



Facultad de Estudios Superiores

IZTACALA

Body and appearance-related self-conscious emotions and eating disorder symptoms in a sample of adult men

Emociones autoconscientes relacionadas con el cuerpo y la apariencia y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de hombres adultos

Jara Mendiá, Nerea Borreguero, Aitziber Pascual y Susana Conejero

Departamento de Procesos Psicológicos Básicos y su Desarrollo, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Donostia-San Sebastián, España.

Recibido: 2022-09-19

Revisado: 2022-09-22

Aceptado: 2023-02-01

Autores de correspondencia: jara.mendia@ehu.eus (J. Mendiá)

Financiamiento y Agradecimientos: Esta investigación ha sido realizada gracias a una ayuda predoctoral del Departamento de Educación del Gobierno Vasco (PRE_2021_1_0065) concedida a la primera autora de este trabajo y supervisada por la tercera y cuarta autoras, así como gracias a un proyecto financiado por el Gobierno Vasco («Cultura, cognición y emoción», ref. IT-1598-22) y al Ministerio de Economía, Industria y Competitividad («Cultura, coping y regulación emocional, bienestar y afrontamiento comunitario», ref. PID2020-115738GB-I00).

Conflicto de intereses: Las autores declaran no tener conflicto de intereses.

Resumen:

En los últimos años, ha aumentado el número de hombres que padecen un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Sin embargo, apenas se han realizado estudios sobre TCA con muestras de hombres. Este trabajo pretende arrojar algo de luz a este respecto, explorando las siguientes cuestiones en una muestra de hombres adultos: 1) analizar las relaciones entre las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y a la apariencia y la sintomatología de TCA y, 2) estudiar las diferencias entre un grupo de hombres que están en riesgo de desarrollar un TCA y otro grupo de hombres que no presentan dicho riesgo en las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y a la apariencia. Participaron 207 hombres de entre 18 y 50 años de nacionalidad española o latinoamericana. Los hombres que estaban en riesgo de desarrollar un TCA presentaron más vergüenza corporal y culpa corporal

que aquellos que no tenían dicho riesgo. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el orgullo corporal. Estos hallazgos muestran que, a diferencia de lo que ocurre en mujeres, el orgullo corporal no parece desempeñar un papel tan relevante en estos trastornos como el que tienen la vergüenza corporal o la culpa corporal.

Palabras clave: emociones autoconscientes, trastornos de la conducta alimentaria, vergüenza, culpa, orgullo.

Abstract: In recent years, the number of men suffering from an Eating Disorder (ED) has increased. However, very few studies on ED have been conducted in samples of men. This paper aims to shed some light on this issue by exploring the following questions in a sample of adult men: 1) to analyse the relationships between body and appearance-related self-conscious emotions and ED symptomatology and, 2) to study the differences between a group of men who are at risk of developing an ED and another group of men who are not at risk of developing an ED in body and appearance-related self-conscious emotions. A total of 207 Spanish or Latin American men aged 18-50 years participated. Men who were at risk of developing an ED had more body shame and body guilt than those who were not at risk. However, no statistically significant differences were found between the two groups in body pride. These findings show that, unlike in women, body pride does not seem to play as important a role in these disorders as body shame or body guilt.

Keywords: self-conscious emotions, eating disorders, shame, guilt, pride.

Introducción

En los últimos años ha aumentado la preocupación en torno al incremento de los casos de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), especialmente en las sociedades occidentales, en las cuales es mucho más evidente la presión por alcanzar un ideal de delgadez cada vez más extremo e inalcanzable (Pidgeon & Harker, 2013). Según la *National Eating Disorders Association*, hasta hace poco, aproximadamente 70 millones de personas tenían un diagnóstico de TCA. Sin embargo, se estima que 41,9 millones de personas padecen un TCA a pesar de no haber recibido un diagnóstico (Santomauro et al., 2021). Asimismo, como consecuencia de la COVID-19 el porcentaje de consultas relacionadas con estos trastornos ha incrementado significativamente; concretamente, un 826,3% (Fundación ANAR, 2020).

