



REVISTA MEXICANA  
DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS  
MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



REVISIÓN

Body image disorders: anorexia nervosa versus reverse anorexia (muscle dysmorphia)



Rosa Behar<sup>a,\*</sup> y Marcelo Arancibia<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

<sup>b</sup> Departamento de Humanidades Médicas y Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Recibido el 24 de mayo de 2015; aceptado el 19 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 23 de noviembre de 2015

KEYWORDS

Body image disorders;  
Eating disorders;  
Anorexia nervosa;  
Body dysmorphic disorder;  
Muscle dysmorphia

Abstract

*Background:* Among body image disorders, anorexia nervosa (AN) in females and muscle dysmorphia (MD) in males, emerge as the more representative.

*Objective:* To describe the relationship of clinical characteristics between AN and MD.

*Method:* A review of specialised textbooks and the available literature in Medline/PubMed and SciELO was made.

*Results:* There are similarities and differences between both disorders. They begin in adolescence, show a great diagnostic crossover, use/abuse of pharmacological drugs, similar co-morbidities, improvement with selective serotonin reuptake inhibitors and behavioural-cognitive psychotherapy, they are focused in body image, but AN pursuits thinness while MD muscle development. From a psychosocial perspective, body image disorders come out due to western socio-cultural pressures related to gender role stereotypes, which emphasise a slim feminine figure versus a vigorous masculine one. The nosological classification of MD is controversial and it has been including within the obsessive-compulsive spectrum of the DSM-5. *Conclusions:* Both disorders imply body dissatisfaction with different degrees of body image distortion, even reaching delusional dimensions. Future studies are required which can lay the foundations of new categorisations of these disorders that better clarify their essence.

All Rights Reserved © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rositabehara@gmail.com](mailto:rositabehara@gmail.com) (R. Behar).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**PALABRAS CLAVE**

Trastornos de la imagen corporal;  
Trastornos de la conducta alimentaria;  
Anorexia nerviosa;  
Trastorno dismórfico corporal;  
Trastorno dismórfico muscular

**Trastornos de la imagen corporal: anorexia nerviosa versus anorexia inversa (trastorno dismórfico muscular)**
**Resumen**

*Introducción:* Entre los trastornos relacionados con la imagen corporal, la anorexia nerviosa (AN) en el sexo femenino y el trastorno dismórfico muscular (TDM) en el masculino surgen como los más representativos.

*Objetivo:* Analizar descriptivamente la relación entre las características clínicas de la AN y el TDM.

*Método:* Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la relación entre AN y TDM mediante las bases de datos Medline/PubMed, SciELO y textos especializados.

*Resultados:* Existen similitudes y diferencias entre ambos trastornos. Se inician en la adolescencia, muestran gran traslape diagnóstico, uso/abuso de fármacos, similares comorbilidades, mejoría con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, psicoterapia cognitivo-conductual y se focalizan en la imagen corporal, pero en la AN se persigue la delgadez, mientras que en el TDM, el desarrollo muscular. Desde la perspectiva psicosocial, estos trastornos de la imagen corporal surgen debido a las presiones socioculturales occidentales relacionadas con los estereotipos de rol de género, que enfatizan una silueta esbelta femenina versus una masculina vigorosa. La clasificación nosológica del TDM ha sido controvertida, siendo actualmente incluida en el DSM-5 en el espectro obsesivo-compulsivo.

*Conclusiones:* Ambos trastornos implican una insatisfacción corporal con diversos grados de distorsión de la imagen corporal, alcanzando aun dimensiones delirantes. Se requieren futuras investigaciones que puedan fundamentar nuevas categorizaciones de estos desórdenes, clarificadoras de su esencia.

Derechos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

**Introducción**

Durante décadas, el foco de los trastornos de la imagen corporal se ha centrado en el sexo femenino, cuyo ideal en Occidente se vierte en la apariencia delgada (Behar, 2010a). En el caso del sexo masculino, no obstante, se ha exaltado la musculatura corporal (Leone, Sedory y Kimberly, 2005; McCreary y Sasse, 2000), surgiendo recientemente el interés por su estudio, pues las tasas de insatisfacción corporal se han equiparado tanto en hombres como en mujeres (Frederick et al., 2007; Garner, 1997). En efecto, Murray et al. (2012a) notifican este hecho fundamentándose en los reportes especializados que informan que más de 95% de los hombres estadounidenses estarían disconformes con su apariencia (Frederick et al., 2007; Mishkind, Rodin, Silberstein y Striegel-Moore, 1986; Ricciardelli, McCabe y Banfield, 2000). Asimismo, se ha constatado que entre el 21 y el 47% de los hombres adolescentes y adultos jóvenes realiza dietas especiales con el objeto de aumentar el peso y/o el tamaño muscular, mientras que entre el 12.5 y el 26% lo hace para disminuirlo (Cafri et al., 2005). La insatisfacción corporal en el hombre derivaría en el así llamado trastorno dismórfico muscular (TDM), anorexia inversa, complejo de Adonis, vigorexia o dismorfia muscular (dismorfia o dimorfismo define a una malformación anatómica), por cuanto el término psicopatológicamente apropiado para definir la condición clínica subyacente es el de dismorfia muscular, propuesto por Pope, Katz y Hudson (1997), que a su vez se ha relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Pope et al., 1993). Siendo conceptualizado originalmente como una

