST mean score was -4.57 and for BD of EDI- 2 sub-scale 6.14. For men university students VST mean score was -4.31 and 1.78 for BD sub-scale of EDI- 2.

Table 2

Descriptive statistics for all questionnaires in all groups

Questionnaires	GD		ED		Sports		Students	
	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>
VST total	-1.05	3.22	1.07	3.31	-2.55	2.29	-4.45	1.84
BD/ EDI- 2 total	9.55	7.93	17.7	6.49	3.26	4.25	4.08	6.08

To analyze the relationship between body dissatisfaction and group of subjects (ED, GD, sports and university students), ANOVA was used. It was obtained,  $F(3, 168) = 35.6$ ,  $p = .000$  so there are differences in BD among groups. Tukey b post hoc analysis was used with groups, and data for ED was 17.7, for GD 9.55, 4.08 for

university students and 3.26 in sports people. These data confirm our hypothesis one: body dissatisfaction is higher in ED group than in the others and in GD group higher than in students and in sports people. Tukey b data shows this: BD was doubled in each group (BD ED group > BD GD group > BD university students), close the last group (the sports).

To analyze the relationship between VST scores and group of subjects (ED, GD, sports people and university students), ANOVA was used. We obtained,  $F(3, 167) = 25.65$ ,  $p = .000$  so there are differences in BD between groups. Tukey b post hoc analysis was used with groups, and data for ED was 1.07, for GD -1.05, -4.45 for university students and -2.55 in sports people. In this case, VST scores are higher in ED subjects followed by GD subjects too. However, this score is higher in sports than in university students (confirming our second hypothesis). ANOVA also was used to analyze the relationship between BD and BMI,  $F(25, 108) = 1.9$ ,  $p = .013$ , BD and hours/ week practicing sports,  $F(24, 105) = 1.22$ ,  $p = .242$ , VST and BMI,  $F(15, 118) = 6.25$ ,  $p = .849$  and VST score and hours/ week practicing sports,  $F(15, 114) = 1.15$ ,  $p = .318$ , in all cases the relationships were not significant.

H of Kruskal- Wallis was used in all groups to analyze gender differences in body dissatisfaction and VST score (see Table 3). Only the relationship in GD subjects between VST score and gender resulted significant,  $X^2(1, N = 61) = 10.74$ ,  $p = .001$ .

Table 3

H Kruskal- Wallis for gender differences

	GD	Sports	University
BD/ EDI-2	$X^2(1) = 4.91, p = .088$	$X^2(1) = 7.39, p = .007$	$X^2(1) = 2.77, p = .096$
VST	$X^2(1) = 10.74, p = .001$	$X^2(1) = 2.79, p = .094$	$X^2(1) = .028, p = .867$

### Discussion

Descriptive analysis of the sample data shows subjects with ED practice more hours of sports per week than GD group and university students. However, ED group desires a lower weight than the other groups. The group of ED subjects which wishes a lower weight in correspondence with the BMI. The MtFs have higher difference between the estimated kg and the desired weight, but they have a BMI higher than Ed subjects, so those kilos down that MtFs wish would remain within a normal BMI, while ED would obtain a BMI of underweight.

Descriptive results for VST score: all groups showed low risk of suffering Vigorexia according to the interpretation of the questionnaire (in all groups mean was under two points). Mean score in BD sub-scale of EDI- 2 in FtMs was 11.55 and 17.7 in ED group, which indicates that these people had maladaptive body dissatisfaction. There is higher body dissatisfaction in male transsexuals than in female transsexuals.

Both questionnaires to test BD (BD sub-scale from EDI-2 and VST) correlate significantly each other in total sample, ED and GD subjects; but not in sports and university students.

Results related to body dissatisfaction in subjects from different groups were statistically significant ( $p = .000 < .005$ ). In pos hoc Tukey b analyze ED group was the group with higher BD (17.7), followed by GD (9.55), university students group (4.08), and, finally, with the lowest score sports (3.26). Subjects with GD had higher body dissatisfaction than students and sports, but less body dissatisfaction than eating disorders subjects according to our first hypothesis. There were not differences in body dissatisfaction between males and females, so it could confirm our last hypothesis. No gender differences were found. It is related to the emergent issue in which male body ideal is gaining in importance gradually reaching female body pressures, the one that women have had since the 80s (Rodríguez- Molina & Rabito, 2011). We only found gender differences in VST score for GD subjects,  $X^2(1, N= 61) = 10.74, p = .001$ .

### **Conclusions**

In conclusion, GD and eating disorders are characterized by severe body uneasiness, and the body is at the core of this distress in both conditions. According to our hypothesis, data have shown that transsexuals have higher body dissatisfaction than sports and university students, but less than ED group. As GD group showed less body dissatisfaction than ED group, this finding was in the line in the most literature data that have reported low levels of psychopathology in this clinical group (Bandini et al., 2013; Gómez- Gil, Trilla, Salamero, Godás & Valdés, 2009) and seems to support the preliminary recommendations for DSM- V which have replaced the term Gender

Identity Disorder for Gender Dysphoria, thus removing the concept of “disorder” (Bandini et al., 2013).

There were no gender differences in body dissatisfaction as previous studies found. However, we found VST gender differences in GD group. According to this result, male body has been considered more difficult to pass off a female one than the other way around, and male attributes seem to be more accepted in females than females attributes in males (Bandini et al., 2013; Kraemer, Delsignore, Schnyder, Hepp, 2008).

#### 4. SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

Parece haber una relación entre la insatisfacción corporal y el bienestar o la felicidad. Aparentemente esto debería de ser así en los grupos estudiados de personas con DG, con TCA y deportistas habituales. Por un lado, las personas con DG desde que nacieron están en un continuo conflicto entre sus sentimientos y su cuerpo, lo que puede causar muchos problemas sociales, legales y personales por lo que su satisfacción con la vida y bienestar subjetivo pueden verse afectados. De la misma manera, las personas con TCA o con DM estarían insatisfechas con sus cuerpos y sufrirían deterioros en su vida personal, social y laboral. En la búsqueda de ideal de belleza, parece que el conseguir ajustarse a los ideales no solo influye en una modificación corporal de tipo morfológica, el acercarte a los ideales cada vez ha tenido más implicaciones relacionadas con el éxito personal y laboral, en cierta medida como si estando más cerca de los ideales fuéramos a ser más felices. Es de esperar que la relación que se establece entre la insatisfacción corporal y el bienestar o la satisfacción vital sea inversa. En los estudios 4 y 5 se analiza la relación entre la insatisfacción corporal y la satisfacción vital y el bienestar psicológico en distintos grupos: TCA, DG, deportistas y grupo control. El

estudio 4 se centra en la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en personas con DG y en el 5 en todos los grupos de estudio.

Estudio 4: Satisfacción con la vida y bienestar psicológico en personas con Disforia de Género (Rabito- Alcón y Rodríguez- Molina, 2015b).

### **Resumen**

La satisfacción con la vida y el bienestar psicológico han sido ampliamente estudiados como medida de salud mental y su transcurso ha dado lugar a dos grandes tradiciones: la hedónica y la eudaimónica. En la actualidad se establece una diferencia entre el bienestar subjetivo emocional, que se suele denominar bienestar psicológico y el cognitivo o satisfacción con la vida. El objetivo de nuestro estudio es explorar la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en personas con diagnóstico de Disforia de Género (DG) y comparar los resultados con la población general, así como ver las diferencias por géneros. La escala de bienestar psicológico de Fordyce y la adaptación al castellano de la versión de ítems tipo Likert de 1 a 5 de la Escala de Satisfacción con la Vida se aplicaron a una muestra de 40 estudiantes como grupo control y a 61 personas con DG. Se calculó estadística descriptiva y prueba T para muestras independientes, los datos se analizaron con SPSS v. 15. Los resultados obtenidos indican que las personas con DG tienen una satisfacción con la vida y un bienestar psicológico menor que el grupo control. No se encontraron diferencias por géneros en satisfacción con la vida ni en bienestar psicológico.

Palabras clave: Bienestar psicológico, Satisfacción con la vida, Disforia de Género, Hedonismo.

## **Abstract**

Satisfaction with life and psychological well-being have been extensively studied as a measure of mental health and its course has led to two great traditions: the hedonic and eudaimonic. Currently a difference between emotional subjective wellbeing, which is often called psychological well-being and cognitive well-being or satisfaction with life is established. The aim of our study is to explore satisfaction with life and psychological well-being in people with gender dysphoria (DG) diagnosis and compare the results to general population, as well as see the differences by gender. Fordyce psychological well-being questionnaire and adaptation to Castilian version of 1-5 likert items Satisfaction with Life Scale were applied to a sample of 40 students as a control group and 61 people with DG. Descriptive statistics and T-test for independent samples was calculated, the data were analyzed with SPSS v. 15. Results indicate that people with DG have a satisfaction with life and a psychological well-being lower than the control group. No gender differences in life satisfaction or psychological well-being were found.

Keywords: Psychological well-being, Satisfaction with life, Gender Dysphoria, Hedonism.

## **Introducción**

La Psicología como disciplina científica se ha centrado tradicionalmente en estudiar constructos como depresión, ansiedad, autoestima, etc. Sin embargo, en los últimos tiempos, los estudios se están centrando en aspectos relacionados con el bienestar y la felicidad, lo que autores como Seligman han denominado Psicología Positiva (Seligman, 2000).

La Psicología Positiva se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman, 2000, 2003).

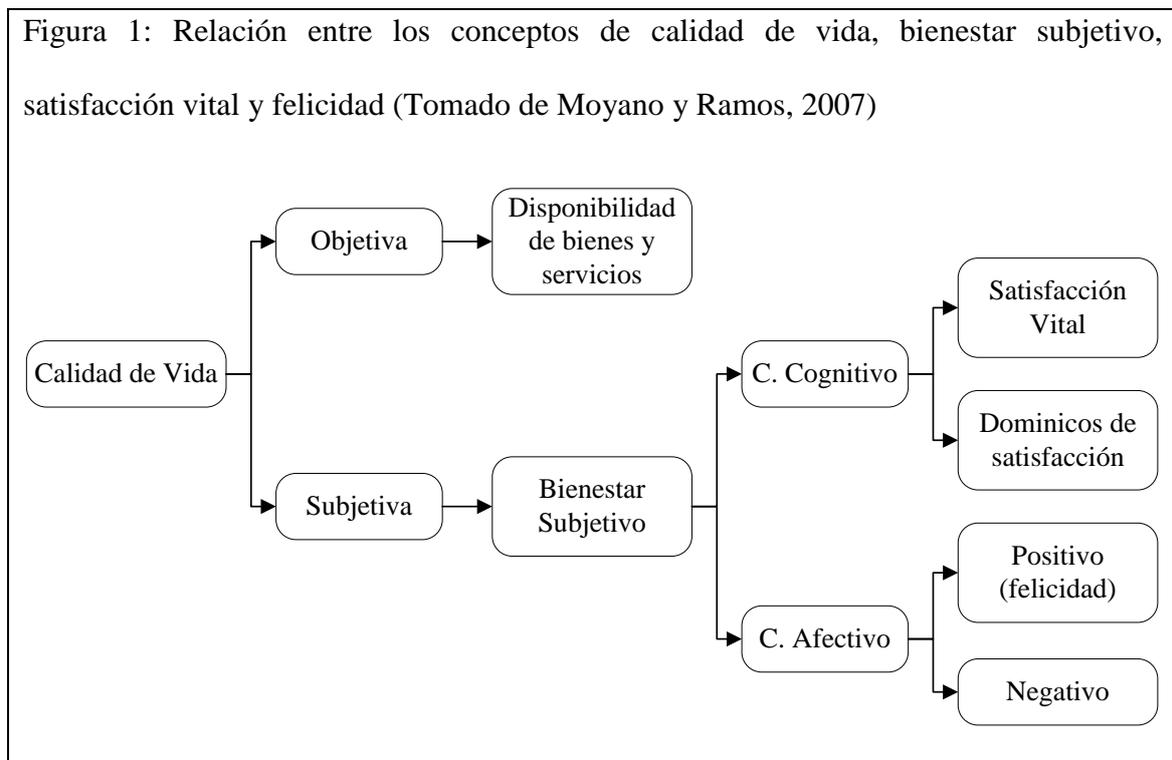
Desde esta perspectiva, la psicología debe actuar para el bienestar o salud de los individuos y las comunidades, por lo que se hace necesario explorar aquellas variables que pueden intervenir en dicho bienestar en los distintos ámbitos en que se desarrollan.

Los estudios sobre bienestar se inician hace unos 50 años y su transcurso ha dado lugar a dos grandes tradiciones: la hedónica y la eudaimónica. En la hedónica se estudia el bienestar subjetivo (cómo y porqué la gente experimenta su vida de forma positiva) y la eudaimónica se centra en el bienestar psicológico, dónde el desarrollo personal, la manera de afrontamiento, el esfuerzo y el afán por conseguir metas que resultan relevantes (Zubieta y Delfino, 2010). La tradición eudaimónica no solo integra aspectos psicológicos, sino también toma en consideración la dimensión individual y social. Se entiende, por tanto, que la tradición hedónica como el indicador de calidad de vida, tomando como base las características del ambiente y el grado de satisfacción experimentado por las personas. Sin embargo, por tradición eudaimónica se entiende como la tradición que se centra en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como indicadores del funcionamiento positivo (Abello et al., 2008).

Ryan y Deci (2001) reformulan la división entre bienestar hedónico y eudaimónico, según el cual el modelo hedónico se centraría en la satisfacción personal y el segundo en los procesos de maduración y desarrollo personal (Moreno, 2007).

Moyano y Ramos en 2007 proponen un modelo que relaciona los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivos, satisfacción vital y felicidad (Véase en la Figura 1). A pesar de que existe evidencia empírica de que los aspectos cognitivos y afectivos del bienestar están relacionados, existen dificultades para evaluar esta relación dividiéndose las posiciones entre quienes sostienen que son componentes independientes de quienes afirman que son aspectos relacionados (Diener, 1994).