Si bien la mayoría de estos trastornos se presentan principalmente en mujeres, cada vez es mayor el número de hombres que los desarrollan (Strother et al., 2012). A pesar de ello, hasta la fecha, apenas se

han llevado a cabo estudios con muestras de hombres que padecen un TCA. La escasa atención prestada a los hombres en este campo ha provocado que los profesionales que trabajan por y para la prevención y el tratamiento de los TCA tengan que enfrentarse a numerosas dificultades, entre ellas, la falta de recursos terapéuticos dirigidos a hombres (Murray et al., 2016). Por ello, es importante desarrollar estudios que utilicen muestras de hombres con el objetivo de obtener una mayor comprensión sobre cómo esta población desarrolla estos trastornos y, así, contribuir al desarrollo de estrategias preventivas y terapéuticas más eficaces. En este sentido, este trabajo pretende arrojar algo de luz a este respecto, analizando la relación entre la sintomatología de TCA y las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y a la apariencia (la vergüenza corporal, la culpa corporal, el orgullo auténtico corporal y el orgullo hubristico corporal) en una muestra de hombres adultos, emociones que apenas han sido estudiadas y que parecen desempeñar un papel relevante en estos trastornos.

Las emociones autoconscientes surgen tras una evaluación del propio yo (Ettxebarria, 2003). Dentro de estas emociones podemos diferenciar: la vergüenza, la culpa y el orgullo. Dicha evaluación es negativa en el caso de la vergüenza y la culpa, y positiva en el caso del orgullo (Tangney & Tracy, 2012). En el caso de esta última emoción, en el orgullo, se diferencian dos tipos de orgullo: el auténtico y el hubristico. El primero se produce cuando centramos la atención en una conducta o un logro concreto. El segundo, por el contrario, surge de una valoración positiva del yo, es decir, cuando sentimos una aprobación y/o admiración respecto a nuestros propios atributos o talentos (Mascolo & Fischer, 1995).

Respecto a las tendencias de acción de estas emociones, cuando sentimos vergüenza tendemos a huir o a escondernos (Tangney & Tracy, 2012; Tracy & Robins, 2004). En cambio, cuando sentimos culpa, surge el deseo de autocastigarse o de llevar a cabo alguna conducta reparadora (Barrett, 1995; Fedewa et al., 2005). Por último, el orgullo está ligado a una tendencia a reproducir los comportamientos que han provocado dicha emoción, ya que la sensación que produce es muy placentera (Castonguay et al., 2013).

Si relacionamos estas emociones con el cuerpo y la apariencia, la vergüenza corporal emerge cuando la persona cree que no cumple con los estándares ideales impuestos por la sociedad (Bessenoff & Snow, 2006). La culpa corporal, en cambio, implica sentimientos de autorreproche por llevar a cabo (o no hacerlo) un comportamiento específico relacionado con el aspecto físico y/o la alimentación (Calogero & Pina, 2011). Por último, el orgullo corporal surge cuando la persona evalúa de manera positiva algún aspecto relacionado con su imagen corporal (Castonguay et al., 2013; McHugh et al., 2014).

La vergüenza corporal ha sido la emoción autoconsciente más estudiada con relación a los TCA. A este respecto, se ha encontrado que sentir esta emoción en la infancia y la adolescencia puede afectar negativamente a la imagen corporal, a las conductas alimentarias y al funcionamiento psicológico general de la persona adulta (Gilbert & Thompson, 2014). Además, otros estudios han encontrado que la vergüenza corporal predice los TCA en mayor medida que la vergüenza general (Burney & Irwin, 2000). Asimismo,

un estudio realizado con una muestra de mujeres y hombres adolescentes mostró que las personas que puntuaron más alto en vergüenza corporal presentaban conductas alimentarias más desadaptativas, respaldando así la evidencia de que existe un vínculo entre la vergüenza corporal y la sintomatología de TCA (Goss & Allan, 2009). Asimismo, el vínculo entre la vergüenza corporal y los TCA se ha constatado tanto en mujeres (Bardone-Cone et al., 2019a) como en hombres (Bardone-Cone et al., 2019b), así como en muestras clínicas (Doran & Lewis, 2012) como no clínicas (Doran & Lewis, 2012; Mendia et al., 2021; Mustapic et al., 2016).

Una de las posibles explicaciones a la relación entre la vergüenza corporal y los TCA podría ser la teoría propuesta por Goss y Gilbert (2002). Estos autores sugirieron que los síntomas bulímicos podrían estar implicados en el ciclo de vergüenza-vergüenza, en el que las personas, ante ese sentimiento, llevan a cabo atracones o conductas compensatorias de alimentación para regular ese afecto negativo pero, como resultado, obtienen nuevamente sentimientos de vergüenza.