forma inversa de anorexia nerviosa (AN), incluiría similitudes conductuales y cognitivas con aquella y una gran incidencia de AN previa (Pope et al., 1993). Entre los rasgos comunes distinguibles en la AN y el TDM, aparece como central la distorsión de la imagen corporal, manifestada en este último como la creencia en que la propia apariencia luce pequeña y delgada, a pesar de una musculatura notoria, ambicionando un cuerpo muscularmente más desarrollado, lo cual es conducente a experimentar intensas preocupaciones vinculadas a la falta de musculatura percibida, y que implica un gran gasto de tiempo consumido con tales pensamientos (Olivardia, Pope y Hudson, 2000). Adicionalmente, en ambos cuadros se verifica la práctica de ejercicios físicos excesivos que interfieren significativamente el funcionamiento laboral y ocupacional (Olivardia et al., 2000), observándose habitualmente dietas con rígidas pautas alimentarias con cálculos detallados del valor nutricional de cada alimento (Mosley, 2009), mientras que su no cumplimiento conlleva una intensa angustia y culpa con conductas compensatorias que incluyen ejercitación y consumo adicional de proteínas (Mangweth et al., 2001). Constantemente recurren al chequeo corporal y a la evitación de la exposición del cuerpo desnudo, pero por otro lado, en ocasiones algunos usan vestuario acolchado para aumentar su apariencia muscular. Otras características que identifican al TDM consisten en severa restricción de componentes alimentarios no proteicos, interrupción de actividades importantes para acomodar la periodicidad del comer, consumo alimentario muy frecuentemente (cada 2 o 3 h), y aun luego de sentirse satisfecho, de nutrientes licuados o mezclados para facilitar

su ingesta o de una gran proporción de calorías en forma líquida, restricción compensatoria de hidratos de carbono o lípidos (Griffiths, Murray y Touyz, 2013) debido al régimen de entrenamiento físico, y el uso de drogas que mejoran la apariencia como los esteroides, cuyo abuso en la actualidad se relaciona más bien con la severidad del cuadro, (Millman y Ross, 2003; Mosley, 2009; Murray et al., 2012a), lo que podrían repercutir incluso en la forma de una enfermedad renal crónica (Chung, 2001; Cohane y Pope, 2001; Dawes y Mankin, 2004; Drewnowski y Yee, 1987; Kanayama, Pope y Hudson, 2001; Pope, Phillips y Olivardia, 2000; Zorpette, 1998), siendo más reiterativo el empleo de suplementos alimentarios, de fácil acceso en el ámbito deportivo.

Amerita llevar a cabo la presente revisión, debido a la creciente emergencia, en ambos sexos, de las alteraciones focalizadas en la imagen corporal, caracterizadas por diversos grados de insatisfacción con el propio cuerpo, que pueden derivar a su vez en una franca distorsión de la imagen corporal, tal como ocurre en el TDM y la AN, y que convierten a estas entidades nosológicas en tópicos vigentes y de interés para los profesionales de los ámbitos relacionados con la salud, los deportes, académicos y la comunidad en general, ya que se trata de cuadros complejos en cuanto a su diagnóstico, manejo terapéutico y desenlace, cuya evolución generalmente tiende a la cronicación, significando enormes gastos de recursos individuales y públicos, e implicando devastadoras limitaciones e incluso mortalidad en personas en pleno período productivo de sus vidas.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis descriptivo de carácter interpretativo e integrador de la evidencia sobre diversos aspectos de la relación entre la AN y el TDM, enfatizando los siguientes ejes de análisis: categorización nosológica, similitudes, diferencias y trasfondo sociocultural en relación con el rol de género.

## Método

Entre los meses de mayo y agosto del presente año se llevó a cabo una investigación exhaustiva de artículos disponibles, tanto de investigación como de actualización de la temática (64 en total), un trabajo presentado en congreso y 8 textos de consulta especializados, incluyéndose aquellos que relacionaban la presencia de TDM y AN con diversas variables biopsicosociales, a través de la base de datos Medline/PubMed, SciELO, abarcando desde 1980 hasta la actualidad (2015), utilizando para la búsqueda palabras clave como *eating disorders*, *anorexia nervosa*, *body dysmorphic disorder*, *muscle dysmorphia* y *reverse anorexia*, con los operadores booleanos and (y)/or (o).

## Resultados

Los principales hallazgos arrojados por la evidencia sobre los parámetros explorados se describen a continuación.