Figura 1: Relación entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad (Tomado de Moyano y Ramos, 2007)



La Sociedad de Psicología Positiva de Reino Unido expone:

Hay una advertencia más en la historia del bienestar hedónico y eudaimónico. El concepto de satisfacción con la vida ha sido firmemente asignado a la tradición hedónica por los defensores del paradigma eudaimónico, indican que esta idea en realidad es cuestionable. Uno puede estar satisfecho con la vida de uno si se quiere buscar la felicidad y

está persiguiendo la felicidad con éxito, o si se opta por vivir una vida más orientada a lo eudaimónico y esto es exactamente lo que está haciendo. Recuerde, satisfacción con la vida no es más que una congruencia entre el presente y una situación ideal, los cuales son un reflejo de la propia apreciación subjetiva de la vida de la persona. Por lo tanto, la satisfacción de la vida puede ser concebida como una evaluación independiente y subjetiva de la situación actual de la propia vida, que puede ser orientada hedónicamente o eudaimónicamente.

Lo que viene a decirnos la Sociedad de Psicología Positiva del Reino Unido en resumen, es que aun que se ha tradicionalmente ubicado la satisfacción con la vida como parte del concepto hedónico de bienestar sin embargo, su objeto puede ser situado tanto desde una orientación hedónica como eudaimónica.

Los estudios sobre la satisfacción con la vida se han situado, mayoritariamente, en el contexto general de la investigación del bienestar subjetivo. Este concepto de bienestar subjetivo incluye dos componentes claramente diferenciados y que han seguido líneas de investigación paralelas: por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones (Diener y Lucas, 1999). En la actualidad se establece una diferencia entre el bienestar subjetivo emocional, que se suele denominar bienestar psicológico y el cognitivo o satisfacción con la vida. Teniendo en cuenta la evolución hedónica/eudaimónica parece que se consideran ambas tradiciones en la satisfacción con la vida y que esta además se divide en dos componentes importantes, el cognitivo y el emocional.

## **Bienestar psicológico**

El bienestar psicológico ha sido ampliamente estudiado como medida de salud mental. La felicidad comenzó siendo un tema filosófico que luego pasó a ser considerado un tema sociológico ligado a la calidad de vida de las naciones. Los sociólogos encontraron que una mejora objetiva de las condiciones materiales de la vida de las personas (salud, educación, economía) no traía aparejado un avance en los niveles de felicidad. Más dinero, más inteligencia, más atractivo físico, explica solo el 10% del bienestar de las personas (Castro, 2009; Lyubomirsky, 2007). Las razones de por qué las personas eran más felices pasaron así al territorio de la psicología a mediados de los años 70, ya que se consideró que la respuesta residía en causas más internas. Sin embargo, los estudios empíricos sobre la felicidad, la satisfacción y el bienestar comenzaron a emerger más notablemente en los años 80 aunque éstos aún están muy por debajo de aquellos que tienen como objeto de estudio la infelicidad. Por tanto, en lo que concierne al concepto de bienestar psicológico/ felicidad, podemos decir que se trata de un estado psicológico de tipo emocional y cognitivo de las personas, que se encuentra distribuido en las poblaciones de los países con relativa independencia del nivel de desarrollo alcanzado por éstos. Así, tanto en países muy ricos como muy pobres se encuentra gente feliz y además, al interior de ellos hay gente feliz independientemente de su nivel educacional e ingresos económicos (Moyano y Ramos, 2007).

## **Satisfacción con la vida**

La Satisfacción con la Vida es un constructo relevante en el análisis de la calidad de vida de las personas. Este concepto ha suscitado interés en numerosas investigaciones sobre diversas poblaciones (Garrido, Fernández, Villalba, Pérez y

Fernández, 2010) .Una alta satisfacción con la vida se relaciona con un menor número de enfermedades físicas y mentales, una mayor felicidad, y, en general, con otras medidas de calidad de vida (Diener, 1994; Michalos, 1996).

Diener, Emmons, Larsen, y Griffin crean en 1985 la Satisfaction With Life Scale (SWLS), una escala de cinco ítems para medir la Satisfacción con la vida en la población general. Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert del grado de acuerdo, con rango de 1 a 7.

En el año 2000 (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000) se realizó una adaptación al español en la que se reduce el número de opciones, contando con una escala Likert de valores comprendidos entre 1 y 5. Esta versión (con ítems valorados de 1 a 5) ha sido empleada posteriormente en una muestra de estudiantes universitarios (Reig, Cabrero, Ferrer, Richart, 2001), encontrándose una fiabilidad de .83 estimada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Otro estudio con esta versión, en este caso con una muestra de mujeres embarazadas y puérperas (Cabañero et al., 2004), informa también sobre propiedades psicométricas adecuadas, encontrándose una consistencia interna de .82 y mostrando los resultados que la eliminación de cualquiera de los cinco ítems no aumenta la consistencia interna de la escala. Más recientemente en el 2010, Garrido y colaboradores en su estudio sobre validez de la adaptación al español de la escala de satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios concluyeron que la SWLS es una herramienta válida para la medida de la satisfacción con la vida en universitarios españoles (Garrido et al., 2010).

## **Satisfacción con la Vida, Bienestar psicológico y Disforia de Género**

La Disforia de Género (DG), comúnmente denominada Transexualidad, se define en el Manual El Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales, 5° edición (DSM-V) como una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y el género asignado durante al menos seis meses (APA, 2013). Para el diagnóstico de Disforia de Género en una persona, el DSM-V considera que deben de existir unos criterios específicos:

1. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/ expresado y sus características sexuales primarias y/o secundarias.
2. Un fuerte deseo de deshacerse de sus características sexuales primarias y/o secundarias a causa de una marcada incongruencia entre el género experimentado/ expresado y el género asignado.
3. Un fuerte deseo de tener las características sexuales primarias y/o secundarias del otro género.
4. Un fuerte deseo de ser del otro género (o de algún otro género alternativo diferente al asignado).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como el otro género ( o como algún otro género alternativo diferente al asignado).
6. Una fuerte convicción de que se tienen los típicos sentimientos y reacciones del otro género (o de algún otro género alternativo diferente al asignado).

Pero además se exige que el problema vaya asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del

funcionamiento. Por consiguiente cumplir los criterios diagnósticos de DG implica malestar clínicamente significativo o a graves deterioros.

Hay dos tipos de sujetos con GD: de hombre a mujer (MtF) y de mujer a hombre (FtM). MtF son sujetos que nacieron como hombres biológicos, pero su identidad sexual corresponde a la mujer y lo contrario para FtM.

Las personas con DG desde que nacieron están en un continuo conflicto entre sus sentimientos y su cuerpo, lo que puede causar muchos problemas (o tener muchas implicaciones) sociales, legales y personales por lo que su satisfacción con la vida y bienestar subjetivo pueden verse afectados. Tradicionalmente, el tratamiento de individuos con disforia de género ha sido visto con gran escepticismo dentro del campo de la medicina. La concepción más clásica, consideraba que la DG era de tipo cognitivo y emocional y que afectaba a la concepción que tenía el sujeto de sí mismo haciendo que se percibiese erróneamente como perteneciente al sexo al que en realidad no pertenecía (Rodríguez et al., 2009). Una concepción más aceptable (Swaab, 2007), sostiene que la transexualidad se origina durante las etapas más tempranas del desarrollo embrionario y fetal. Una alteración hace que el cerebro se impregne hormonalmente con una sexualidad distinta de la genital (Becerra, 2003). La diferencia en el tiempo de la asignación del sexo genital (octava semana de gestación) y un sexo cerebral (la vigésima semana de gestación) posibilitaría el trastorno.

La reivindicación de un reconocimiento social, clínico y jurídico de la transexualidad se inició por parte de las asociaciones en España en la década de los sesenta. En 1987 el Tribunal Supremo sienta jurisprudencia, permitiendo que se cambie registralmente el sexo legal y el nombre de una persona que haya sido reasignada quirúrgicamente. No obstante, hasta 1989 se denegaba el derecho a contraer matrimonio

con alguien de su sexo legal original (aun no existía el matrimonio entre personas del mismo sexo). En 1999, el Senado regula a través de una Proposición de Ley, el derecho efectivo de las personas transexuales a la rectificación registral e igualmente incorpora el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad al catálogo de prestaciones del sistema nacional de salud (Gómez y esteva de Antonio, 2006).

Además a partir del año 1999 se crea en Málaga la primera Unidad de Trastornos de Identidad de Género para tratar adecuadamente la problemática de estas personas a través de apoyo psicológico, tratamiento hormonal y cirugías de reasignación de sexo. Tras esta primera se crean otras unidades similares en Barcelona (año 2006) y en Madrid (en el año 2007), entre otras.

Tradicionalmente los estudios sobre satisfacción con la vida y bienestar psicológico se han venido realizando en otras poblaciones tales como estudiantes universitarios (Cabañero et al., 2004; Garrido et al., 2010; Reig et al., 2001). Sin embargo, en personas con DG encontramos pocos estudios sobre el tema, ya que, la mayoría se han centrado en las causas/ consecuencias de la DG. Davey y sus colaboradores estudiaron el apoyo social y el bienestar en personas con DG respecto a la población general y hallaron un menor apoyo social en las personas con DG que repercutía en su bienestar (Davey, Boumon, Arcelus y Meyer, 2014). Otro estudio sobre el perfil psicológico de las personas transexuales en tratamiento concluyó que éstas no tienen diferencias significativas en cuanto a bienestar psicológico con respecto a la población general (Rodríguez- Molina et al., 2010).

Además, es importante tener en cuenta que la valoración personal de la propia salud es más importante que la salud per se (percepción experta) cuando se la relaciona con el bienestar (Diener, 1994). Así, el impacto de la salud depende de la

percepción que tiene la persona de su situación particular, donde una mala salud podría influir negativamente en el bienestar si interfiere en la consecución de las metas personales (Moyano y Ramos, 2007).

Las personas con DG tienen los mismo problemas que pueden tener la población general, pero además, se añaden problemas de violencia por ser transexuales, más desempleo que la población general, bullying, a menudo la ruptura sentimental con su pareja si comienzan su proceso transexualizador teniendo una pareja heterosexual, mayores dificultades para encontrar una nueva pareja entre otros. Por todo ello, podríamos llegar a pensar que las personas transexuales son más infelices o están menos satisfechas con sus vidas que la población general.

El objetivo del presente estudio es explorar la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en personas transexuales y comparar los resultados con la población general, así como estudiar posibles las diferencias por géneros.

Para ello, nos planteamos las siguientes hipótesis:

1. En las personas con DG, se espera una satisfacción con la vida menor que en la población general.
2. En las personas con DG, se espera un bienestar psicológico menor que en la población general.
3. No se esperan diferencias de género.

## Método

### Participantes

La muestra la formaron 101 personas, 61 con diagnóstico de DG y 40 estudiantes universitarios como grupo control. De las 61 personas con DG, 30 eran transexuales masculinos y 31 femeninos. Todos ellos se encontraban en fase de evaluación previa a cirugías. Del grupo de control, 19 eran hombres y 21 mujeres.

La edad media de las personas con DG fue de 27.28 años y en el caso de los estudiantes universitarios 21.85 años.

### Instrumentos

A los participantes se les administraron las escalas de Satisfacción con la Vida de Diener (Atienza et al., 2000; Diener et al., 1985) y Bienestar Psicológico de Fordyce (Fordyce, 1988).

Satisfacción con la Vida: La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al., es uno de los instrumentos más usados para medir bienestar subjetivo (Moreno, 2007). Se empleó la versión en castellano de la SWLS de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), adaptada por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000), que evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su propia vida. Consta de cinco ítems tipo Likert con puntuación de 1 ‘totalmente en desacuerdo’ a 5 ‘totalmente de acuerdo’. La puntuación mínima es 5 y la máxima que se puede conseguir en el cuestionario son 25 puntos.

Bienestar Psicológico de Fordyce: Esta escala describe niveles de felicidad. La media en poblaciones occidentales adultas es de 7. Puntuaciones de 8 y más indican alta

felicidad. Puntuaciones de 5 y menos indican un estado de malestar – aunque no una situación de problemas graves de salud mental.

### **Procedimiento**

Todos los cuestionarios fueron insertados en un documento único. Las Unidades de Disforia de Género del Hospital Clinic de Barcelona y el Centro de Salud Fuente de San Luis en Valencia fueron contactados y participaron de forma voluntaria en la recolección de la muestra de sujetos con DG. La muestra de estudiantes universitarios se obtuvo de la Universidad Autónoma de Madrid.

Se administró a los participantes el instrumento mencionado anteriormente, con la colaboración de investigadores formados para ello, siempre tras firmar los sujetos participantes el consentimiento informado. Los datos obtenidos fueron analizados con el software estadístico SPSS 15.0.

### **Resultados**

Las correlaciones entre las variables sociodemográficas y las variables de bienestar no fueron estadísticamente significativas salvo la edad y la satisfacción con la vida.

El grupo control obtuvo una puntuación media de 17.6 en la escala sobre satisfacción con la vida, mientras que el grupo compuesto por las personas con DG obtuvo una media de 12.37 para el mismo cuestionario. Respecto a la puntuación media en la escala que mide bienestar psicológico, el grupo control obtuvo 7.1 y el grupo de personas con DG 5.6. Los estadísticos descriptivos de cada ítem del cuestionario sobre satisfacción con la vida para cada grupo pueden verse en la Tabla 1.

Tabla1.