En cuanto a la culpa corporal, los pocos estudios que han analizado su relación con los TCA sugieren una asociación positiva entre la culpa corporal y la sintomatología de TCA (Craven & Fekete, 2019; Gupta et al., 2008; Mendia et al., 2021). Asimismo, se encontró que las personas que tenían un control de su peso y de la comida sentían con mayor frecuencia esta emoción (Conradt et al., 2007). De hecho, en un estudio realizado por Solomon-Krakus et al. (2022), se ha encontrado que las personas que experimentan niveles más altos de vergüenza corporal y culpa corporal experimentan niveles más elevados de restricción cognitiva (pensamientos sobre la alimentación restrictiva) y de restricción conductual (acto de alimentación restrictiva).

En lo que respecta al orgullo corporal, se ha hallado una asociación negativa entre esta emoción y la sintomatología de TCA (French et al., 1995, 1997). Sin embargo, en contraposición a estos resultados, Skårderud (2007) realizó un estudio cualitativo, en el que se encontró que las personas con anorexia nerviosa se sentían más orgullosas por: 1) tener más autocontrol a la hora de restringir alimentos; 2) ser

extraordinarias por ser extremadamente delgadas; 3) lograr éxito respecto a su apariencia, y 4) lograr mantener el trastorno. Sin embargo, hasta la fecha apenas se han realizado estudios distinguiendo entre el orgullo auténtico corporal y el orgullo hubrístico corporal. Hasta donde tenemos constancia, el único estudio llevado a cabo con el fin de relacionar las dos facetas del orgullo con la sintomatología de TCA mostró una relación negativa tanto en el caso del orgullo auténtico corporal como en el del orgullo hubrístico corporal (Mendia et al., 2021).

Siguiendo la teoría de Goss y Gilbert (2002) mencionada anteriormente, estos autores también desarrollaron el ciclo vergüenza-orgullo para explicar la relación entre el orgullo corporal y la sintomatología de TCA. Este ciclo juega un papel fundamental en el mantenimiento de los TCA, ya que la persona siente vergüenza respecto a su cuerpo y, en consecuencia, lleva a cabo conductas alimentarias desadaptativas que, a su vez, provocan un sentimiento de orgullo, formando un círculo obsesivo del que es muy difícil salir.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios acerca de este tema se han realizado con mujeres, este trabajo, como ya se ha adelantado previamente, se centrará en los hombres. Concretamente, nos proponemos los siguientes objetivos: 1) analizar las relaciones entre las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y a la apariencia y la sintomatología de TCA (en este caso, obsesión por la musculatura y bulimia) en hombres y 2) estudiar las diferencias en torno a las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y la apariencia entre un grupo de hombres que están en riesgo de desarrollar un TCA y otro grupo de hombres que no presentan dicho riesgo.

Basándonos en los hallazgos de estudios previos (Mendia et al., 2021), se plantean las siguientes hipótesis: en relación con el primer objetivo, esperamos encontrar una relación positiva entre la vergüenza corporal y la culpa corporal y la obsesión por la musculatura y la bulimia. Por otro lado, esperamos que ambos tipos de orgullo corporal (el auténtico y el hubrístico) se asocien de forma negativa con la obsesión por la musculatura y la bulimia. En cuanto al segundo objetivo, esperamos que los hombres que están en riesgo de desarrollar un TCA, en comparación con aquellos que no están en riesgo, puntúen más alto en

la vergüenza corporal y la culpa corporal y más bajo tanto en el orgullo auténtico corporal como en el orgullo hubrístico corporal.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 206 hombres de entre 18 y 50 años ($M = 34,02$; $DT = 9,64$) de nacionalidad española (77,7%) y latinoamericana (22,3%). En total, 67 hombres cumplieron los criterios para considerar que estaban en riesgo de desarrollar un TCA y los 139 restantes no presentaban dicho riesgo. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: 1) no tener entre 18 y 50 años; 2) no comprender el idioma en el que tenían que completar el cuestionario (castellano); 3) ser mujer y 4) padecer un TCA. Los participantes no recibieron ninguna compensación por haber participado en el estudio.

Instrumentos de medida

Para discriminar entre aquellos hombres que estaban en riesgo de desarrollar un TCA y aquellos que no, se emplearon una serie de medidas diseñadas específicamente para hombres y que se desarrollaron en paralelo al *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria – Referral Form* (EDI-3-RF; Garner, 2004; Elosua et al., 2010). De esta forma, consideramos que algunos hombres estaban en riesgo de desarrollar un TCA en base a los tres criterios propuestos por el EDI-3-RF: 1) el Índice de Masa Corporal (IMC); 2) la combinación del IMC y las puntuaciones obtenidas en las subescalas Obsesión por la musculatura y Bulimia; y 3) los ítems conductuales (véase Anexo 1 y Anexo 2 para consultar información más detallada al respecto). El cumplimiento de, al menos, uno de los criterios fue suficiente para considerar que un hombre estaba en riesgo de desarrollar un TCA. En la Tabla 1, se detalla el número de participantes que cumplieron cada uno de los criterios.