### El trastorno dismórfico muscular en los gimnasios

En Chile, Behar y Molinari (2010) reportaron que la prevalencia de TDM entre los asistentes a gimnasios (13.6%) fue similar a otras exploraciones nacionales (10.1% en levantadores de pesas y 20% en fisiculturistas) e internacionales

(10%) (Correa, Weil, Fracchia y Pastén, 2006; Olivardia, 2001), antecedente consistente con la idea que refiere que a mayor valoración y exposición de la figura física, característico del fisiculturismo competitivo, mayor es también el riesgo de sus distorsiones. El interés y la dedicación en torno a la figura corporal y por alcanzar el prototipo de aspecto físico «soñado» fueron mayores en estos deportistas versus estudiantes de medicina sin TDM, los cuales contrariamente deseaban prioritariamente mantener o disminuir su silueta, respondiendo más bien a valores estéticos más generalizados socioculturalmente, tales como la delgadez. Adicionalmente, los levantadores de pesas dedicaban gran parte del tiempo diario a observarse en espejos (15 veces por día), cifra mayor que la descrita en otros estudios y que se ha constatado aun mayor entre consumidores de anabólicos (Correa et al., 2006; Olivardia et al., 2000; Walker, Anderson y Hildebrandt, 2009). El porcentaje de uso de anabólicos en este análisis fue del 42% en levantadores de pesas afectados con TDM y del 26% entre los no dismórficos musculares, cifras inferiores a las informadas en la bibliografía chilena (58 y 29%, respectivamente) (Correa et al., 2006) pero similares a las extranjeras en TDM (46%) y superiores a los sin TDM (7%) (Olivardia et al., 2000). Respecto de las conductas alimentarias, el 49.1% de los levantadores de pesas (33,3% entre los que portaban TDM) exhibieron puntajes en el rango patológico del EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979), en contraposición al 2.4% de los estudiantes, que implica la presencia de una patología alimentaria clínicamente presente o su desarrollo eventual en el futuro, bajo ciertas circunstancias favorecedoras. Es destacable que los levantadores de pesas señalan mayores sentimientos de ineficacia personal, sugiriendo una insatisfacción que sería independiente del logro de una figura musculosa. Posiblemente los estudiantes presentan menos estos sentimientos dadas las satisfacciones alcanzadas en los logros académicos, resultando ser un factor protector; viceversa, también podría plantearse que la preexistencia de sentimientos de eficacia personal los llevan a preferir actividades académicas como fuente de valoración en lugar de la sobrevaloración corporal.

### Identificación nosológica

Pese a que no se ha identificado alguna forma de somatización (Maida y Armstrong, 2005), desde fines de la década de los noventa el TDM se ha conceptualizado como un subtipo de trastorno dismórfico corporal en el espectro somatomorfo (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997), justificado en parte por la idea de que el patrón alimentario no era el pilar central del trastorno, sino que en cambio correspondería a una característica secundaria y prescindible (Olivardia, 2001). Sin embargo, ha habido un debate empírico amplio respecto de la naturaleza nosológica y la conceptualización diagnóstica del TDM: algunos autores lo han propuesto como perteneciente al grupo de los TCA (Mosley, 2009; Murray, Rieger, Karlov y Touyz, 2012; Murray, Rieger y Touyz, 2011; Murray, Rieger, Touyz y de la Garza, 2010), otros como un subtipo de dismorfobia en la esfera somatomorfa como originalmente fue planteado (Pope et al., 1997, 2000), y finalmente, en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; Chung, 2001; Maida y Armstrong, 2005) se ha ubicado en el espectro obsesivo-compulsivo (sección denominada

trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados), como un especificador de subtipo de trastorno dismórfico corporal en donde la obsesión sería el nivel de muscularidad y magreza, mientras que la compulsión su logro (Pope et al., 2000). Los grupos sistematizadores consideraron que el trastorno mostraba un traslape sintomatológico relevante, tanto con el trastorno obsesivo-compulsivo como con el trastorno por ansiedad social, considerando algunos autores incluirlo en ambas afecciones. Su integración en el espectro obsesivo-compulsivo fue fundamentada, entre otros aspectos, por una particular agregación familiar de ambas afecciones, como también una respuesta terapéutica compartida ante fármacos serotoninérgicos. Conjuntamente, la AN actualmente contenida en la sección correspondiente a trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) demuestra similitudes clínicas con el trastorno dismórfico corporal, más aun en el caso del TDM, y si bien existen algunos detractores, se ha preconizado incluirla igualmente en el espectro obsesivo-compulsivo (Castle y Phillips, 2006; Castle, Rossell y Kyrios, 2006; Grant y Phillips, 2004; Hollander, 1993).