Estadísticos descriptivos del cuestionario sobre Satisfacción con la Vida

Items	Control		DG	
	Media	DT	Media	DT
El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar	3.25	0.87	2.52	1.25
Las condiciones de mi vida son excelentes	3.52	1.01	2.7	1.2
Estoy satisfecho con mi vida	3.8	0.99	2.61	1.26
Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida	3.82	0.92	2.62	1.23
Si pudiera vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviera a ser igual.	3.2	1.11	1.88	1.23

Para analizar si hay diferencias entre los grupos en cuanto a su satisfacción con la vida y su bienestar psicológico se utilizó la prueba *T de Student* para muestras independientes. El resultado para el cuestionario de satisfacción con la vida fue  $t(93.35) = 5.83$ ,  $p = .000$ . Para el bienestar psicológico el resultado fue  $t(98) = 3.047$ ,  $p = .003$ . Tanto en la satisfacción con la vida como en el bienestar psicológico hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Las personas con DG parecen tener una menor satisfacción con la vida y menor bienestar psicológico que la población general, confirmando nuestras dos primeras hipótesis. Los estadísticos

descriptivos de todos los cuestionarios diferenciando por género pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos del cuestionario sobre Satisfacción con la Vida por géneros. Media y desviaciones típicas (DT).

Items	Control-Hombres		Control-Mujeres		DG-Hombres		DG-Mujeres	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar	3.52	0.96	3	0.70	2.60	1.16	2.45	1.34
Las condiciones de mi vida son excelentes	4.05	0.77	3.04	0.97	3.10	1.06	2.32	1.22
Estoy satisfecho con mi vida	4.15	0.96	3.47	0.92	3.03	1.13	2.22	1.25
Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida	4	0.88	3.67	0.91	3.07	1.11	2.22	1.20
Si pudiera vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviera a ser igual.	3.74	0.87	2.71	1.10	1.75	1.07	2	1.36
Satisfacción con la Vida	19.47	3.50	15.9	3.72	13.57	4.14	11.29	5.28
Bienestar psicológico	7.78	1.35	6.47	1.91	6.13	2.31	5.09	3.05

Para ver las diferencias por géneros en satisfacción con la vida y bienestar psicológico se realizó en la totalidad de la muestra una prueba T para muestras independientes para la que se obtuvieron  $t(97) = 2.766, p = .007$  para satisfacción vital y

$t(95.55) = 2.336$ ,  $p = .022$  para bienestar psicológico no encontrándose diferencias significativas por géneros para ninguna de las dos variables.

Tampoco se encontraron diferencias por géneros dentro de la muestra de DG:  $t(57) = 1.83$ ,  $p = .072$  para satisfacción vital y  $t(58) = 1.48$ ,  $p = .144$  para bienestar psicológico., confirmando así nuestra tercera hipótesis.

En el grupo control se encontraron diferencias por géneros en satisfacción vital (mayor en hombres) usando la prueba no paramétrica U de Mann Whitney (Sig= .004), pero no se encontraron diferencias por géneros en bienestar psicológico con la misma prueba (Sig= .007).

### **Discusión**

La Psicología Positiva se muestra como un intento por comprender científicamente las fortalezas y potencialidades humanas en contraste con el predominante énfasis que se pone en las alteraciones y trastornos conductuales (Escarbajal- Frutos, Izquierdo- Rus y López- Martínez, 2014). Se trata de todo un reto por abordar científicamente el estudio de la felicidad, el optimismo, la esperanza, la sabiduría, la excelencia y la creatividad, lo cual se consigue al investigar determinadas fortalezas y virtudes humanas, así como el efecto de las mismas en las personas y el entorno en el que viven (Carpena y López, 2013).

Teniendo en cuenta la evolución hedónica/eudaimónica parece que se consideran ambas tradiciones en la satisfacción con la vida y que esta además se divide en dos componentes importantes, el cognitivo que lo hemos medido con la escala de Fordyce y el emocional con la escala de Diener.

Las personas con DG sitúan su bienestar psicológico entre los valores de neutral (no particularmente feliz o infeliz) y un poco feliz (justo por encima de un sentimiento neutral), mientras que el grupo control se sitúa un poco por encima del valor “medianamente feliz (bastante bien y de alguna manera alegre). Los hombres que conformaron el grupo control fueron los que obtuvieron un mayor bienestar psicológico muy cerca del valor bastante feliz. Por otro lado, las MtFs reflejaron el valor de bienestar psicológico más bajo (cercano a neutral), no llegando a considerarse infelices. Estos resultados coinciden en los valores de satisfacción con la vida: los que más satisfacción obtuvieron fueron los hombres del grupo control y los que más insatisfechos estaban con sus vidas las MtFs. En otro estudio similar (Rodríguez, Asenjo, Rabito, García y Becerra, 2010; Rodríguez, Asenjo, Becerra, Rabito y García, 2013) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en bienestar entre personas con DG y población general. Estos resultados pueden ser diferentes en función de la fase de tratamiento en la que se encuentren los sujetos por lo que sería importante realizar otros estudios considerándolo. Así, cuando los sujetos acceden a una unidad de Disforia de Género en la que van a recibir tratamientos de calidad y gratuitos, que a veces llevan años esperando, es posible que se produzca un incremento rápido de los sentimientos de bienestar y que sin embargo este nivel decrezca espontáneamente después.

Las personas con DG sitúan las puntuaciones más altas sobre el ítem “las condiciones de mi vida son excelentes”. En el caso del grupo control el ítem con una puntuación más alta es “hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en mi vida”.

El “si pudiera vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviera a ser igual” obtiene el menor valor de todos (1,88 en personas con DG), lo que nos indica cierta insatisfacción con la forma en la que se ha desarrollado sus vidas hasta el momento del estudio. Este dato es comprensible teniendo en cuenta que las personas transexuales se encuentran numerosos problemas y dificultades en los distintos entornos: educativo, familiar, laboral, sanitario, etc. En este sentido, un estudio realizado por Clements-Nolle, Mark y Katz (2006) con 392 mujeres transexuales y 123 hombres transexuales de San Francisco, muestra una prevalencia del 32% respecto a intento de suicidio, donde las variables asociadas al intento fueron depresión, discriminación de género y victimización.

Respecto a la Satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, y como se esperaba, no se encontró diferencias significativas por género, concordante a lo reportado por otros estudios (Moyano y Ramos, 2007).

### **Conclusiones**

El bienestar psicológico de las personas transexuales, parece depender en gran medida de ciertos factores sociodemográficos, psicológicos y de personalidad, así como de factores médicos (la fase de tratamiento hormonal). Diversos estudios indican que los factores más importantes parecen ser: la consciencia - responsabilidad y la edad en el paso uno, tener pareja, la fase de tratamiento hormonal y los rasgos de neuroticismo (correlación inversa) y extraversión en el segundo y los rasgos narcisista, histriónico y compulsivo (correlación inversa) en el tercero (Rodríguez- Molina et al., 2010).

Finalmente podemos concluir que, aunque las personas con DG no son extraordinariamente felices, no muestran un bajo índice de bienestar psicológico y ni de

satisfacción con la vida. Los resultados obtenidos indican que las personas transexuales tienen una satisfacción con la vida y un bienestar psicológico algo menor que el grupo control, pero por encima del punto de corte de infelicidad. No se encontraron diferencias por géneros en satisfacción con la vida ni en bienestar psicológico.

Estudio 5: Relación entre la insatisfacción corporal y el bienestar y la satisfacción vital de diversos grupos de estudio.

### **Resumen**

Entre los factores que se han estudiado como predictores del bienestar y la satisfacción con la vida se encuentran la insatisfacción corporal, las horas de práctica deportiva y el género. Parece ser que la satisfacción o la insatisfacción corporal que uno perciba de sí mismo contribuye a nuestro estado de felicidad y lo satisfechos que nos encontremos con los distintos aspectos de nuestra vida. Nuestro estudio tiene como objetivo analizar la posible relación entre insatisfacción corporal y variables relacionadas con el bienestar como el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida, así como la influencia en estas variables del género y las horas de práctica deportiva en distintos grupos de estudio dónde la imagen corporal tiene un papel fundamental: personas con trastorno de la conducta alimentaria, personas con disforia de género, deportistas y un grupo control. Para ello se calcularon los estadísticos descriptivos y las correlaciones entre variables. Los resultados manifiestan que la insatisfacción corporal está relacionada de forma negativa con el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida además, las variables de bienestar a su vez correlacionan con el género de los sujetos y las horas de práctica deportiva.

Palabras clave: bienestar psicológico, satisfacción con la vida, trastornos de la conducta alimentaria, práctica deportiva y disforia de género.

### **Abstract**

Among the factors which have been studied as predictors of well-being and satisfaction with life are body dissatisfaction, hours practicing sports and gender. It seems that the satisfaction or body dissatisfaction one perceives itself contributes to our state of happiness and how we are pleased with the several aspects of our life. The aim of this study was to analyze the possible relationship between body dissatisfaction and variables related to well-being such as psychological well-being and satisfaction with life and the influence on these variables of gender and hours practising sports in different study groups where body image plays a fundamental role: people with eating disorders, people with gender dysphoria, sports and a control group. Descriptive statistics and correlations between variables were calculated. Results show body dissatisfaction is related negatively with psychological well-being and satisfaction with life furthermore, well-being variables in turn were correlated with the gender of subjects and hours of sports.

Keywords: Psychological well-being, satisfaction with life, eating disorders, sport practice and gender dysphoria.

### **Introducción**

El estudio del bienestar, se puede clasificar en dos grandes tradiciones: una relacionada con la felicidad a la que se alude como bienestar hedónico y otra ligada al desarrollo del potencial humano llamada bienestar eudaimónico (Ryan y Deci, 2001).

Cuando se han producido intentos de analizar el bienestar subjetivo, se han diferenciado diversos factores como son su dimensión afectiva, denominada felicidad, o bienestar psicológico y su componente cognitivo. A este último se le conoce como satisfacción vital, que supone un proceso de reflexión consciente mediante el cual las personas evalúan diferentes aspectos que les rodean, valorando, entre otros, si están alcanzando sus aspiraciones o si les gusta la vida que llevan (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Se ha intentado estudiar en diversas investigaciones qué elementos pueden condicionar la satisfacción con las vidas tanto externas como internas.

Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), argumentan que la base de la satisfacción vital está en la percepción que tiene la persona de sí misma, por lo que las autoevaluaciones tienen un papel esencial en la percepción de la satisfacción vital (Videra y Reigal, 2013).

Muchas personas, para sentirse mejor consigo mismos y más satisfechos con sus vidas, a veces, deciden iniciar una serie de conductas dirigidas hacia el adelgazamiento o hacia el incremento de masa muscular. Cuando estas conductas se llevan a cabo de forma moderada y controlada nos hacen sentirnos más a gusto con nuestro cuerpo, con nosotros mismos y más satisfechos con la vida (Rodríguez, 2005). Sin embargo, a veces, la obsesión por cuidarse puede llegar al extremo de enfermar en el momento en que ese deseo de un cuerpo atractivo y en forma conlleva una profunda sensación de insatisfacción corporal, lo que puede dar lugar al desarrollo a patologías tan graves como los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) o la dismorfia muscular (DM). Cuidarse físicamente no solo tiene connotaciones sobre la salud. En la actualidad, ir al gimnasio, cuidar la dieta y acercarse a los ideales de belleza imperantes causan una valoración positiva por parte de la sociedad lo que produce un incremento de la

autoestima y las relaciones personales son más satisfactorias (Hsu, 1989; Perpiñá, 1989).

En la misma línea, Ball, Crawford y Kenardy (2004), señalan que la imagen corporal es un aspecto clave en la autovaloración personal, en la autoestima y en la necesidad de ser aceptado socialmente y no de ser excluido o apartado del grupo social. Esto genera sentimientos de malestar e insatisfacción, lo que conduce a la elaboración de un juicio global negativo o poco satisfactorio de la vida (Guzmán y Lugli, 2009).

Por un lado, las investigaciones que analizan la relación entre la satisfacción con la vida y la práctica de actividad física ofrecen conclusiones controvertidas: se han encontrado relaciones positivas (Balaguer et al., 1997) pero también se ha encontrado una falta de relación (Gauvin, 1989) entre las dos variables.

Por otro, el autoconcepto físico (Van de Vliet et al., 2002), la actividad deportiva (Goñi e Infante, 2010) y la insatisfacción corporal (Borges, Gaspar de Matos y Diniz, 2013; Guzmán y Lugli, 2009) ha mostrado relaciones con diversos indicadores del bienestar. En un estudio de 2010, se constata que la satisfacción con la vida es superior en quienes tienen una percepción más positiva de su propio físico, independientemente del nivel de actividad que practiquen (Goñi e Infante, 2010). A su vez, White, Wójcicki, y McAuley (2009), indican que el autoconcepto físico es superior en quienes practican actividad con mayor frecuencia. En un estudio posterior sobre imagen corporal y bienestar en estudiantes portugueses, la satisfacción/ insatisfacción corporal fue uno de los mayores predictores del bienestar. (Borges et al., 2013). Datos sobre satisfacción con la vida en obesidad refieren que una de las variables que predice la satisfacción con la vida es la insatisfacción corporal (Guzmán y Lugli, 2009).

Respecto a las diferencias de género, los resultados son contradictorios. Molina, Castillo y Pablos (2007), indicó estudiando a un grupo de estudiantes universitarios que los hombres que estaban físicamente activos informaron sentirse más satisfechos con su vida que aquellos que no lo estaban, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas por género en cuanto a la satisfacción con la vida. Sin embargo, Moyano y Ramos (2007) en su estudio sobre satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región de Maule, las mujeres estaban más satisfechas con sus vidas que los hombres.