A continuación, se describen detalladamente los instrumentos de medida utilizados:

IMC: Los participantes indicaron su peso y su altura de forma auto-informada. Posteriormente, El IMC fue calculado a través de la fórmula peso/altura^2 (kg/m^2)

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes relativos al cumplimiento de los criterios de riesgo

	N	%
IMC	7	10.4
Obsesión por la musculatura	19	28.4
Bulimia	58	86.6
Ítems conductuales	66	98.5

IMC = Índice de Masa Corporal

N = 67

Nota: Todos los hombres cumplieron más de un criterio para estar en riesgo.

y los participantes fueron clasificados de acuerdo con los criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (<18,5 = Infrapeso; 18,5-24,9 = Normopeso; 25-29,9 = Sobrepeso; ≥ 30 = Obesidad).

Drive for Muscularity Scale (DMS; Yelland & Tiggemann, 2003; Mendia et al., 2019): Está compuesta por siete ítems que evalúan el grado de obsesión por la musculatura. A los participantes se les pidió que indicaran con qué frecuencia se identificaban con cada ítem (p. ej., “Me aterra parecer que no soy fuerte”) a través de una escala tipo Likert de seis puntos (0 = *Nunca* y 5 = *Siempre*). La traducción de esta escala al español fue realizada por dos autoras que dominaban el español y el inglés y revisada por una traductora nativa. Las autoras intentaron mantener una versión similar a la original, respetando las variaciones culturales. En este estudio, esta escala obtuvo un alfa de Cronbach de .87 ($\omega = .88$).

Subescala Bulimia y criterios conductuales del EDI-3-RF (Garner, 2004; Elosua et al., 2010). La subescala Bulimia está formada por ocho ítems que miden los síntomas típicos de la bulimia nerviosa. Se pidió a los participantes que señalaran con qué frecuencia se sentían identificados con cada uno de los ítems (p. ej., “Pienso en vomitar para perder peso”) en una escala de respuesta tipo Likert de seis puntos (0 = *Nunca* y 5 = *Siempre*). Por otro lado, también se midió la frecuencia con la que la persona ha experimentado síntomas conductuales relacionados con los TCA durante los últimos tres meses (p. ej., “Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia te has provocado el vómito para controlar el peso?”) a través de una escala tipo Likert (0 = *Nunca* y 5 = *Una vez al día o*

más). En este estudio, esta subescala obtuvo un alfa de Cronbach de .89 ($\omega = .90$).

Por otro lado, para evaluar las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y a la apariencia, se utilizó el siguiente instrumento:

Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale (BASES; Castonguay et al., 2014; Alcaraz-Ibáñez & Sicilia, 2018). Esta escala consta de 15 ítems agrupados en cuatro subescalas: Vergüenza Corporal (cuatro ítems), Culpa Corporal (tres ítems), Orgullo Auténtico Corporal (cuatro ítems) y Orgullo Hubrístico Corporal (cuatro ítems). Se les pidió a los participantes que indicaran con qué frecuencia se identificaban con lo que se mencionaba en cada ítem mediante una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1 = *Nunca* y 5 = *Siempre*). A continuación, se menciona un ejemplo de ítem (en el mismo orden en el que se citan arriba) por cada una de las cuatro subescalas: “Avergonzada/o por mi aspecto físico”, “Me siento culpable de no hacer lo suficiente para mejorar mi apariencia”, “Orgulloso de los progresos que hago en cuanto a mi apariencia física” y “Orgulloso de ser una persona atractiva”. La validación original de esta escala obtuvo unos índices de consistencia interna adecuados ($\alpha = .89 - .90$). En el presente estudio, el alfa de Cronbach para las diferentes subescalas osciló entre .90 a .96 ($\omega = .90$ a .96).

Procedimiento

Este estudio fue aprobado por el Comité para la Investigación con Seres Humanos de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) y se realizó de acuerdo a la Declaración de Helsinki.

Los participantes dieron su consentimiento informado para participar en el estudio. Igualmente, se les ofreció la posibilidad de revocar dicho consentimiento en cualquier momento y se les informó de que la participación en el estudio era voluntaria y de que en todo momento se iba a garantizar el anonimato y la confidencialidad de sus datos.