De esta manera, en un estudio realizado en población general Raevuori et al. (2008) comprobaron que en hombres el TDM podría corresponder a un fenotipo alternativo de AN, basados en el hallazgo de una fuerte presentación familiar de AN, trastornos ansiosos y afectivos y síntomas compatibles con trastorno dismórfico corporal. Los participantes fueron parte de un estudio a nivel nacional de una cohorte longitudinal sobre conductas saludables en gemelos y sus familias que identificó virtualmente a todos los gemelos nacidos vivos entre 1975 y 1979 en Finlandia. En este respecto, algunos investigadores han desarrollado los constructos de «insatisfacción muscular» e «insatisfacción con la adiposidad», conceptualizaciones independientes pero igualmente centradas en la imagen corporal masculina (Bergeron y Tylka, 2007). La falta de sensibilidad de la actual concepción de los TCA podría explicar por qué la insatisfacción muscular y la motivación por la musculatura no son asociaciones confiables para la categorización de un trastorno. Así, estudios en hombres hetero y homosexuales han demostrado que la insatisfacción con la grasa corporal predice fuertemente un TCA, pero no se ha pesquisado tal asociación con la insatisfacción muscular (Blashill, 2010; Smith, Hawkeswood, Bodell y Joiner, 2011; Tylka, 2011; Tylka y Andorka, 2012).

Aunque la tipificación del TDM ya se encuentra establecida en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), es válido mantener el planteamiento controversial de posible futura modificación. Al respecto, algunos autores han preconizado que los diversos cuadros clínicos, ya sean completos o subclínicos, categorizados en los TCA, incluida la AN, comparten una psicopatología particular en ausencia muchas veces de una estabilidad temporal importante, con una gran migración interdiagnóstica; mas el concepto de TCA en su totalidad muestra una estabilidad considerable, lo que sugiere que estos trastornos pueden ser mejor considerados como una entidad única (Milos, Spindler, Schnyder y Fairburn, 2005). Al respecto, Mosley (2009) refiere que una perspectiva transdiagnóstica de los TCA podría contemplar también al TDM, el que por su parte demuestra mayor estabilidad evolutiva. Esta aseveración es reforzada por Murray et al. (2010), quienes aseveran

que el TDM debe ser re-asignado como una patología perteneciente al espectro TCA, dada la mayor utilidad clínica que esto implicaría en tanto el reconocimiento de hombres afectados, disminuyendo la casuística de TCA no especificados.

## Similitudes

AN y TDM encontrarían semejanzas tanto en la alteración del hábito del comer (Mosley, 2009) como en las prácticas de ejercicio (Murray, Maguire, Russell y Touyz, 2012). Efectivamente, Murray et al. (2012a) precisan que tanto la persecución patológica de la pérdida de peso (AN) como de la ganancia ponderal (TDM) son culturalmente configuradas, contemplándose como extremos opuestos de un mismo *continuum* dimensional psicopatológico de la imagen corporal. Ambas entidades exhiben una identificación genérica polarizada, un inicio en la adolescencia media o tardía, cifras de prevalencia semejantes, gran traslape diagnóstico y de respuesta terapéutica a opciones como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (fluoxetina) en combinación con la psicoterapia cognitivo-conductual (Pope et al., 2000); empero, en el presente no existe evidencia contundente, a diferencia de los TCA, sobre tratamientos empíricamente validados para el TDM, ni estudios de eficacia para terapias farmacológicas, aunque Olivardia (2007) sugiere técnicas basadas en la perspectiva cognitivo-conductual. Con relación al consumo de fármacos, en ambos trastornos se observa el uso/abuso de sustancias deletéreas y que potencialmente conllevan riesgo vital: en la AN de laxantes y diuréticos y en el TDM de esteroides anabólicos, siendo mayoritario el fenómeno en este último. Según la evidencia, se ha constatado el consumo de este tipo de sustancias en cerca del 32% de los casos de AN (Turner, Batik, Palmer, Forbesy McDermott, 2000) y hasta en el 100% de los casos de TDM (Cafri, Olivardiay Thompson, 2008; Olivardia et al., 2000; Pope et al., 1993).

Por otra parte, podría considerarse también una sobrevaloración común tanto en la AN como en el TDM; en la primera, en el sentido de un cuerpo delgado, y en el segundo, dirigiéndose hacia uno muscularmente vigoroso. Ambas patologías valoran un cuerpo magro y rechazan la adiposidad (Mosley, 2009). Los fisicoculturistas se muestran preocupados por lograr musculatura más que por perder grasa, y también, así como en la AN, exhiben un preocupación aumentada con su imagen corporal, alimentación y ejercicio (Mangweth et al., 2001), con un riesgo aumentado de desarrollar un TCA clásico (Anderson, Bartlett, Morgan y Brownell, 1995; Nieuwoudt, Zhou, Coutts y Booker, 2015; Olivardia et al., 2000).