Las personas con disforia de género (DG) también pueden sufrir insatisfacción corporal. En la DG hay una falta de correspondencia entre la identidad y los caracteres sexuales de la persona. Comúnmente a las personas con DG se les denomina transexuales. Los transexuales masculinos son aquellas personas nacidas como mujeres biológicas pero con identidades masculinas (FtMs) y viceversa para el caso de los transexuales femeninos (MtFs). Es fácil que naciendo con este conflicto se produzca una insatisfacción corporal debida a sus caracteres sexuales, una insatisfacción más morfológica que la producida por la presión hacia los ideales de belleza. El bienestar y la satisfacción con la vida en personas con DG puede verse mermadas por las implicaciones sociales, familiares, personales y laborales que pueden ser consecuencia de la DG. Además, una persona con DG podría tener muy interiorizados los ideales de belleza vigentes correspondientes a su identidad, lo que podría acentuar la insatisfacción su cuerpo. En un estudio sobre el perfil psicológico en personas transexuales en tratamiento (Rodríguez et al., 2014) se ha demostrado que a pesar de sus circunstancias, estas personas han demostrado un alto bienestar psicológico, incluso mayor a la

población general a la hora de acudir para comenzar su tratamiento. En este estudio no se hallaron diferencias por géneros.

Aunque parece razonable pensar que existe una asociación entre el autoconcepto físico y la salud psicológica no sobran datos empíricos que la corroboren (Rodríguez, 2005).

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre insatisfacción corporal, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico o felicidad en una muestra de adultos y comparar los resultados obtenidos entre los cuatro grupos de estudio: personas con DG, con TCA, deportistas y estudiantes universitarios. Las hipótesis que nos planteamos en el estudio son las siguientes:

1. Las personas con más insatisfacción corporal estarán menos satisfechos con sus vidas y su bienestar será menor.
2. Las personas más activas en la práctica deportiva se sentirán mayor bienestar y percibirán sus vidas más satisfactorias.
3. No se espera encontrar relación entre el género y las variables bienestar psicológico y satisfacción vital.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra total del estudio estuvo compuesta por 173 personas que conformaban cuatro grupos de estudio: un primer grupo de 30 personas diagnosticadas de TCA (todas mujeres), un grupo de deportistas de 42 personas (22 hombres y 20 mujeres) que practicaban de manera regular desde hacía al menos 6 meses 3 horas de

deportes a la semana, 61 personas con diagnóstico de DG (30 FtMs y 31 MtFs) y 40 estudiantes universitario (19 hombres y 21 mujeres) como grupo control.

### **Instrumentos**

Se elaboró un único documento con la batería de cuestionarios que se le administraron a los sujetos, el mismo para toda la muestra. La batería incluye datos sociodemográficos: edad, sexo, profesión, deporte que practica, horas de deporte a la semana, peso estimado, peso que desearía tener y altura. Se incluyó el peso estimado ya que se ha demostrado en diversos estudios que es una medida fiable. (Baile y González, 2014; Basterra, Bes- Rastrollo, Forga, Martínez y Martínez, 2007). Además de los datos sociodemográficos la batería de evaluación incluyó: la sub- escala de insatisfacción corporal sub-escala del Inventario para los Trastornos de Alimentación (EDI- 2, Garner, 1998; Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998) y el cuestionario IMAGEN (Solano & Cano, 2010) para medir la insatisfacción corporal, La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS, Diener Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) y la escala de Bienestar Psicológico (Fordyce, 1988). La sub- escala de insatisfacción corporal del EDI-2 se ha utilizado por separado como un buen indicador para valorar la insatisfacción corporal. Una puntuación de 11 (punto de corte más sensible) o 14 (de corte más específico) indica que una persona tiene una insatisfacción corporal desadaptativa (García, Vázquez, López y Arcila, 2003). 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 (Baile y Velázquez- Castañeda, 2006). Otra forma de medir la insatisfacción corporal es a través del cuestionario IMAGEN. Éste permite obtener una puntuación total sobre insatisfacción corporal y una veintena de sus principales componentes: cognitivo-emocional, perceptiva y de comportamiento. La

sub-escala ICE evalúa el componente cognitivo- emocional de la insatisfacción con 21 ítems que se refieren a los propios pensamientos y emociones sobre la insatisfacción corporal como el temor a aumentar de peso. La sub-escala IPE evalúa el componente perceptivo de la insatisfacción con 10 ítems que valoran las creencias subjetivas acerca de haber alcanzado un peso por encima del peso deseado o una figura deformada. La sub-escala ICL sub-escala evalúa el componente conductual de la insatisfacción con 7 ítems que mide la frecuencia de las conductas típicas en personas con una patología alimentaria. Para valorar la frecuencia se ha utilizado una escala de 5 puntos con las siguientes categorías: 0 casi nunca / nunca, rara vez 1, 2 veces, 4 muchas veces, 5 casi siempre / siempre. Se decidió incluir esta escala a parte de la sub-escala del EDI- 2 porque se adapta mejor al género masculino y femenino, mientras que la sub-escala de insatisfacción corporal del EDI- 2 está orientada al género femenino.

Cómo medidas del bienestar se incluyeron dos escalas: La Escala de Satisfacción con la Vida que evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su propia vida, y la escala de Bienestar Psicológico que describe niveles de felicidad. La escala de Satisfacción con la Vida mide el componente cognitivo del bienestar, mientras que la escala de Bienestar Psicológico mide el componente afectivo.

## **Procedimiento**

Estudio transversal de medida única. Toda la muestra que participó lo hizo de manera voluntaria y tras firmar un consentimiento informado en el que se especificaban los detalles del estudio. Los datos de la muestra de DG fueron obtenidos de las Unidades de Disforia de Género del Hospital Clinic de Barcelona y el Centro de Salud Fuente de San Luis en Valencia. La muestra de personas con diagnóstico de TCA se obtuvo del Hospital General de Ciudad Real y el Centro Psicológico Adán. La muestra

de deportistas se obtuvo de jugadores de voleibol en liga semi- profesional, bailarines y opositores al cuerpo de bomberos en la Comunidad de Madrid. La muestra de estudiantes universitarios se obtuvo de la Universidad Autónoma de Madrid. Se calcularon las correlaciones entre variables y los estadísticos descriptivos.

### **Resultados**

En la Tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de la muestra. Las horas de deporte a la semana fueron más elevadas en el grupo de deportistas (14.28 horas para hombres y 7.77 para mujeres), seguido del grupo de TCA (todas mujeres), con 7.13 horas de práctica deportiva a la semana. Las personas con DG practican 5.61 horas MtFs y 3.38 horas para FtMs. El grupo control practica 4.57 horas de deporte como media para los hombres y 4.64 para las mujeres. El grupo que mostró menores niveles de bienestar psicológico y satisfacción vital fueron las personas con TCA (de media 3.65 para bienestar psicológico y 10.24 para satisfacción con la vida). El grupo con mejores niveles de bienestar y satisfacción fueron los deportistas (7.95 y 19.26 respectivamente) seguidos del grupo control (7.1 y 17.6 respectivamente) y las personas con DG (5.6 y 12.37 respectivamente) Para conocer la relación entre las horas de práctica deportiva a la semana y el bienestar psicológico se calculó la correlación bivariada (Coeficiente de correlación de Pearson), al igual que para estudiar la relación entre las horas de deporte y la satisfacción con la vida. Ambas correlaciones resultaron positivas y significativas al nivel .05 (bilateral): .176 para horas de deporte a la semana y satisfacción con la vida y .198 para horas de deporte a la semana y bienestar psicológico. Al analizar estas relaciones por grupos, ninguna resultó significativa.

Para ver el grado en que varían la insatisfacción corporal medida a través de la sub- escala del EDI- 2 y medida a través del IMAGEN y los componentes del bienestar

se realizaron correlaciones bivariadas entre las variables de estudio y se calculó el Coeficiente de correlación de Pearson. En la Tabla 2 pueden verse los resultados de las correlaciones bivariadas.

Los resultados de la muestra en total resultan en correlaciones negativas significativas entre la insatisfacción corporal medida por los dos test y la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico., igual ocurre para el grupo control. Analizando estas correlaciones por grupos, los resultados de grupo de deportistas solo muestra correlación negativa significativa cuando la insatisfacción corporal esta medida por medida por el EDI- 2 y el bienestar psicológico. En el grupo de personas con DG, se establecen correlaciones negativas significativas éntrela insatisfacción corporal medida por el imagen y las variables de bienestar., sin embargo, cuando la insatisfacción corporal esta medida por la sub- escala del EDI- 2 la correlación negativa solo es significativa para satisfacción con la vida y no para bienestar psicológico.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos

	DG		TCA		Deportistas				Control					
	MtFs		FtMs		M		M		H		M		H	
	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>
Edad	29.2	6.89	25.37	5.8	32.13	9.8	25.4	6.99	26.82	6.46	21.57	2.04	22.15	2.45
Peso Estimado	70.83	21.27	62.74	14.6	55.72	13.27	58.88	6.06	72.82	5.34	56.61	7.69	70.39	8.77
Peso deseado	62.31	14.63	63.37	7.92	49.86	5.1	54.95	5.15	72.52	6.19	53.33	5.92	69.97	6.03
IMC	25.06	10.82	25.12	5.22	21.69	5.46	21.84	2.17	23.65	2.57	21.28	2.98	21.98	2.79
Hrs/semana deporte	5.61	9.29	3.38	2.21	7.13	6.69	7.77	5.20	14.28	6.33	4.64	3.89	4.57	4.76
B. Psicológico	5.28	2.92	5.96	2.54	3.65	2.46	8.25	1.65	7.68	1.52	6.47	1.91	7.78	1.3
S. con la vida	11.53	5.09	13.37	4.49	10.24	3.85	19.95	4.04	18.63	4.39	15.9	3.72	19.47	3.5

Tabla 2

Resultados de las correlaciones bivariadas

	Muestra Total	Control	Deportistas	DG	TCA
IC IMAGEN-S. Vital	-, 548 (**)	-, 602 (**)	-, 068	-, 427 (**)	-, 155
IC IMAGEN- B.Psicol.	-, 602 (**)	-, 486 (**)	-, 125	-, 397 (**)	-, 529 (**)
IC EDI2- S.Vital	-, 548 (**)	-, 552 (**)	-, 085	-, 311 (*)	-, 198
IC EDI 2- B. Psicol.	-, 555 (**)	-, 474 (**)	-, 319 (*)	-, 209	-, 570 (**)

\*\* Correlación significativa para 0.01

\* Correlación significativa para 0.05

En último lugar, los resultados en el grupo de TCA muestran correlaciones negativas significativas entre la insatisfacción corporal medida de las dos formas y bienestar psicológico. No son significativas las correlaciones para satisfacción con la vida.

Al analizar la relación entre el género y las variables de bienestar en la totalidad de la muestra se obtienen correlaciones significativas y negativas para las dos variables, bienestar psicológico y satisfacción vital (-.252 y -.270, respectivamente al nivel .01 bilateral). Al analizar por grupos resultó significativa la relación solo en el caso del grupo control para ambas variables (-.373 al nivel .01 bilateral en bienestar psicológico y -.451 al nivel .05 bilateral para la satisfacción con la vida).

## Conclusiones

Se constata la relación entre la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y la insatisfacción corporal, confirmando así nuestra primera hipótesis de estudio. Las personas que están más satisfechas su cuerpo, lo están también con sus vidas y presentan un mayor bienestar psicológico, siguiendo en la línea de los resultados de estudios anteriores (Ball et al., 2004; Borges et al., 2013; Goñi e Infante, 2010; Guzmán y Lugli, 2009). Sin embargo, analizando las correlaciones por grupo se encontró que en el caso de las personas que practicaban deporte de manera notable la correlación solo fue significativa en bienestar psicológico y no en satisfacción vital. Por su parte, en el caso de las personas con DG, cuando la insatisfacción con el cuerpo se mide con la sub-escala del EDI- 2, no correlaciona significativamente con el bienestar psicológico. Haciendo la correlación por géneros en personas con DG, sigue sin ser significativa para transexuales masculinos pero si para transexuales femeninas. Esto podría ser debido a que la sub-escala de insatisfacción corporal del EDI- 2 está construida para medir insatisfacción corporal femenina y no se ajusta al género masculino ni a la insatisfacción corporal que no esté asociada a la delgadez.

Por último, en el grupo de TCA las correlaciones no significativas fueron las de insatisfacción corporal y satisfacción con la vida. Según estos datos parece que la forma de medir la insatisfacción corporal pudiera influir en cierta medida en la significatividad de las correlaciones con las escalas de bienestar. Quizás el hecho de que la sub-escala del EDI- 2 se adapte poco a los géneros puede hacer que cambie la significatividad en función del grupo de estudio. Parece que sin duda alguna, en los grupos control y de personas con DG, la satisfacción corporal es un importante predictor de la satisfacción con la vida, coincidiendo con los hallazgos de otros estudios (Borges et al., 2013).

Resalta que en problemas dónde la imagen corporal juega un papel tan importante como en el grupo de personas con TCA no haya resultado de manera significativa esta relación. Quizás otros muchos factores que inciden en esta patología tienen un peso muy importante en la satisfacción vital siendo la insatisfacción corporal solo uno más de otros muchos aspectos.

Se verifica en la totalidad de la muestra la segunda hipótesis de estudio, confirmando la relación entre las horas de práctica deportiva a la semana y las variables de bienestar psicológico y satisfacción con la vida.

Por último, en nuestra tercera hipótesis no se esperaban encontrar relación entre el género y el bienestar psicológico y la satisfacción vital. En la muestra total, la relación entre el género y el bienestar psicológico y la satisfacción vital es negativa y significativa para ambas variables, no cumpliéndose por tanto, nuestra última hipótesis en la totalidad de la muestra. Sin embargo, analizando esta relación por grupos, la relación entre las variables solo es significativa en el grupo control. Parece que nuestros resultados van en la línea de resultados como los hallados por Videra y Reigal (2013) los cuales indicaron que los chicos tienen mejor percepción de autoconcepto físico que las chicas en todas las sub-escalas del cuestionario CAF (Videra y Reigal, 2013) y Molina et al., 2007 dónde los hombres también estuvieron por encima en bienestar respecto a las mujeres de su estudio. Sin embargo, en nuestro grupo de deportistas las mujeres tuvieron una media un poco mayor en ambas variables de bienestar respecto a los hombres, en satisfacción vital otros estudios obtuvieron los mismos resultados para mujeres (Moyano y Ramos 2007).