Se preparó una batería de cuestionarios *online* mediante la plataforma Qualtrics XM. Dicho cuestionario fue difundido mediante redes sociales y, para ello, contamos con la ayuda de numerosos profesionales que trabajan para la prevención y el tratamiento de los TCA, así como con otras personas que nada tenían que ver con la temática y que mediante la técnica de

bola de nieve nos ayudaron a difundirlo. Los participantes necesitaron aproximadamente 15 minutos para completar el cuestionario y las autoras de este trabajo estuvieron disponibles en todo momento de forma *online* para resolver posibles dudas.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo a través del programa estadístico SPSS 27.0. En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) y correlaciones de *Pearson* entre todas las variables incluidas en el estudio: obsesión por la musculatura, bulimia, vergüenza corporal, culpa corporal, orgullo auténtico corporal y orgullo hubrístico corporal. Por otro lado, se realizó una prueba *t* de Student para comparar el grupo de riesgo y el de no-riesgo en las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y a la apariencia. Posteriormente, se calculó el tamaño del efecto correspondiente: *d* de Cohen.

Resultados

En la Tabla 2 se muestran las correlaciones entre todas las variables objeto de estudio. La mayoría de las correlaciones fueron estadísticamente significativas. Concretamente, se consideran destacables las siguientes: tanto la obsesión por la musculatura como la bulimia mostraron una relación significativa, positiva y elevada con la vergüenza corporal y la culpa corporal. Sin embargo, ninguna de las dos variables, ni la obsesión por la musculatura ni la bulimia, se relacionaron de forma significativa con ningún tipo de orgullo corporal. Asimismo, la vergüenza corporal

mostró una asociación significativa, negativa y moderada con el orgullo corporal.

Atendiendo a las diferencias entre los grupos en las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y a la apariencia, como se puede observar en la Tabla 3, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de riesgo y el grupo de no-riesgo en la vergüenza corporal y la culpa corporal. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los orgullos corporales. Atendiendo a los resultados relativos a la vergüenza corporal y la culpa corporal, los hombres que estaban en riesgo de desarrollar un TCA puntuaron significativamente más alto que los que no presentaban dicho riesgo en ambas variables. Teniendo en cuenta los baremos establecidos por Cohen (1988), los tamaños del efecto fueron elevados tanto en la vergüenza corporal ($d = 1.20$) como en la culpa corporal ($d = 0.96$).

Discusión

El presente trabajo perseguía un doble objetivo. Por una parte, pretendía analizar las relaciones entre la obsesión por la musculatura y la bulimia y las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y a la apariencia (vergüenza corporal, culpa corporal, orgullo auténtico corporal y orgullo hubrístico corporal) en una muestra de hombres. Por otra parte, pretendía estudiar las diferencias entre un grupo de hombres que estaban en riesgo de desarrollar un TCA y un grupo de hombres que no presentaban este riesgo en dichas emociones.

Tabla 2. Relaciones entre las variables incluidas en el estudio

	1	2	3	4	5	6
1. Obsesión por la musculatura	-					
2. Bulimia	.23**	-				
3. Vergüenza corporal	.43**	.56**	-			
4. Culpa corporal	.41**	.52**	.75**	-		
5. Orgullo auténtico corporal	.13	-.01	-.21**	-.15*	-	
6. Orgullo hubrístico corporal	.09	-.06	-.33**	-.14*	.67**	-

** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 3. Diferencias entre el grupo de riesgo y el de no-riesgo en las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y a la apariencia

	<i>Riesgo (n = 67)</i>		<i>No-riesgo (n =139)</i>		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Vergüenza corporal	3.16	1.19	1.96	0.89	8.07	.0001	1.20
Culpa corporal	3.44	1.22	2.31	1.14	6.48	.0001	0.96
Orgullo auténtico corporal	2.06	0.96	2.12	1.01	-0.37	.706	0.05
Orgullo hubrístico corporal	1.86	0.92	1.98	0.91	-0.89	.374	0.13

De acuerdo con nuestra hipótesis, tanto la obsesión por la musculatura como la bulimia se relacionaron positivamente con la vergüenza corporal y la culpa corporal. Asimismo, esperábamos que la obsesión por la musculatura y la bulimia se relacionaran positivamente con la vergüenza corporal y la culpa corporal, emociones normalmente consideradas negativas y lo hicieran a la inversa, es decir, negativamente, con las emociones normalmente consideradas positivas. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, estas variables no se asociaron significativamente con ninguno de los orgullos corporales. En relación con el segundo objetivo, tal y como esperábamos, los resultados mostraron que los hombres que estaban en riesgo de desarrollar un TCA presentaban más vergüenza corporal y culpa corporal que los que no tenían dicho riesgo. No obstante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ni en el orgullo auténtico corporal ni en el orgullo hubrístico corporal, un resultado que discrepa de la hipótesis inicialmente planteada.