## Diferencias

No obstante, se ha aseverado también que las aparentes similitudes entre las conductas alimentarias adoptadas por los fisicoculturistas y la sintomatología de AN y bulimia nerviosa (p.ej., ciclos entre ganancia y pérdida de peso *versus* atracones y purgas), son muy insustanciales, pues los comportamientos y cogniciones específicas subyacentes en levantadores de pesas habitualmente difieren de los presenciados en quienes sufren un TCA (Cafri et al.,

2005). Considerando aquello y desde el punto de vista terapéutico, en la AN el paciente es comúnmente forzado a buscar tratamiento; mientras que los dismórficos usualmente presentan una aparente buena salud al menos a corto plazo, sus devastadoras consecuencias psicosociales no suelen ser reconocidas, permaneciendo sin tratamiento (Dawes y Mankin, 2004).

Entre otros factores que distinguen a ambas condiciones es factible identificar la motivación por la delgadez observada en la AN y la alta puntuación obtenida en las escalas de evaluación de psicopatología alimentaria, lo que pone en entredicho además la categorización del TDM como un trastorno alimentario (Mangweth et al., 2001; Pope et al., 2000). En una investigación de Murray et al. (2012a) que incluía a hombres afectados con AN, TDM y usuarios de un gimnasio, tanto el grupo TDM como el AN informaron una psicopatología significativamente mayor que el grupo usuario de gimnasio, exhibiendo los dos primeros vastas similitudes en los niveles de sintomatología alimentaria, dismorfia muscular y ejercicio compulsivo. Pese a la reconceptualización según algunos autores del TDM desde el espectro alimentario hacia el somatomorfo dada la poca relevancia de la conducta alimentaria considerada para el cuadro, en esta investigación los puntajes obtenidos por el grupo dismórfico para restricción dietaria fueron, en efecto, significativamente mayores que los del grupo anoréxico. Entre las alteraciones conductuales asociadas a la alimentación se observan reglas alimentarias como comer cada 3 h con o sin apetito, intentando calcular precisamente la dosis proteica y de macronutrientes diaria y restringiendo muchas comidas necesarias y deseadas (Mosley, 2009; Murray et al., 2011, 2012a). En contraste, los sujetos con AN mostraron un nivel significativamente mayor de preocupación acerca del comer que los con TDM. No se hallaron diferencias significativas en cuanto al ejercicio patológico entre ambos grupos, pese a que sería esperable encontrar este parámetro en mayor medida en el grupo dismórfico. Sin embargo, el ejercicio sería cualitativamente distinto intergrupalmente, puesto que los afectados con AN exhibieron un menor agrado al realizarlo, probablemente debido a la afección fisiológica secundaria a su emaciación y malnutrición (Murray et al., 2012a). Por otra parte, mientras las mujeres realizan deportes que favorecen la delgadez, tales como el correr, la gimnasia y la danza, los hombres con TDM practican típicamente actividades físicas que aumentan el tamaño y la fuerza muscular, como el fútbol, el remo o el fisicoculturismo competitivo (Chung, 2001; Cohane y Pope, 2001; Dawes y Mankin, 2004; Pope et al., 1997; Pope et al., 2000).

## Contexto sociocultural y rol de género

Murray, Rieger, Karlov y Touyz (2013) señalan que los datos epidemiológicos apuntan a una mayor prevalencia de insatisfacción corporal en las sociedades occidentales, con una sustancial discrepancia entre el cuerpo real y el ideal (Frederick et al., 2007; McCreary, Saucier y Courtenay, 2005; Olivardia, Pope, Borowiecki y Cohane, 2004; Olivardia, Pope, Mangweth y Hudson, 1995; Pope et al., 2000). Particularmente, en el sexo masculino se pesquiza una mayor inclinación por un cuerpo musculoso, congruente con el ideal

de corporalidad masculina preconizado socioculturalmente, aunque una proporción menor de ellos prefieren una pérdida de peso con reducción de índice de masa corporal total (Drewnowski y Yee, 1987; Olivardia et al., 2004), lo que favorece la aparición tanto de AN (Waller, Cordery, Corstorphine, Henricjzen y Lawson, 2007) como de TDM (Grieve, 2007). Se ha postulado que los hombres homosexuales son más susceptibles a las imágenes de los medios de comunicación que promueven la esbeltez (Strong, Williamson, Netemeyer y Greer, 2001), y por lo tanto poseen un mayor riesgo de desarrollar sintomatología compatible con TCA orientados hacia la delgadez (Herzog, Norman, Gordon y Pepose, 1984). No obstante, hallazgos contradictorios se han reportado en torno a una elevada tendencia por un cuerpo musculoso entre hombres homosexuales (Kaminski, Chapman, Haynes y Own, 2005; Yelland y Tiggemann, 2003). De esta manera, los hombres homo y heterosexuales que se inclinan hacia un TCA focalizado en la delgadez se identificarían mayormente con un rol de género femenino (Hospers y Jansen, 2005), mientras que aquellos que desean un cuerpo más musculoso lo hacen con el masculino (Meyer, Blissett y Oldfield, 2001), sugiriendo este fenómeno un vínculo entre la participación del rol femenino y la motivación por la delgadez, postulándose de hecho que el estereotipo femenino convoca rasgos como dependencia, pasividad, búsqueda de aprobación de los demás y baja autoestima, conducentes hacia una restricción dietaria y a conductas purgativas en pro de lo percibido como ideal corporal (Lakkis, Ricciardelli y Williams, 1999). En contraposición, se estima que el rol de género masculino es un factor protector contra los TCA (Meyer et al., 2001), siendo relevante su presencia en el desarrollo del TDM (Pope et al., 2000), que comprendería un TCA inclinado hacia el logro de la musculatura (Johnson, Lamont, Monacelli y Vojick, 2004; McCreary et al., 2005; Murray et al., 2012a; Smolak y Murnen, 2008).