Convendría replicar este estudio en personas diagnosticadas de DM para conocer si en este grupo las correlaciones entre satisfacción con la vida y horas de entrenamiento son más altas.

En conclusión podemos destacar que la insatisfacción corporal y las horas de práctica deportiva parecen predecir el bienestar psicológico y la satisfacción vital de los sujetos, sin embargo, es importante tener en cuenta la forma de medir las variables. Al igual que en el estudio de Moyano 2007, los resultados son distintos entre bienestar y satisfacción vital como hemos hallado en nuestra muestra de personas con DG. Las personas con TCA fueron las que notablemente presentaban menores niveles bienestar psicológico y satisfacción vital; los que tenían mayor nivel, los grupos de deportistas y control. En el caso de las personas con DG, mostraron unos buenos niveles de bienestar psicológico y satisfacción con la vida a pesar de sus circunstancias, resultados similares al estudio de Rodríguez et al., 2014. Parece que en general los hombres tienen mayor bienestar psicológico y están más satisfechos con sus vidas en la línea de estudios anteriores.

## **PARTE III: CONSIDERACIONES FINALES**



### **PARTE III: CONSIDERACIONES FINALES**

#### **1. Discusión General**

En este conjunto de estudios se ha analizado el papel de la insatisfacción corporal en cuatro grupos: uno conformado por personas deportistas, otro por personas con TCA, el tercero por personas con DG y un último grupo control. Se propusieron tres objetivos principales: estudiar la insatisfacción corporal en personas con DG y las diferencias, entre FtMs y MtFs. En segundo lugar, conocer la insatisfacción corporal y el riesgo a padecer DM en personas con TCA, en personas con DG, deportistas y el grupo control. En tercer lugar, estudiar la relación entre insatisfacción corporal y satisfacción con la vida que pueden tener las personas de los distintos grupos y por géneros, así como la relación entre el bienestar psicológico y la insatisfacción con el cuerpo. Estos objetivos se han desarrollado en 5 estudios distintos.

En el estudio 1, se estudió la insatisfacción corporal en las personas con DG usando los puntos de corte de la subescala de insatisfacción corporal del EDI- 2 y el cuestionario IMAGEN. En este estudio se plantearon dos hipótesis. En primer lugar, se esperaba una insatisfacción corporal mayor en personas con DG que en la población general. En segundo lugar, se esperaban diferencias de géneros: mayor insatisfacción corporal en MtFs que en FtMs. Los resultados que obtenidos en nuestro estudio corroboraron nuestra primera hipótesis. La insatisfacción corporal asociada a la delgadez de las personas con disforia de género, es mayor a la presentada en la población general, intermedia respecto a la población general y la población clínica. Parece que 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. 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. Por otro lado, no se comprobó la segunda hipótesis, ya que, no se encontraron diferencias de género en el nivel de insatisfacción corporal en personas con DG. Sin embargo, hay estudios en los que se han encontrado diferencias de género en patología alimentaria y aspectos relacionados con la insatisfacción corporal (Furnham et al., 2002; Vocks et al., 2009).

En el estudio 2 se amplió el primer acercamiento al estudio de la insatisfacción corporal en personas con DG y se incluyeron dos grupos más: uno de población clínica (personas con problemas alimentarios) y otro de población general (grupo control conformado con estudiantes universitarios) para compararlos con el grupo con DG. En este estudio se plantearon dos hipótesis: se esperaba que las personas con DG tuvieran una insatisfacción corporal mayor que el grupo control. Por otro lado, como segunda hipótesis se planteó que las personas con TCA tendrían una mayor insatisfacción corporal que las personas con DG. En este caso se obtuvieron resultados en la línea del estudio 1, donde las personas con DG tuvieron una insatisfacción corporal mayor que el grupo control pero por debajo de la que presentan las personas con TCA. Hay diferentes factores que pueden llegar a influir en el nivel de satisfacción/insatisfacción corporal. En el caso de las personas con TCA, el motivo predominante de su insatisfacción corporal parece ser el deseo de delgadez relacionado a los ideales de belleza imperantes como símbolos de éxito en las distintas áreas de la vida (Sepúlveda y Calado, 2012). Sin embargo, en el caso de las personas con DG, su insatisfacción corporal la explica más una cuestión “morfológica” relacionada con sus caracteres sexuales, que relacionada con la interiorización de los ideales de belleza actuales. Estas personas con DG,

presentan un conflicto en la construcción de su imagen corporal, que no es acorde a su identidad personal; de ahí el deseo de las personas transexuales de iniciar el proceso de reasignación sexual, modificar su anatomía física y la preocupación por su apariencia en ese sentido, causando un profundo malestar. Esto les permitirá una integración adecuada del desarrollo físico y psicológico de la persona (Marone et al., 1998). Éstas tratan de evitar la percepción de aquellas partes del cuerpo que les generan conflicto (Marone e Iacoella, 1997). Las zonas corporales a las que más atención se presta son los glúteos y las piernas en el caso de las mujeres, y las manos y los brazos en el caso de los varones (Marone et al., 1998). Por otro lado, se conoce que la satisfacción con la imagen corporal de las personas transexuales se incrementa una vez que se inicia y se desarrolla el proceso de reasignación sexual (Fleming, Jones y Simons, 1982), aunque hay estudios contradictorios (Vocks et al., 2003).

En el estudio 3 además de los grupos de personas con TCA, DG y el grupo control se añade un grupo de deportistas (sin diagnóstico de DM). En este estudio se estudian dos variables, la insatisfacción corporal y el riesgo a padecer DM y se plantearon tres hipótesis: en primer lugar, se esperaba que las personas con DG tengan una mayor insatisfacción corporal que el grupo control y el de deportistas pero menor que el grupo de TCA. En la segunda hipótesis se esperaba lo mismo, pero para la variable riesgo a padecer DM: que las personas con DG tengan mayor riesgo a sufrir DM que los grupos control y de deportistas, pero menor riesgo que el grupo de TCA. Por último, no se esperaban diferencias entre géneros respecto a insatisfacción corporal y riesgo a sufrir DM. En este caso, las personas deportistas fueron el grupo con mejor satisfacción corporal. Respecto al riesgo a padecer DM, el riesgo fue mayor para TCA, seguido de personas con DG, a continuación los deportistas y el grupo control en último

lugar. En este estudio, solo se encontraron diferencias por géneros en la variable referida al riesgo de padecer DM en el grupo de personas con DG, siendo mayor dicho riesgo en transexuales masculinos. Quizás la explicación para esta diferencia en riesgo a padecer DM en personas con DG, este en el hecho de que desde hace unos años y con el incremento de la masa muscular masculina como símbolo de masculinidad, haya incentivado a transexuales masculinos a realizar una serie de comportamientos dirigidos a incrementar su musculatura, además puede influir el sentimiento de aceptación social, ya que, los atributos masculinos en transexuales femeninos parecen aceptarse mejor que a la inversa (Bandini et al, 2013;. Kraemer, Delsignore , Schnyder, Hepp, 2008). Que no haya diferencias por géneros en las variables estudiadas excepto sobre el riesgo a padecer DM para el grupo de DG, puede estar relacionado con factores culturales y sociales. Los ideales de belleza masculinos han ido ganando importancia desde hace algunos años, presionando hacia la consecución del ideal de belleza como previamente ocurrió con las mujeres (Rodríguez-Molina y Rabito, 2011). A los hombres se les ha ido exigiendo un cuerpo cada vez más musculado y sin grasa (Rodríguez- Molina y Rabito, 2011; Wagner et al., 2009). Las partes del cuerpo que producen mayor insatisfacción son distintas en hombres y mujeres. Los hombres parecen estar más insatisfechos con sus estómagos, pecho y brazos, les gustaría tenerlos más musculados (McCabe y Ricciardelli, 2009). Sin embargo, en el caso de las mujeres, las partes que generan más insatisfacción son el vientre, muslos y caderas. El aspecto físico está asociado con aspectos positivos y negativos personales, sociales y laborales (Cafri y Thompson, 2004). La delgadez en mujeres se asocia con la riqueza, la salud, el control y la belleza, mientras que la gordura, se asocia negativamente con la debilidad, la pereza, la falta de control y estilos de vida poco saludables (Cho y Lee, 2013; Sepúlveda y Calado, 2012). A los hombres musculados también se le asocian con características positivas (atractivo,

fuerza, felicidad...), mientras que la obesidad o el sobrepeso tiene connotaciones negativas. De la misma manera, un físico masculino musculado se ha relacionado con el poder, la dominación, la virilidad sexual, la fuerza y la autoestima, mientras que la debilidad física se asocia con la feminidad (Olivardia, Pope, Borowiecki y Cohane, 2004).

En el estudio 4, para una muestra con personas con DG y un grupo control se estudiaron el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida. Para ello, se plantearon tres hipótesis: en primer lugar, en las personas con DG, se espera una satisfacción con la vida menor que en la población general. En segundo lugar, en las personas con DG, se espera un bienestar psicológico menor que en la población general. Por último, no se esperan diferencias de género. Los resultados mostraron que aunque las personas con DG no son extraordinariamente felices, no muestran un bajo índice de bienestar psicológico y ni de satisfacción con la vida. Las personas transexuales tienen una satisfacción con la vida y un bienestar psicológico algo menor que el grupo control, pero por encima del punto de corte de infelicidad. Las personas con DG, se encuentran con numerosas dificultades vitales, tanto por la propia situación personal que genera un intenso conflicto, como por el contexto de presión y prejuicio externo generalmente derivado del desconocimiento. No se encontraron diferencias por géneros en satisfacción con la vida ni en bienestar psicológico. En otro estudio (Rodríguez- Molina et al., 2013) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en bienestar entre personas con DG y población general. Los escasos estudios relacionados con la salud psicológica de estas personas se refieren a la calidad de vida tras el proceso de reasignación genital (Hunt y Hampson, 1980; Hurtado, Gómez y Donat, 2006; Kraemer et al., 2008), el proceso de construcción de la identidad (Cano et al., 2004). Sin

embargo, los resultados de la influencia de las cirugías sobre la insatisfacción corporal tienen resultados contradictorios: Vocks y colaboradores (2003) no hallaron correlación entre el estado del proceso transexualizador y problemas con la alimentación y de insatisfacción corporal entre MtFs y FtMs.

En el estudio 5 para una muestra de personas con DG, personas con TCA, deportistas y un grupo control se estudiaron las correlaciones entre la insatisfacción corporal y las variables bienestar psicológico y satisfacción vital. También, se estudió la relación de las variables de bienestar con las horas de práctica deportiva de los sujetos y la relación por géneros. Para ello, se plantearon tres hipótesis: en primer lugar, las personas con más insatisfacción corporal estarían menos insatisfechos con sus vidas y su bienestar será menor. En segundo lugar, se esperaba que las personas más activas en la práctica deportiva sentirán mayor bienestar y percibirán sus vidas más satisfactorias. Por último, no se esperaban encontrar relación entre el género y las variables bienestar psicológico y satisfacción vital. Nuestros resultados corroboraron resultados de estudios anteriores (Ball et al., 2004; Borges et al., 2013; Goñi e Infante, 2010; Guzmán y Lugli, 2009) en los que imagen corporal y bienestar psicológico están relacionados, lo mismo ocurre para la satisfacción con la vida. Esta relación es negativa, las personas más insatisfechas con su cuerpo perciben un menor bienestar psicológico y una menor satisfacción con la vida. Igualmente, la correlación entre horas de práctica deportiva y la satisfacción con la vida/ bienestar psicológico son significativas, pero en esta caso las correlaciones son positivas como lo encontrado en estudios previos (Balaguer et al., 1997; White et al., 2009), aunque hay otros estudios donde esta relación no se produce (Balaguer et al., 1997; Goñi e Infante, 2010). En este estudio, se encontraron diferencias por géneros entre variables en la línea de resultados como los hallados por Videra y

Reigal (2013) los cuales indicaron que los hombres jóvenes tienen mejor percepción de autoconcepto físico que las mujeres jóvenes en todas las sub-escalas del cuestionario CAF (Videra y Reigal, 2013; Molina et al., 2007) dónde los hombres también estuvieron por encima en bienestar respecto a las mujeres de su estudio.

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 y poder así incrementar su bienestar, y satisfacción vital y por tanto, la calidad de vida en las personas.

## 2. Limitaciones y líneas de acción futuras

Hay algunas limitaciones que se han ido señalando a los largo de los estudios, las cuales vamos a recopilar a continuación junto con algunas recomendaciones para futuros trabajos.

En primer lugar, en nuestro grupo de personas con TCA no pudimos conseguir muestra masculina suficiente como para poder incluirla en nuestros estudios. Esto no es sorprendente ya que la prevalencia de este trastorno en mujeres es mucho más alta que en hombres. En futuras investigaciones sería muy interesante incluir a hombres para poder conocer en este grupo si los resultados relacionados con las diferencias de género en las diferentes variables de estudio cambian o no.

En la actualidad, no se cuenta con ningún instrumento fiable y validado que se haya adaptado o creado para medir insatisfacción corporal “morfológica” en personas con DG. En nuestros estudios se usan cuestionarios que miden insatisfacción corporal prácticamente relacionada a la interiorización de los ideales de belleza imperantes y aunque en cierta medida se ha llegado a la equivalencia entre ideales y símbolos de feminidad y masculinidad ligados a la identidad, hubiera sido interesante incluir alguna medida sobre insatisfacción corporal ajustada a las personas con DG, más orientada a la disonancia corporal que pueden llegar a manifestar derivada de su problema para poder discriminarla de la insatisfacción corporal producida por el interés a adecuarse al ideal de belleza. No obstante, dicho instrumento de medida, por el momento no existe.