En la línea de lo que plantean Goss & Gilbert (2002), el hecho de que los hombres que están en riesgo de desarrollar un TCA presenten sintomatología propia de estos trastornos junto con una emocionalidad negativa respecto a su cuerpo, nos llevaría a pensar que dicha sintomatología podría estar cumpliendo la función de aliviar el malestar emocional. Sin embargo, dado que no sienten más orgullo corporal (ni auténtico ni hubrístico) que los que no están en riesgo, podríamos deducir que no consiguen gestionar ese malestar emocional (si lo hicieran, seguramente se sentirían orgullosos) lo que podría hacer que aparecieran de

nuevo y con más intensidad las emociones de vergüenza o culpa.

Asimismo, que estos, los que están en riesgo presenten más vergüenza corporal y culpa corporal que los que no están en riesgo podría apuntar a un posible cambio que podría estar sufriendo la sociedad. Es probable que la presión social que tanto afecta a las mujeres hoy en día, esté afectando cada vez más también a los hombres. Por ello, estos también podrían estar realizando un gran esfuerzo para encajar el modelo estético imperante y al percibir que no cumplen con el canon establecido, se darían cuenta de que existen discrepancias entre su yo real (la imagen corporal que uno percibe) y su yo ideal (la imagen corporal deseada) y es fácil que dichas discrepancias favorezcan la aparición de emociones negativas relacionadas con el cuerpo y la apariencia, como la vergüenza o la culpa corporal (Higgins, 1987). Sin embargo, hoy en día, ningún estudio ha confirmado la tendencia cambiante que planteamos, por lo que sería interesante llevar a cabo estudios que permitan analizar si hoy en día el nivel de presión social que tienen que soportar los hombres está aumentando.

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en muestras de mujeres, podríamos pensar que las mujeres tienen una peor experiencia emocional en lo que a las emociones autoconscientes asociadas al cuerpo y a la apariencia se refiere, puesto que tal y como reflejan nuestros resultados, en hombres únicamente se ven afectadas las emociones negativas (vergüenza corporal y culpa corporal), mientras que, en mujeres, también se ven afectados los dos orgullos corporales (Mendia et al., 2021). Esto podría deberse a

que las mujeres, en general, presentan una autoestima más baja que los hombres (Zuckerman et al., 2016), que les podría llevar a presentar un mayor malestar psicológico (Liu et al., 2014) y a valorar de forma más negativa su imagen corporal (Choi & Choi, 2016).

Aunque es necesario que se lleven a cabo más estudios sobre el papel del orgullo corporal en los TCA, a diferencia de lo que ocurre en muestras de mujeres, en hombres, esta emoción (el orgullo corporal) no parece ser una emoción tan relevante como la vergüenza corporal y la culpa corporal, mostrando así que existen diferencias de género en lo que a los factores de riesgo de los TCA se refiere. En este sentido, resulta indispensable tener en cuenta la perspectiva de género a la hora de intervenir y prevenir, desarrollando y aplicando estrategias preventivas y específicas para mujeres y hombres. Tal y como apuntan los resultados, en las estrategias dirigidas a los hombres se debería de fomentar la aceptación de la propia imagen corporal y el rechazo del estereotipo ideal, que cada vez es más exigente e inalcanzable. Asimismo, es necesario que los hombres adquieran estrategias de regulación emocional adecuadas para que, de esta forma, sean capaces de aceptar y gestionar de forma adaptativa las emociones negativas.

Este estudio está sujeto a una serie de limitaciones que conviene tener presentes a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, cabe destacar que se trata de un estudio transversal, por lo que no se pueden establecer relaciones de causalidad. En este sentido, sería interesante que se realizaran más estudios longitudinales. Además, nos encontramos ante un trastorno típico de mujeres, por lo que, los hombres que padecen un TCA o que presentan sintomatología propia de estos trastornos tienen que lidiar con el estigma asociado al trastorno y esto podría llevarles a tener que negar o minimizar los síntomas y esto podría haberse visto reflejado en el estudio.

A pesar de las limitaciones, este estudio destaca el papel que pueden estar desempeñando la vergüenza corporal y la culpa corporal en el desarrollo de los TCA y pone de manifiesto la necesidad de continuar analizando el papel que pudiera cumplir el orgullo corporal en estos trastornos.