Lo anterior ha sido confirmado por Murray et al. (2013) en hombres usuarios de gimnasio y otros con AN, postulando adicionalmente que los pacientes con AN poseían múltiples facetas reconocidas como culturalmente femeninas (fidelidad sexual, buenas relaciones interpersonales y modestia), además de rasgos nucleares de los trastornos alimentarios como un destacable nivel de ascetismo (Behar, 2012). En su contraparte, características socialmente aceptadas como masculinas (éxito, conductas riesgosas, violencia, poder sobre las mujeres y desprecio por los homosexuales) se encontraron aumentadas en aquellos con TDM frente al grupo AN y a los usuarios de gimnasio (Murray et al., 2013). La relevancia otorgada al trabajo fue mayor en el grupo AN, fenómeno probablemente relacionado con las tendencias perfeccionistas con ambición de altos logros, características comúnmente descritas en la AN (Behar, 2012; Behar, Gramegna y Arancibia, 2014).

Chi-Fu, Gray y Pope (2005) han verificado que los hombres taiwaneses se muestran menos preocupados con su imagen corporal masculina que los occidentales. Esta diferencia reflejaría el resultado de las tradiciones de Occidente que enfatizan la musculatura y el acondicionamiento físico como un parámetro de masculinidad, asociados a una elevada exposición ante cuerpos masculinos muscularmente tonificados, exhibidos en los medios de comunicación y a la decadencia que ha experimentado el estereotipo del rol masculino en Occidente, el cual usualmente se ha

identificado como «proveedor», «luchador» y «defensor de la familia»; sin embargo, ha ido progresivamente debilitándose, a la vez que el foco de atención se ha situado paulatinamente en la silueta corporal como uno de los exiguos recursos remanentes, fuentes de autoestima.

## Conclusiones

Desde la perspectiva psicosocial, entre otros factores que determinan la multidimensionalidad etiopatogénica de los síndromes mentales en nuestro contexto sociocultural Occidental actual, se ha podido constatar el surgimiento de las alteraciones de la imagen corporal como verdaderos paradigmas de la potente y permanente influencia que ejerce el estereotipo del rol de género en el proceso de socialización iniciado tempranamente en la infancia y que continúa a través de la adolescencia y la adultez (Behar, 2010a). De esta manera, se generan ideales corporales que enfatizan la delgadez en las mujeres y el desarrollo de la musculatura en los hombres, y que implican presiones cuya internalización se convierte en mediadora de la aparición, principalmente de trastornos afectivos, ansiosos y alimentarios.

La AN, más representativa del impulso orientado hacia el logro de la delgadez a toda costa, mayormente observada en el sexo femenino, y su equivalente masculino, denominado acertadamente como AN inversa, ha sido reconceptualizada en el TDM hace menos de 2 décadas (Pope et al., 1997), ya que su fin último, en oposición a la AN que anhela una figura esbelta y no voluminosa, se focaliza en la creación de un cuerpo vigoroso y bien irrigado, fruto de un persistente impulso por la fortificación de la musculatura. Los dos trastornos implican la identificación exacerbada, incluso en forma caricaturesca, de los patrones de feminidad y masculinidad, altamente ambicionados por la gran valoración que se les otorga: poder, éxito, atractivo, inteligencia, independencia, sensualidad, entre otros (Behar, 2010b, 2010c). Ambos cuadros evidencian diversas similitudes y diferencias, tanto psicopatológicas como conductuales. Dentro de las primeras, especialmente en referencia a la insatisfacción y la distorsión en torno a la silueta corporal, inclusive hasta alcanzar dimensiones delirantes, constituye un fenómeno que refuerza la noción del entrecruzamiento, con manifestaciones sintomatológicas en común que fundamentarían la inclusión del TDM como una variante de un TCA, si bien, los requisitos diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) mencionan que «La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca de tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario». Asimismo, ha sido objeto de discusión fundamentalmente por su asociación con la esfera somática, su anterior categorización como trastorno somatomorfo, como subtipo de un trastorno dismórfico corporal. Su tipificación actual en el DSM-5 dentro del espectro obsesivo-compulsivo ha sido apoyada por la presencia de actuaciones rituales en torno a la alimentación, ejercicio físico y chequeo de la figura corporal frente al espejo, también factibles de observar en la AN, favorecidas por la presencia del perfeccionismo (Egan, Wade y Shafran, 2011; McElroy, Phillips, y Keck, 1994) como uno de sus síntomas nucleares. Persiste la interrogante de si ambas afecciones comparten