Nuestra muestra de personas con DG se encontraba en fase de evaluación, previa a cirugías, por lo que ninguna de las personas se habían sometido a operaciones relacionadas con el cambio de caracteres sexuales. Sin embargo, a veces de manera privada algunos pacientes se someten a algunas cirugías feminizantes o masculinizantes, como retoques en la barbilla, aumento de senos..., en nuestros estudios no se incorporaron evaluaciones sobre posibles intervenciones como las anteriormente citadas, ni el tiempo que llevaban en la fase de evaluación, las cuales podrían ser interesantes contemplar en futuros estudios.

Sería interesante como línea de investigación en el futuro, debido a que la insatisfacción corporal está presente en muchos problemas, estudiar la insatisfacción corporal como un transdiagnóstico,

Respecto a los estudios sobre el bienestar, al igual que lo expuesto anteriormente, es una limitación el no haber contemplado el tiempo de evaluación y la posibilidad de haberse sometido a alguna cirugía de forma privada, variables que

podieran influir en los niveles de bienestar psicológico y satisfacción con la vida en el grupo de personas con DG.

### 3. Conclusiones Generales

Podemos resumir las conclusiones generales en los siguientes puntos:

1. Los grupos estudiados diferían significativamente en insatisfacción corporal. Las personas con TCA presentaron la mayor insatisfacción corporal seguidas por las personas con DG, en el tercer lugar el grupo control y por último, los deportistas.
2. No se encontraron diferencias significativas por género en insatisfacción corporal en ninguno de los grupos.
3. Se encontraron diferencias significativas por género en la variable riesgo a padecer DM pero solo en el grupo de DG, siendo significativamente mayor en transexuales masculinos que femeninas.
4. Las personas con DG tienen una satisfacción con la vida y un bienestar psicológico algo menor que la población general, pero significativamente por encima del punto de corte de infelicidad.
5. Hay relación entre el género y las variables de bienestar, bienestar psicológico y satisfacción con la vida, en la totalidad de la muestra.
6. La insatisfacción corporal y las horas de práctica deportiva parecen predecir el bienestar psicológico y la satisfacción vital de los sujetos.
7. Los resultados entre bienestar psicológico y satisfacción vital son distintos, lo que vendría a confirmar que se trata de dos conceptos diferentes.

8. Las personas con TCA fueron las que notablemente presentaban menores niveles bienestar psicológico y satisfacción vital; los que más niveles los grupos de deportistas y control, siendo intermedio el grupo de DG.

#### 4. Implicaciones Prácticas

A continuación se enumeran las implicaciones prácticas:

1. Necesidad de establecer tratamientos para la insatisfacción corporal.
2. Es importante seguir investigando la insatisfacción corporal y crear instrumentos para medirla para otras poblaciones que no sean personas con TCA.
3. Estudiar la insatisfacción corporal hace posible mejorar el abordaje de las intervenciones psicológicas para conseguir que las personas tengan buenos niveles de bienestar, satisfacción vital y en general una buena calidad de vida.
4. Hay pocos estudios sobre insatisfacción corporal asociada al ideal de belleza en personas transexuales. Por su condición, es más probable que los transexuales masculinos y femeninas estén más alejados de los ideales, lo cual supone una presión añadida que puede derivar en otros problemas como la ansiedad. El mayor conocimiento de las características personales de estas personas permitirá un planteamiento más acertado en el tratamiento psicológico.
5. Se ha comprobado la relevancia de la insatisfacción corporal en diversos problemas psicológicos como los problemas de ansiedad y depresión. Es

necesario prevenir la comorbilidad de otros trastornos para evitar un mayor sufrimiento y retrasos, por ejemplo, en el proceso de cambio de sexo llevados a cabo en las Unidades de Disforia de Género, en el caso de las personas con DG, o la adherencia a los tratamientos en personas con TCA entre otros.

6. Dado que la insatisfacción corporal está presente en muchos problemas es necesario incrementar su investigación y analizar si sería un transdiagnóstico.
7. Estos datos nos permiten especular sobre las posibilidades de que las personas con DG, tengan un mayor riesgo a padecer algún problema relacionado con la imagen corporal o una patología alimentaria. Para prevenir estos riesgos, se puede trabajar en la prevención de los mismos, incrementando la evaluación inicial sobre estos aspectos y trabajando factores de protección como el fortalecimiento de la autoestima.
8. Incrementar el desarrollo de investigaciones sobre la satisfacción/insatisfacción corporal permitirá que muchas personas puedan mejorar en sus relaciones sociales, laborales y personales.
9. Tratar la insatisfacción corporal en personas con DG puede evitar o disminuir la auto-hormonación y cirugías decididas por la ansiedad que les generan sus cuerpos y de las que luego se arrepientan.
10. En el caso de las personas con TCA, el consumo perjudicial de laxantes, la estricta restricción alimentaria con el objetivo de perder peso, los vómitos, entre otras conductas, pueden generar importantes problemas de salud y

deterioro en su vida. La insatisfacción corporal influye en estas conductas de riesgo por lo que, su estudio, evaluación y abordaje es crucial para tratar a personas con esta problemática.

11. Para las personas con DM o riesgo a padecerla, el abordaje de la insatisfacción corporal puede disminuir o eliminar el consumo de sustancias peligrosas para el organismo como esteroides anabolizantes y una práctica de ejercicio extrema con el fin único de un incremento de la masa muscular.

La satisfacción/ insatisfacción corporal que tengamos con nosotros mismos condiciona potenciando o interfiriendo en nuestra vida social, personal y laboral, si no en todas, en al menos alguna de éstas áreas. Las personas con TCA, con DM o con riesgo a padecerla y las personas con DG son grupos en los que la imagen corporal es un aspecto importante a la hora de investigar, evaluar o tratar a éstos, y así mejorar su calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Abello, R., Amarís, M., Blanco, A., Madariaga, C, Díaz, D. y Arcieniégas, T. (2008). Bienestar, autoestima, depresión y anomia en personas que no han sido víctimas de violencia política y social. *Investigación y Desarrollo*, 16(20), 214- 231.
- Adams, J. y Kirby, R. (2003). El exceso de ejercicio como adicción. Una revisión. *Revista de toxicomanías*, 34, 10- 22.
- Allen, L. y Gorski, R. (1990). Sex differences in the bed nucleus of the stria terminalis of the human brain. *Journal of Comprehensive Neurology*, 302, 697-706.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> ed.)* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association [APA]. (2006). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales-DSM-IV- TR, (6<sup>o</sup> ed.)*. Madrid: Masson.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Baekeland, P. (1970). Exercise deprivation. *Archives of General Psychiatry*, 22, 365-369.
- Baghurst, T., Hollander, D. B., Nardella, B. y Haff, G. G. (2006). Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image*, 3, 87-91.
- Baile, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal?. *Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades*, 2, 53-70.

- Baile, J. I. (2004). *Imagen corporal: perspectiva psicológica*. México: ACD.
- Baile, J. I. (2005). *Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Síntesis.
- Baile, J. I. y González, M. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, 18(20), 19-26.
- Baile, J. I. y González, M. J. (2014). Precisión del índice de masa corporal, obtenido a partir de los datos de peso y altura autoinformados en una muestra infantil española. *Nutrición Hospitalaria*, 29, 810-813
- Baile, J. I. y Osorio, G. (2008). Relación entre autoestima, imagen corporal y tendencia a sufrir trastorno de conducta alimentaria en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 61(4), 397- 404.
- Baile, J. I., Raich, R. y Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de autoadministración de una escala. *Anales de psicología*, 19(2), 187- 192.
- Baile, J. I. y Velázquez- Castañeda A. (2006). Medición del riesgo de trastorno alimentario en una muestra de mujeres mexicanas: convergencia de tres técnicas de evaluación. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(4), 225- 233.
- Baker, J. H., Maes, H. H., Lisner, L., Aggen, S. H., Lichtenstein, P. y Kendler, K. S. (2009). Genetic risk factors for disordered eating in adolescent males and females. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 576- 586.
- Balaguer, I., Castillo, I., Albiñana, E., Moreno, Y., Valcárcel, P. y García- Merita, M. L. (1997). Análisis de algunos de los predictores psicológicos y físicos de la

Satisfacción con la vida: análisis diferenciales por género. Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de Psicología Social, San Sebastián.

Ball, K., Crawford, D. y Kenardy, J. (2004). Longitudinal relationships among overweight, life satisfaction, and aspirations in young women. *Obesity Research*, 12(6), 1019-1030.

Bandini, E., Fisher, A. D., Castellini, G., Lo Sauro, C., Lelli, L., Meriggiola, M. C., ... Ricca, V. (2013). Gender identity disorder and eating disorders: similarities and differences in terms of body uneasiness. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(4), 1012- 1023.

Basterra, F. J., Bes- Rastrollo, M., Forga, Ll., Martínez, J. A. y Martínez, M. A. (2007). Validación del IMC auto- referido en la Encuesta Nacional de Salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 373- 381.

Becerra, A. (2003). *Transexualidad: en búsqueda de una identidad*. Madrid: Días de Santos.

Benjamin, H. (1954). Transsexualism and tranvestism as psychosomatic and somato-psychic syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, 8, 219-239.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.

Bergeron, D. y Tylka, T.L. (2007). Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. *Body Image*, 4, 288–295

Berguero, T., Ballester, R., Gornemann, I., Cano, G. y Asiain, S. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación del comportamiento sexual en

- transexuales: el CSTM. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(1), 11-30.
- Blond, A. (2008). Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *Body Image*, 5, 244- 250.
- Blundell, J. E. (1984). Serotonin and appetite. *Neuropharmacology* 23, 1537–51.
- Boniwell, I. (2012). *Positive psychology in a nutshell*. Oxford: Open University Press.
- Bordón, R. y García, L. (2001) Protocolo de intervención psicológica en la transexualidad. *Hojas informativas de los psicólogos de Las Palmas* 4(43).
- Borges, A., Gaspar de Matos, M. y Diniz, J. A. (2013). Body image and subjective well-being in Portuguese adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 16(17).
- Bucchianeri, M. M., Serrano, J. L., Pastula, A. y Corning, A. F. (2014). Drive for muscularity is heightened in body-dissatisfied men who socially compare. *Eating Disorders*, 00, 1- 12.
- Cabañero, M. J, Richart, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Cafri, G. y Thompson, K. J. (2004). Measuring male body image: a review of the current methodology. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(1) 18- 29.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.

- Carpena, A. y López, O. (2013). *Emociones positivas, creatividad y problemas de salud en el aula*. Navarra: EUNSA.
- Castro, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23,3), 43-72.
- Castro, J., Toro, J. y Salamero, M. (1991). The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-90.
- Cho, A. y Lee, H. J. (2013). Body dissatisfaction levels and gender differences in attentional biases toward idealized bodies. *Body Image*, 10(1), 95- 102.
- Clements- Nolle, K., Marx, R. y Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: the influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality*, 51(3), 53- 69.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998) *Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus. J. y Meyer, C. (2011). Social support and psychological well-being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2976-85.
- Davis, C., Brewer, H. y Ratusny, D. (1993). Behavioral frequency and psychological commitment: necessary concepts in the study of excessive exercising. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(6), 611- 628.

- De la Hermosa, M. (2013). Repensando los orígenes de la disforia de género. *Revista de estudios de juventud*, 103, 33-50.
- Dettore, D. y Girombelli, C. F. (2007). Il disturbo di dimorfismo corporeo: caratteristiche cliniche, eziopatogenesi e trattamento. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 13(2), 139- 166.
- Didie, E. R., Kuniega- Pietrzak, T. y Phillips, K. A. (2010) Body image in patients with body dysmorphic disorder: Evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. *Body image* 7, 66- 69.
- Diener E. (1994). El Bienestar Subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67- 113.
- Diener, E. y Lucas, R. (1999). Personality, and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp- 213- 229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjetive well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Edwards, S. y Launder, C. (2000). Investigating muscularity concerns in male body image: development of swansea muscularity attitudes questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15- 34.
- Ellis, H. (1936). *Studies in the psychology of sex*. New York: Random House.

- Escarbajal- Frutos, A., Izquierdo- Rus, T. y López- Martínez, O. (2014). Análisis del bienestar psicológico en grupos de riesgo de exclusión social. *Anales de psicología*, 30(2), 541-548.
- Fairburn, C. G. (2008). *Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioural theory; in Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fernández, M. y García- Vega, E. (2014). Variables clínicas en el trastorno de identidad de género. *Psicothema*, 24( 4), 555-560.
- Fisher, A. D., Bandini, E., Ricca, V., Ferruccio, N., Corona, G., Meriggiola, M.C., ... Maggi, M. (2010). Dimensional profiles of male to female gender identity disorder: an exploratory research. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2487–2498.
- Fisk, N. M. (1973). Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120, 386-391.
- Fleming, M., Jones, D. y Simons, J. (1982). Preliminary results of pre- and postoperative transsexuals. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 408–415.
- Fordyce, M. W. (1988). AS review of researchs on the happiness neasures: a sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*, 355-381.
- French, B. (1999). *La Bulimia*. Barcelona: Oniro.

- Furnham, A., Bandini, N. y Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem and reasons for exercise. *The Journal of Psychology*, 136(6), 581-596.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R. y Muñoz, P. (2003). *Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- García, A. (2011). *Vigorexia. La prisión corporal*. Madrid: Pirámide.
- García, E., Vázquez, V., López, J. C. y Arcila, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del eating disorders inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 45(3), 206- 210.
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory 2: professional manual*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI- 2)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D. M., Marion, P., Olmsted, M. y Polovy 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.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: validation of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-9.