Referencias

- Alcaraz-Ibáñez, M., & Sicilia, A. (2018). Psychometric evaluation and sex invariance of the Spanish version of the Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale. *Body Image*, 25, 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.02.006>
- Bardone-Cone, A. M., Alvarez, A., Gorlick, J., Koller, K. A., Thompson, K. A., & Miller, A. J. (2019a). Longitudinal follow-up of a comprehensive operationalization of eating disorder recovery: Concurrent and predictive validity. *International Journal of Eating Disorders*, 52(9), 1052-1057. <https://doi.org/10.1002/eat.23128>
- Bardone-Cone, A. M., Johnson, S., Raney, T. J., Zucker, N., Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2019b). Eating disorder recovery in men: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(12), 1370-1379. <https://doi.org/10.1002/eat.23153jmm>
- Barrett, K. C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. En J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 25-63). Guilford Press.
- Bessenoff, G. R., & Snow, D. (2006). Absorbing society's influence: Body image self-discrepancy and internalized shame. *Sex Roles*, 54, 727-731. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9038-7>
- Burney, J., & Irwin, H. J. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 51-61. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200001\)56:1<51::aid-jclp5>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200001)56:1<51::aid-jclp5>3.0.co;2-w)
- Calogero, R. M., & Pina, A. (2011). Body guilt: Preliminary evidence for a further subjective experience of self-objectification. *Psychology of Women Quarterly*, 35, 428-440. <https://doi.org/10.1177/0361684311408564>
- Castonguay, A. L., Gilchrist, J. D., Mack, D. E., & Sabiston, C. M. (2013). Body-related pride in young adults: An exploration of the triggers, contexts, outcomes and attributions. *Body Image*, 10, 335-343. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.03.001>
- Castonguay, A. L., Sabiston, C. M., Crocker, P. R., & Mack, D. E. (2014). Development and validation of the Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale (BASES). *Body Image*, 11(2), 126-136. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.12.006>
- Choi, E., & Choi, I. (2016). The associations between body dissatisfaction, body figure, self-esteem, and depressed mood in adolescents in the United States and Korea: A moderated mediation analysis. *Journal of Adolescence*, 53(1), 249-259. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.10.007>

- Conradt, M., Dierk, J. M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J., & Rief, W. (2007). Development of the Weight- and Body-Related Shame and Guilt Scale (WEB-SG) in a non-clinical sample of obese individuals. *Journal of Personality Assessment*, 88(3), 317-327. <https://doi.org/10.1080/00223890701331856>
- Craven, M. P., & Fekete, E. M. (2019). Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. *Eating Behaviors*, 33, 44-48. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.03.002>
- Doran, J., & Lewis, C. A. (2011). Components of shame and eating disturbance among clinical and non-clinical populations. *European Eating Disorders Review*, 20(4), 265-270. <https://doi.org/10.1002/erv.1142>
- Elosua, P., López-Jáuregui, A., & Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Manual técnico con la adaptación al euskera del Eating Disorder Inventory-3*. TEA Ediciones.
- Etxebarria, I. (2003). Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo. En E. G. Fernández-Abascal, M. P. Jiménez & M. D. Martín (Coor.). *Motivación y emoción. La adaptación humana*, (369-393). Centro de Estudios Ramon Areces.
- Fedewa, B. A., Burns, L. R. & Gomez, A. A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: Adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences*, 38, 1609-1619. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.026>
- French, S. A., Story, M., Downes, B., Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1995). Frequent dieting among adolescents: Psychosocial and health behavior correlates. *American Journal of Public Health*, 85(5), 695-701. <https://doi.org/10.2105/ajph.85.5.695>
- French, S. A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Downes, B., Resnick, M. D., & Blum, R.W. (1997). Ethnic differences in psychosocial and health behavior correlates of dieting, purging, and binge eating in a population-based sample of adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 315-322. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199711\)22:3<315::aid-eat11>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199711)22:3<315::aid-eat11>3.0.co;2-x)
- Fundación ANAR (2020). *Informe anual teléfono/chat ANAR en tiempos de COVID-19*. https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Informe-ANAR-COVID_Definitivo.pdf
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Gilbert, S. C., & Thompson, J. K. (2014). Body shame in childhood and adolescence. En P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, Research, and Treatment* (pp. 55-74). Routledge.
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 303-316. <https://doi.org/10.1002/cpp.627>
- Goss, K., & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioral functional analysis. En P. Gilbert, & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 219-255). Brunner-Routledge.
- Gupta, S., Zachary Rosenthal, M., Mancini, A. D., Cheavens, J. S., & Lynch, T. R. (2008). Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women. *Eating Disorders*, 16(5), 405-417. <https://doi.org/10.1080/10640260802370572>
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
- Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C., & Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 66, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.023>
- Mascolo, M. F., & Fischer, K. W. (1995). Developmental transformations in appraisals of pride, shame and guilt. En J. P. Tangney, & K. W. Fischer (Eds.), *Self conscious emotions: The psychology of shame, guilt and embarrassment and pride* (pp. 64-113). Guilford Press.
- McHugh, T. L. F., Coppola, A. M., & Sabiston, C. M. (2014). "I'm thankful for being native and my body is part of that": The body pride experiences of young Aboriginal women in Canada. *Body Image*, 11(3), 318-327. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.05.004>
- Mendia, J., Pascual A., Conejero S. (2019). *Adaptación al castellano de la Drive for Muscularity Scale* [manuscrito no publicado]. Departamento de Procesos Psicológicos Básicos y su Desarrollo, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Mendia, J., Pascual A., Conejero S., & Mayordomo S. (2021). The relationship between body and appearance-related self-conscious emotions and disordered eating: The mediating role of symptoms of depression and anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 21(1), 93-105.
- Murray, S. B., Griffiths, S., & Mond, J. M. (2016). Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualising muscularity-oriented disordered eating. *British Journal of Psychiatry*, 208(5), 414-415. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168427>
- Mustapic, J., Marcinko, D., & Vargek, P. (2016). Body shame and disordered eating in adolescents. *Current Psychology*, 36(3), 447-452. <https://doi.org/10.1007/s12144-016-9433-3>
- Pidgeon, A., & Harker, R. A. (2013). Body-focused anxiety in women: Associations with internalization of the thin-ideal, dieting frequency, body mass index and media effects. *Open Journal of Medical Psychology*, 2(4), 17-24. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2013.24004>