parcialmente perfiles espectrales, incluido el afectivo (Phillips, McElroy, Hudson y Pope, 1995), o bien corresponderían a variedades de una entidad diferente, a definir más acuciosamente mediante futuras investigaciones.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (DSM-5)* (5th edition). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, R. E., Barlett, S. J., Morgan, G. D. y Brownell, K. D. (1995). Weight loss, psychological and nutritional patterns in competitive male bodybuilders. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 49–57.
- Behar, R. y Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista Médica de Chile*, 138, 1386–1394.
- Behar, R. (2010a). Corporalidad, sociedad y cultura en la etiopatogenia de las patologías alimentarias. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (2.ª edición, pp. 75–94). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2010b). La construcción cultural del cuerpo: el paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48, 314–329.
- Behar, R. (2010c). Trastornos de la conducta alimentaria: clínica y epidemiología. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (2.ª edición, pp. 121–147). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2012). Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nerviosa. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50, 106–118.
- Behar, R., Gramegna, G. y Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52, 103–114.
- Bergeron, D. y Tylka, T. (2007). Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. *Body Image*, 4, 288–295.
- Blashill, A. (2010). Elements of male body image: Prediction of depression, eating pathology and social sensitivity among gay men. *Body Image*, 7, 310–316.
- Cafri, G., Thompson, J., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L. y Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, 215–239.
- Cafri, G., Olivardia, R. y Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 374–379.
- Castle, D., Rossell, S. y Kyrios, M. (2006). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Clinic of North America*, 29, 521–538.
- Castle, D. y Phillips, K. (2006). The obsessive compulsive spectrum of disorders: A defensible construct? *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 114–120.
- Chi-Fu, J., Gray, P. y Pope, H. (2005). Male body image in Taiwan versus the west: Yanggang Zhiqi meets the Adonis complex. *American Journal of Psychiatry*, 162, 263–269.
- Chung, B. (2001). Muscle dysmorphia: A critical review of the proposed criteria. *Perspectives in Biology and Medicine*, 44, 565–574.
- Cohane, G. y Pope, H. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 373–379.
- Correa, J., Weil, K., Fracchia, C. y Pastén, J. (2006). Dismorfia muscular en hombres levantadores de pesas y fisicoculturistas en Santiago: un estudio descriptivo. *Revista Chilena de*