- Garrido, R., Fernández, M. A., Villalba, E.B., Pérez, P. J. y Fernández, M. (2010). Estudio sobre validez de la adaptación al español de la escala de satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios. *Metodología de encuestas*, 12, 45-62.
- Gauntlett, D. (2008). *Media, gender and identity*. UK: Routledge.
- Gauvin, L. (1989). The relationship between regular physical activity and subjective well-being. *Journal of Sport Behavior*, 12(2), 107- 114.
- Godás, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuadernos de medicina psicosomática y Medicina de enlace*, 78, 21- 23.
- Goldfield, G. S. (2009). Body image, disordered eating and anabolic steroid use in female bodybuilders. *Eating Disorders*, 17, 200- 210.
- Gómez, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T. y Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 378–92.
- Gómez, E. y Esteva de Antonio, I. (2006). *Ser transexual*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, E., Esteva de Antonio, I. y Bergero. T. (2006). La transexualidad, transexualismo o trastorno de identidad de género en el adulto: concepto y características básicas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 78, 7-12.
- Goñi, E. e Infante, G. (2010). Actividad físico- deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 199- 208.

- Gooren, L. (2006). Introducción al tema de la transexualidad. *Revista de Sexología y Sociedad*, 12(30), 4-6.
- Guðnadóttir, U. y Garðarsdóttir, R. B. (2014). 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. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(2), 151-9.
- Gumán, R. y Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*, 6(2), 37- 50.
- Gutiérrez, C. F. y Ferreira, R. (2007). Estudio sobre la adicción al ejercicio: un enfoque de la problemática actual (monografía para optar al título de la especialidad de educación física). Recuperada de <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/105-vigorexia.pdf>
- Halgin, R. y Krauss, S. (2004). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. México: Mc Graw Hill.
- Hargreaves, D. A. y Tiggemann, M. (2009). Muscular ideal media images and men's body image: social comparison processing and individual vulnerability. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(2), 109- 119.
- Hepp, U. y Milos, G. (2002). Gender identity disorder and eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 473-478.
- Hildebrandt, T., Langenbucher, J. y Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1, 169- 181.

- Hobza, C. L. y Rochlen, A. B. (2009). Gender role conflict, drive for muscularity, and the impact of the ideal media portrayals on men. *Psychology of Men & Masculinity, 10*(2), 120- 130.
- Homan, K. (2009). Athletic- ideal and thin- ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Pol Merkur Lekarski, 27*(162), 529-31.
- Hsu, L. K. (1989). The garden gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? *Clinical Psychology Review, 9*, 393-407.
- Huh, J., Delorme, D.E. y Reid, L. N. (2006). Perceived third-person effects and consumer attitudes on preventing and banning DTC advertising. *Journal of Consumer Affairs, 40*, 90.
- Hunt, D. y Hampson, J. (1980). Follow-up of 17 biologic male transsexuals after sex reassignment surgery. *American Journal of Psychiatry, 137*, 432–438.
- Hurtado, F., Gómez, M. y Donat, F. (2006). Transexualismo: reasignación de sexo y calidad de vida. *Sexología Integral, 3*(1), 25-34
- Kamps, C. L. y Berman, S. L. (2011). Body image and identity formation: the role of the identity distress. *Revista Latinoamericana de Psicología, 43*(2), 267- 277.
- Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J. I. y Pope, H. G. (2006). Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users. *The American Journal of Psychiatry, 163*(4), 697-707.
- Kraemer, B., Delsignore, A., Schnyder, U. y Hepp, U. (2008). Body image and transsexualism. *Psychopathology, 41*, 96–10027.

- Kruijver, F., Zhou, J., Pool, C., Hofman, M., Gooren, L. y Swaab, D. (2000). Male to female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical and Endocrinology Metabolism*, 85, 2034-41.
- Lantz, C. D., Rhea, D. J. y Cornelius, A. E. (2002). "Muscle dysmorphia in elite-level power lifters and bodybuilders: a test of differences within a conceptual model". *Journal of Strength and Conditioning Research*, 16, 649- 655.
- Lantz, C. D., Rhea, D. J. y Mayhew, J. L. (2001). The drive for size: A psycho-behavioural model of muscle dysmorphia. *International Sports Journal*, 5, 71-86.
- LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034-1037.
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness*. New Cork: The Penguin Press.
- Marone, P. y Iacoella, S. (1997). Percezione, immagine corporea e grado di integrazione nel disturbo dell'identità di genere. *Sessualità e Terzo Millennio* , 2.
- Marone, P., Iacoella, S., Cecchini, M. y Rabeau, A. (1998). An experimental study of body image and perception in gender identity disorders. *International Journal of Transgenderism*, 2(3).
- Martín, A. B., Fenollar, F. M., Rico, J. M., Carricajo, M. P., García, C., Piñol, B., ... López, J. (2008). Vigorexia, complejo de Adonis o dismorfia muscular. *Interpsiquis*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4663>
- Mayville, S. B., Williamson, D. A., White, M. A., Netermeyer, R. G. y Drab, D. L. (2002). Development of the muscle appearance satisfaction scale. *Assessment*, 9, 351- 360.

- McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. (2009). Extreme weight change behaviours: are overweight and normal weight adolescents different, and does this vary over time? *European Eating Disorders Review*, 17, 301-314.
- McCreary, D. R. y Sasse, D. K. (2000). An exploration os the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American Coll Health*, 48, 297- 304.
- Michalos, A. (1986). Job satisfaction, marital satisfaction and the quality of life: A review and a preview. En F. Andrews (Ed.), *Research on the Quality Of Life* (pp. 57- 83). Michigan: Institute for Social Research. University of Michigan.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *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.
- Molina, J., Castillo, I. y Pablos, C. (2007). Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 18, 79- 91.
- Money, J., Hampson, J. y Hampson, J. (1957). Imprinting and the establishment of gender role. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 77, 333.
- Moreno, B. (2007). *Psicología de la personalidad*. Procesos. Madrid: Thomson.
- Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur. Eating Disorders R*, 17, 191-198.
- Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum*, 22(2), 177-193.

- Muñoz, R. y Martínez, A. (2007). Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos Trastornos de la Conducta Alimentaria? *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5, 457-482.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Borowiecki, III y Cohane, G. H. (2004), Biceps and body image: the relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men and Masculinity*, 5(2), 112-120.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Ortega, B., Rodríguez, S., Díaz, S., Fernández, M. C. y Villa J. (2014). Feeling bad posing as a model: an objective manner of study upward own-body comparisons in body-dissatisfied women. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 470-478.
- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E. y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: a five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42(5), 888- 899.
- Perpiñá, C. (1989). Hábitos alimenticios, peso e imagen corporal. *Revista de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 6, 303-312.
- Perpiñá, C., Marco, J. H., Botella, C. y Baños, R. (2004). Tratamiento de los trastornos alimentarios, eficacia diferencial de la terapia cognitivo conductual con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual: resultados de un año de seguimiento. *Patología Conductual*, 12, 519- 537.

- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*.
- Pope, H. G., Philips, K. A. y Olivardia, R. (2000). *Adonis Complex: How to identify, treat and prevent body obsession in men boys*. New York: Touchstone Books.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Benjamin, B., De Col, C, Jouvent, R. y Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry* 157, 1297-1301.
- Pope, H. G., Katz, D. L. y Hudson, J. L. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders, *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 406-9
- Pruzinsky, T. y Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En T. F. Cash y T. Pruzinsky. (Eds.), *Body Images: Development, Deviance and Change* (pp. 337- 349). Nueva York: Guilford Press.
- Rabito- Alcón, M. F. y Rodríguez- Molina, J. M. (2015a). Imagen corporal en personas con disforia de género. *Medwave*, 15(4).
- Rabito- Alcón, M. F. y Rodríguez- Molina, J. M. (2015b). Satisfacción con la vida y bienestar psicológico en personas con disforia de género. *Actas Españolas de Psiquiatría*, en edición.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rausch, C. y Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.

- Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. I. y Richart, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante: publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Rodríguez, A. (2005). Felicidad subjetiva y dimensiones del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 10(1), 131- 138.
- Rodríguez- Molina, J. M. (2007). Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas*, 7(2), 289-308.
- Rodríguez-Molina, J. M. y Rabito, M. F. (2011). Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Salud y drogas*, 11, 95- 114.
- Rodríguez- Molina, J. M., Asenjo, N., Becerra, A. y Lucio, M. J. (2013). Guía de entrevista para el análisis funcional de conductas en personas transexuales. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 150- 154.
- Rodríguez- Molina, J. M., Asenjo, N., Becerra, A., Rabito, M. F. y García, S. M. (2011). Modelo teórico de “well-being” en personas transexuales. En R. Quevedo-Blasco y V. J. Quevedo-Blasco (Eds), *Avances en Psicología Clínica*. Santiago de Compostela: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Rodríguez- Molina, J. M., Asenjo, N., Lucio, M. J., Pérez, G., Rabito, M. F. Fernández, M. J., Izquierdo, C., y Becerra, A. (2009). Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: La Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Revista internacional de Andrología*, 7 (2), 112-

- Rodríguez- Molina, J. M., Asenjo, N., Rabito, M. F., García, S. M. y Becerra, A. (2010). *Modelo teórico de "Well-Being" en personas transexuales*. En R. González, A. Valle, R. Arce, y F. Fariña (Eds.), *Calidad de Vida, Bienestar y Salud*. A Coruña: PSICOEDUCA.
- Rodríguez- Molina, J. M., Pacheco, L., Asenjo, N., García, N., Lucio, M. J. y Becerra, A. (2011) Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. En R. Quevedo-Blasco y V. J. Quevedo-Blasco (Eds.), *Situación actual de la Psicología Clínica* (pp. 212-215). San Sebastián: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Rodríguez- Molina, J. M., Pacheco, L., Asenjo, N., García, N., Lucio, M. J. y Becerra, A. (2014). Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Revista Internacional de Andrología*, 12 (1), 16- 23.
- Rodríguez- Molina, J. M., Asenjo, N., Pérez, G., Rabito, M. F., Fernández, M. J., Izquierdo, C. y Becerra, A. (2009). Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Revista Internacional de Andrología*, 7(2), 112- 20.
- Rosen, J. C. (1990). Body image disturbances in eating disorders. En T, F, Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images. Development, Deviance and Change* (pp. 190-216). New York: The Guilford Press.
- Ryan, R. y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review if research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychologist*, 52(1), 68-78.
- San Sebastián, J. (1999). Anorexia nerviosa- aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de estudios de Juventud*, 47, 17-22.

- Seligman, M. E. P. (2000). Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara Grupo Zeta.
- Sepúlveda, A. R., Anastasiou, D., De Pellegrin, Y., Parks, M., Blanco, M., García, P. y Bustos, C. (2015). Confirmatory factor analysis of the Male Body Attitudes Scale (MBAS) among Spanish adolescent males (en revision).
- Sepúlveda A. R. y Calado, M. (2012). Westernization: The Role of Mass Media on Body Image and Eating Disorders, relevant topics in Eating Disorders. En I. Jauregui- Lobera (Ed.), *Relevant topics in eating disorders*, 47- 64.
- Shaywitz, S., Escobar, M., Shaywitz, B., Fletcher, J. y Makuch, R. (1992). Evidence that dyslexia may represent the lower tail of a normal distribution of reading ability. *New England Journal of Medicine*, 326, 145-50.
- Smolak, L. y Thompson, J. K. (2009). *Body image, eating disorders, and obesity in youth*. Washinton: American Psychological Association.
- Sociedad de Psicología Positiva de Reino Unido. The concept of eudaimonic well-being [consultado el 17 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.positivepsychology.org.uk/pp-theory/eudaimonia/34-the-concept-of-eudaimonic-well-being.html>
- Solano, N. y Cano, A. (2010). IMAGEN. *Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal*. Madrid: TEA.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender*. New York: Science House.

- Swaab, D., Fliers, E. y Partiman, T. (1985). The suprachiasmatic nucleus of the human brain in relation to sex, age and dementia. *Brain Research*, 342, 37-44
- Swaab, D. (2007). Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Pract res Clin Endocrinol Metab*, 21 (3), 431- 44.
- Taqi, A. M., Shaikh, M., Gowani, S. A., Shahid, F., Khan, A., Tayyeb, S. M., ... Naqvi H. A. (2008). Body Dysmorphic Disorder: Gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC. Psychiatry*, 8, 20.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Tylka, T. L., Bergeron, D. y Schwartz, J. P. (2005). Development and psychometric evaluation of the Male Body Attitudes Scale (MBAS). *Body Image*, 2, 161- 175.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel
- Van de Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K., Van Coppenolle, H., David, A., ... Peuskens, J. (2002). Assessment of physical self-perceptions in normal Flemish adults versus depressed psychiatric patients. *Personality and Individual Differences*, 32, 855-863.
- Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J. M. y López, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*; 28(1), 27- 35.
- Veale, D. (1987). Exercise addiction. *British Journal of Addiction*, 82(7), 735- 740.

- Videra, A. y Reigal, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de la salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141- 147.
- Vocks, S., Stahn, C. y Loenser, K. (2009). Eating and body image disturbances in male-to- female and female- to- male transsexuals. *Archives of Sexual Behaviour*, 38, 364- 377.
- Wagner, M. E., Musher, D. R., Neufeld, J. M. y Hauser, J. C. (2009). Self-objectification and ideal body shape for men and women . *Body Image*, 6(4), 308- 310.
- Walker, D. C, Drew, A., Anderson, D. A. y Hildebrandt, T. (2009). Body checking behaviors in men. *Body Image*, 6(3).164- 170.
- Warren, C. S. (2008). The influence of Awareness and Internalization of Western Appearance Ideal son Body Dissatisfaction in Euro- American and Hispanic Males. *Psychology of Men & Masculinity*, 9( 4), 257-266.
- White, M., Wójcicki, R. y McAuley, E. (2009). Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(10).
- Young, K. P. y Anderson, D. A. (2010). The importance of the function of exercise in the relationship between obligatory exercise and eating and body image concerns. *Eating behaviors*, 11, 62- 64.
- Zhou, J., Hofman, M., Gooren, L. y Swaab, D. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378, 68-70.

Zubieta, E. y Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología*, 17(1), 277-283.

Zucker, K. y Bradley, S. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. Nueva York: Guilford

Zucker, K., Wild, J., Bradley, S. y Lowry, C. (1993). Physical attractiveness of boys with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 23-36.



## LISTADO DE FIGURAS

### PARTE I: INTRODUCCIÓN

1. Relación entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad (Tomado de Moyano y Ramos, 2007)
2. Secuencia de una conducta de adicción al ejercicio, con reforzamientos negativo y positivo (Rodríguez Molina J. M., 2007)
3. Cuadro explicativo de las diferencias de la insatisfacción corporal según el género según Baker et al; 2009
4. Modelo conceptual de la Dismorfia Muscular propuesto por Lantz, et al., 2001

### PARTE II: ESTUDIOS EMPÍRICOS REALIZADOS

Estudio 4: Satisfacción con la vida y bienestar psicológico en personas con Disforia de Género.

1. Relación entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad (Tomado de Moyano y Ramos, 2007)



## LISTADO DE TABLAS

### PARTE I: INTRODUCCIÓN

1. Semejanzas y diferencias entre el consumo AAS y una adicción clásica a las drogas (Tomado de Kanamaya et al; 2009)
2. Comparación de varios aspectos entre Anorexia Nerviosa y Anorexia Inversa (Adaptado de Baile, 2005)
3. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y TOC (Rodríguez Molina, 2007)
4. Diferencias entre TDM y DM
5. Instrumentos de evaluación para la DM
6. Modelo hipotético de factores implicados en el desarrollo de la Vigorexia o DM (Tomado de Baile, 2005).

### PARTE II: ESTUDIOS EMPÍRICOS REALIZADOS

#### Estudio 1: Imagen corporal en personas con Disforia de Género

1. Escala Insatisfacción corporal del EDI- 2
2. IMAGEN puntos de corte para la puntuación total
3. Medias y desviaciones típicas (DT) de datos sociodemográficos
4. Medias y desviaciones típicas (DT) para resultados de todos los cuestionarios
5. Coeficiente de correlación de Pearson entre los cuestionarios
6. Prueba T

## 7. Resultados de la prueba H de Kruskal- Wallis para comparar entre grupos

Estudio 2: Body Dissatisfaction differences and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria and university students.

1. Descriptive data of GD subjects
2. Descriptive data of ED subjects
3. Descriptive data of control subjects
4. IMAGEN cutoffs of direct total score
5. Descriptive statistics for all questionnaires in all groups
6. Descriptive statistics for all questionnaires in GD subjects
7. Person coefficient correlations among questionnaires in GD group
8. Person coefficient correlations among questionnaires in ED group
9. Person coefficient correlations among questionnaires in control group

Estudio 3: Body Dissatisfaction: risks of an unhealthy body image.

1. Descriptive statistics
2. Descriptive statistics for all questionnaires in all groups
3. H Kruskal- Wallis for gender differences

Estudio 4: Satisfacción con la vida y bienestar psicológico en personas con Disforia de Género.

1. Estadísticos descriptivos del cuestionario sobre Satisfacción con la Vida

2. Estadísticos descriptivos del cuestionario sobre Satisfacción con la Vida por géneros. Medias y desviaciones típicas (DT).

Estudio 5: Relación entre la insatisfacción corporal y el bienestar y la satisfacción vital de diversos grupos de estudio.

1. Estadísticos descriptivos.
2. Resultados de las correlaciones bivariadas.



## **ANEXOS**



# ANEXO 1: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA Y DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

## DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

NEUS RIBA GARCIA, Secretaria del **Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona**

Certifica:

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

TÍTULO: Imagen Corporal: Dismorfia Muscular, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Disforia de Género

INVESTIGADOR PRINCIPAL: MARÍA FRENZI RABITO ALCÓN

y considera que, teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas (si las hubiera), y que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se han evaluado las compensaciones económicas previstas (cuando las haya) y su posible interferencia con el respeto a los postulados éticos y se consideran adecuadas.
- Que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.
- Que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos necesarios, y que es viable en todos sus términos.

Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho Comité Ético todo cambio en el protocolo o acontecimiento adverso grave.

y hace constar que:

1º En la reunión celebrada el día 12/02/2015, acta 3/2015, se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

2º El CEIC del Hospital Clínic i Provincial, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

3º Listado de miembros:

**Presidente:**

- FRANCISCO JAVIER CARNE CLADELLAS (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

**Vicepresidente:**

- BEGOÑA GOMEZ PEREZ (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)

**Secretario:**

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA  
 Villarroel, 170 - 08036 Barcelona (España)  
 Tel. 93 227 54 00 Fax 93 227 54 54  
 www.hospitalclinic.org

- NEUS RIBA GARCIA (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

**Vocales:**

- ITZIAR DE LECUONA (Jurista, Observatorio de Bioética y Derecho, UB)
- MONTSERRAT GONZALEZ CREUS (Trabajadora Social, Servicio de Atención al Usuario, HCB)
- MIRIAM MENDEZ GARCÍA (Abogada, HCB)
- MONTSERRAT NUÑEZ JUÁREZ (Enfermera, HCB)
- JOSE RIOS GUILLERMO (Estadístico, Farmacología Clínica, USEM, UASP, HCB)
- JOSE MIGUEL SOTOCA (Farmacéutico Atención Primaria, CAP Les Corts)
- ANTONI TRILLA GARCIA (Médico Epidemiólogo, HCB - Director UAPS)
- OCTAVI SANCHEZ LOPEZ (Representante de los pacientes)
- MARIA JESÚS BERTRAN LUENGO (Médico Epidemiólogo, HCB)
- MARTA AYMERICH GREGORIO (Médico Hematólogo, HCB)

CIF - G-08431173

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

Barcelona, a 03 de marzo de 2015

Reg. HCB/2015/0193

Mod\_04 (V1 de 28/11/13)

PR

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA  
 Villarroel, 170 - 08036 Barcelona (España)  
 Tel. 93 227 54 00 Fax 93 227 54 54  
 www.hospitalclinic.org

## ANEXO 2: BATERÍA DE CUESTIONARIOS

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.



**Te agradecería que colaborases con nosotros en una investigación sobre imagen corporal. Para ello te rogaría que rellenases todos los ítems de este cuestionario, no te llevará más de 10 o 15 minutos. No pedimos ningún dato identificativo por lo que el cuestionario entrará en una base de datos completamente anónima.**

Edad:

Sexo:

Profesión:

Deporte que practica:

Horas/ semana de deporte:

Peso:

Peso que te gustaría tener:

Talla:

### 1º Parte

#### SEÑALA LA OPCIÓN QUE MÁS SE AJUSTE A TI DE CADA PREGUNTA

1. Cuando te miras en el espejo, te ves
  - a. Grande y fuerte.
  - b. Pequeño y débil.
  - c. Tengo el tamaño adecuado.
  
2. El tamaño de tu cuerpo te genera...:
  - a. Me gusta el tamaño que tengo.
  - b. Gran satisfacción.
  - c. Gran insatisfacción.
  
3. Debido al tamaño y forma de tu cuerpo:
  - a. Evito que se vea mi cuerpo y/o lo oculto con ropas holgadas porque no es lo suficientemente grande.
  - b. Me gusta exhibir mi cuerpo en cualquier ocasión y/o llevando ropas ajustadas.
  - c. No me importa que se vea mi cuerpo.
  
4. Con respecto a mi cuerpo:
  - a. Tengo pensamientos constantes e inevitables sobre cómo agrandarlo (más de 1 h al día).
  - b. Pienso de vez en cuando sobre cómo mejorarlo.
  - c. Rara vez dedico tiempo a pensar en mi cuerpo.

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.



5. Para aumentar el tamaño de mi cuerpo:
  - a. Hago ejercicio físico dos o tres veces a la semana.
  - b. Voy todos los días al gimnasio varias horas.
  - c. Hago poco ejercicio físico.
6. Para aumentar mi masa muscular:
  - a. No modificaría mi dieta y jamás consumiría fármacos especiales.
  - b. Estoy dispuesto a consumir los fármacos que haga falta y/o cambiar mi dieta.
  - c. Alguna vez he consumido algún producto alimenticio especial.
7. Por mi poco tamaño muscular:
  - a. Tengo alguna preocupación pasajera.
  - b. Nunca he tenido sentimientos negativos.
  - c. A menudo estoy deprimido, irritable y/o ansioso.
8. Por mi dedicación a tener más masa muscular:
  - a. Jamás he tenido problemas de ningún tipo por mi deseo de mejorar mi cuerpo.
  - b. He tenido frecuentemente problemas familiares, laborales o sentimentales.
  - c. Alguna vez he tenido algún pequeño problema familiar, laboral o sentimental.
9. Creo que los efectos secundarios de mi dieta especial, o de mis largas horas en el gimnasio, o de los fármacos que empleo:
  - a. Son necesarios para conseguir aumentar mi tamaño, porque el que algo quiere debe sufrir.
  - b. No creo que haya que soportar cualquier cosa para conseguir el fin de crecer.
  - c. No acepto de ninguna manera que para mejorar mi físico pase por tener otros problemas.
10. Si un compromiso con alguien, una lesión, o un incidente imprevisto me impide ir al gimnasio durante unos días:
  - a. Me adapto y considero que todo es compatible en la vida.
  - b. El cuidado de mi cuerpo es secundario a otras facetas de mi vida.
  - c. Me enfado muchísimo

## 2º Parte

1. Me gusta comer con otras personas	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
2. Procuro no comer aunque tenga hambre	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
3. Me preocupo mucho por la comida	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre

## Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.



4. A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
9. Vomito después de haber comido	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
10. Me siento muy culpable después de comer	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
15. Tardo en comer más que las otras personas	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
16. Procuo no comer alimentos con azúcar	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
17. Como alimentos de régimen	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
19. Me controlo en las comidas	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
20. Noto que los demás me presionan para que coma	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.



22. Me siento incómodo/a después de comer dulces	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
23. Me comprometo a hacer régimen	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
24. Me gusta sentir el estómago vacío	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre

### 3º Parte

1	Creo que mi estómago es demasiado grande	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
2	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
3	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
4	Me siento satisfecho con mi figura	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
5	Me gusta la forma de mi trasero	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
6	Creo que mis caderas son demasiado anchas	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
7	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
8	Creo que mi trasero es demasiado grande	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
9	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

### 4º Parte

¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENES LOS SIGUIENTES PENSAMIENTOS Y EMOCIONES?

1	Debería ponerme a dieta	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
2	Tendría que hacer ejercicio para controlar mi peso	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
3	Es absolutamente necesario que este delgada o delgado	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.



4	Estoy insatisfecha o insatisfecho con mi figura corporal	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
5	Creo que si realizase ejercicio conseguiría disminuir mi peso	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
6	Me da miedo conocer mi peso	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
7	Admiro a las personas o modelos capaces de mantener una figura delgada.	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
8	Estoy triste cuando pienso en mi figura	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
9	Me siento irritable cuando pienso en mi aspecto físico	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
10	Me enfado cuando alguien de mi familia me indica algo de mi figura	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
11	Me siento inferior cuando alguien halaga la figura de otras personas	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
12	Me siento gorda o gordo cuando gano algo de peso	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
13	Si engordase no lo soportaría	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
14	Tengo miedo a perder el control sobre mi aspecto físico	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
15	Tengo miedo a engordar	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
16	Cuando como, tengo miedo a perder el control	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
17	Imagino que si fuese una persona delgada estaría segura de mí	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
18	Tengo miedo a tener celulitis (piel de naranja).	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
19	Me influyen de forma negativa los comentarios sobre mi cuerpo	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
20	Recuerdo de forma negativa las burlas sobre mi aspecto físico	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
21	Pienso que me estoy poniendo gorda o gordo	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre

#### ¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENES LAS SIGUIENTES IDEAS?

22	Mi estómago me impide que me vea los pies	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
23	Mis brazos son gordos	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
24	Tengo las mejillas caídas	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
25	Mi pecho está fofo y caído	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.



26	El roce entre mis piernas me impide andar bien	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
27	Ocupo demasiado espacio en las sillas	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
28	Las dimensiones de mi cuerpo me impiden llevar una vida normal	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
29	Las dimensiones de mi estómago o tripa me hacen parecer una foca	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
30	Las chichas que me salen en la espalda, me recuerdan a morcillas	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
31	Las facciones de mi cara están deformes debido a mi peso	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre

### ¿CON QUÉ FRECUENCIA REALIZAS LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS?

32	Me provocho el vómito para controlar mi peso	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
33	Utilizo laxantes diuréticos, u otras pastillas para controlar mi peso	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
34	Vomito después de las comidas	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
35	Cuento las calorías como si fuese una calculadora	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
36	Intento permanecer de pie para perder peso	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
37	Tiro la comida para controlar mi peso	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
38	Escondo la comida porque quiero controlar mi peso.	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre

### 5º Parte

1	2	3	4	5
<b>Totalmente desacuerdo</b>				<b>Totalmente de acuerdo</b>

1	El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar	1	2	3	4	5
2	Las condiciones de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviera a ser igual.	1	2	3	4	5

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.



### 6º Parte

**¿EN QUÉ ME DIDA TE SIENTES FELIZ O INFELIZ NORMALMENTE?**

**REVISA CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES QUE SE PRESENTAN Y ELIGE LA QUE MEJOR DESCRIBA EL GRADO DE FELICIDAD QUE SIENTES GENERALMENTE**

10	Extremadamente feliz (¡eufórico, contentísimo, fantástico!)
9	Muy Feliz (¡realmente bien, entusiasmado!)
8	Bastante feliz (animado, muy bien)
7	Medianamente feliz (bastante bien y de alguna manera alegre)
6	Un poco feliz (justo por encima de un sentimiento neutral)
5	Neutral (no particularmente feliz o infeliz)
4	Un poco infeliz (un poco menos de un sentimiento neutral)
3	Medianamente infeliz (un poco mal y de alguna manera triste)
2	Bastante infeliz (bajo de moral, triste)
1	Muy infeliz (deprimido, melancólico)
0	Extremadamente infeliz (totalmente depresivo, completamente destrozado)

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