- Neuro-Psiquiatría*, 44, 64. Resumen del trabajo presentado en el 61.º Congreso de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Dawes, J. y Mankin, T. (2004). Muscle dysmorphia. *Strength and Conditional Journal*, 26, 24–25.
- Drewnowski, A. y Yee, D. (1987). Men and body image: Are males satisfied with their body weight? *Psychosomatic Medicine*, 49, 626–634.
- Egan, S., Wade, T. y Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203–212.
- Frederick, D. A., Buchanan, G. M., Sadehgi-Azar, L., Paplau, L. A., Haselton, M. G. y Berezovskaya, A. (2007). Desiring the muscular ideal: Men's body dissatisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychology of Men and Masculinity*, 8, 103–117.
- Garner, D. M. (1997). The 1997 body image survey results. *Psychology Today*, 30, 30–44.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273–279.
- Grant, J. y Phillips, K. (2004). Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 123–126.
- Grieve, F. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 15, 63–80.
- Griffiths, S., Murray, S. y Touyz, S. (2013). Disordered eating and the muscular ideal. *Journal of Eating Disorders*, 1, 15–16.
- Herzog, D., Norman, D., Gordon, C. y PePOSE, M. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, 141, 989–990.
- Hollander, E. (1993). Introduction. En E. Hollander (Ed.), *Obsessive-Compulsive Related Disorders* (pp. 1–16). Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Hospers, H. y Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 1188–1201.
- Johnson, H., Lamont, J., Monacelli, J. y Vojick, A. (2004). Sex-role orientation associations with college students' body-image preferences. *Perceptual and Motor Skills*, 99, 995–998.
- Kaminski, P., Chapman, B., Haynes, S. y Own, L. (2005). Body image, eating behaviours, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviour*, 6, 179–187.
- Kanayama, G., Pope, H. y Hudson, J. (2001). 'Body image' drugs: A growing psychosomatic problem. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 61–65.
- Lakkis, J., Ricciardelli, L. y Williams, R. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles*, 41, 1–16.
- Leone, J., Sedory, E. y Kimberly, G. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40, 352–359.
- Maida, D. M. y Armstrong, S. L. (2005). The classification of muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4, 73–91.
- Mangweth, B., Pope, H. G., Kemmler, G., Ebenbichler, C., Hausmann, A., de Col, C., et al. (2001). Body image and psychopathology in male bodybuilders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 38–43.
- McCreary, D. R. y Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 197–304.
- McCreary, D., Saucier, D. y Courtenay, W. (2005). Drive for muscularity and masculinity: Testing the associations among gender-role traits, behaviours, attitudes and conflict. *Psychology of Men and Masculinity*, 6, 83–94.
- McElroy, S., Phillips, K. y Keck, P. (1994). Obsessive compulsive spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 33–51.
- Meyer, C., Blissett, J. y Oldfield, C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 314–318.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U. y Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 573–578.
- Millman, R. y Ross, E. (2003). Steroid and nutritional supplement use in professional athletes. *American Journal of Addiction*, 12, 548–554.
- Mishkind, M. E., Rodin, J., Silberstein, L. R. y Striegel-Moore, R. H. (1986). The embodiment of masculinity: Cultural, psychological, and behavioural dimensions. *American Behavioural Scientist*, 29, 545–562.
- Mosley, P. (2009). Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorder Review*, 17, 191–198.
- Murray, S., Rieger, E., Touyz, S. y de la Garza, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 483–491.
- Murray, S. B., Rieger, E. y Touyz, S. W. (2011). Muscle dysmorphia symptomatology during a period of religious fasting: A case report. *European Eating Disorders Review*, 19, 162–168.
- Murray, S., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, K., Russell, J., Boon, E., et al. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9, 193–200.
- Murray, S. B., Maguire, S., Rusell, J. y Touyz, S. W. (2012). The emotional regulatory features of bulimic episodes and compulsive exercise in muscle dysmorphia: A case report. *European Eating Disorders Review*, 20, 68–73.
- Murray, S. B., Rieger, E., Karlov, L. y Touyz, S. W. (2012). An investigation of the transdiagnostic model of eating disorders in the context of muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 19, 162–168.
- Murray, S., Rieger, E., Karlov, L. y Touyz, S. (2013). Masculinity and femininity in the divergence of male body image concerns. *Journal of Eating Disorders*, 1, 1–8.
- Nieuwoudt, J., Zhou, S., Coutts, R. y Booker, R. (2015). Symptoms of muscle dysmorphia, body dysmorphic disorder, and eating disorders in a nonclinical population of adult male weightlifters in Australia. *Journal of Strength Conditioning Research*, 29, 1406–1414.
- Olivardia, R., Pope, H., Mangweth, B. y Hudson, J. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1279–1285.
- Olivardia, R., Pope, H. G. y Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1291–1296.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 245–259.
- Olivardia, R., Pope, H., Borowiecki, J. y Cohane, G. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men and Masculinity*, 5, 112–120.
- Olivardia, R. (2007). Muscle dysmorphia: Characteristics, assessment, and treatment. En J. K. Thompson y G. Cafri (Eds.), *The Muscular Ideal: Psychological, Social, and Medical Perspectives* (pp. 123–139). Washington, DC: APA.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Hudson, J. I. y Pope, H. G. (1995). Body dysmorphic disorder: An obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 41–51.
- Pope, H. G., Katz, D. L. y Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and reverse anorexia among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 406–409.

- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R. y Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An under-recognised form of body dysmorphia disorder. *Psychosomatics*, 38, 548–557.
- Pope, H., Phillips, K. y Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Image Obsession*. New York: Free Press.
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Sihvola, E., Rissanen, A. y Kaprio, J. (2008). Lifetime anorexia nervosa in young men in the community: Five cases and their co-twins. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 458–463.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. y Banfield, S. (2000). Body image and body change methods in adolescent boys: Role of parents, friends, and the media. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 189–197.
- Smith, A., Hawkeswood, S., Bodell, L. y Joiner, T. (2011). Muscularity versus leanness: An examination of body ideals and predictors of disordered eating in heterosexual and gay college students. *Body Image*, 8, 232–236.
- Smolak, L. y Murnen, S. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. *Body Image*, 5, 251–260.
- Strong, S., Williamson, D., Netemeyer, R. y Greer, J. (2001). Eating disorder symptoms and concerns about body differ as a function of gender and sexual orientation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 240–255.
- Turner, J., Batik, M., Palmer, L. J., Forbes, D. y McDermott, B. (2000). Detection and importance of laxative use in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 378–385.
- Tylka, L. (2011). Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body Image*, 8, 199–207.
- Tylka, T. y Andorka, M. (2012). Support for an expanded tripartite influence model with gay men. *Body Image*, 9, 57–67.
- Walker, C., Anderson, D. y Hildebrandt, T. (2009). Body checking behaviors in men. *Body Image*, 6, 164–170.
- Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Henricjzen, H. y Lawson, R. (2007). *Cognitive Behavioural Therapy for Eating Disorders*. New York: Cambridge Press.
- Yelland, C. y Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviour*, 4, 107–116.
- Zorpette, G. (1998). You see brawny; I see scrawny. *Scientific American*, 278, 24–26.