- Santomauro, D. F., Melen, S., Mitchison, D., Vos, T., Whitford, H., & Ferrari, A. J. (2021). The hidden burden of eating disorders: An extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 8(4), 320-328. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7)
- Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: A qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 81-97. <https://doi.org/10.1002/erv.774>
- Solomon-Krakus, S., Uliaszek, A. A., & Sabiston, C. M. (2022). General and body-related self-conscious emotions predict facets of restrictive eating in undergraduate women. *Eating Behaviors*, 45, Article e101624. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101624>
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: Underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346-355. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512>
- Tangney, J. P., & Tracy, J. L. (2012). Self-conscious emotions. En M. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 446-478). Guilford Press.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103-125.
- Yelland, C., & Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors*, 4(2), 107-116. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00014-X)
- Zuckerman, M., Li, C., & Hall, J. A. (2016). When men and women differ in self-esteem and when they don't: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 64, 34-51. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.07.007>

ANEXO 1: Ítems utilizados para determinar el riesgo de desarrollar un TCA

Drive for Muscularity Scale

- 1) Si pierdo algo de tono muscular, me preocupa seguir perdiendo tono muscular
- 2) Me aterra parecer que no soy fuerte
- 3) Tengo una preocupación constante por estar más musculoso
- 4) Pienso en fortalecer mis músculos
- 5) Me siento culpable si no hago ejercicio
- 6) Exagero o magnifico la importancia de los músculos
- 7) Levanto pesas para volverme más musculoso

Subescala Bulimia del EDI-3-RF

- 1) Suelo comer cuando estoy disgustado
- 2) Suelo hartarme de comida
- 3) He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer
- 4) Suelo pensar en darme un atracón
- 5) Como con moderación delante de las/os demás, pero me doy un atracón cuando se van
- 6) Pienso en vomitar para perder peso
- 7) Como o bebo a escondidas
- 8) Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer

Criterios conductuales del EDI-3-RF

- 1) Me he dado atracones (comer gran cantidad de comida y sentir que no puedes parar de comer)
- 2) Me he provocado el vómito
- 3) He usado laxantes para controlar mi peso
- 4) He hecho ejercicio durante 60 minutos o más para controlar mi peso
- 5) Durante los últimos 6 meses, ¿has perdido 9 kilos o más?

ANEXO 2: Criterios de riesgo

Criterio de riesgo basado solo en el IMC

El criterio se cumple si el IMC del sujeto es IGUAL o MENOR que el valor crítico que aparece en la siguiente tabla:

Valores críticos del IMC por edad y sexo

Edad	Mujer	Varón
9	14	14
10	14.5	14.5
11	14.5	15
12	15	15
13	15.5	15.5
14	16	16
15	16.5	17
16	17	17.5
17	17.5	18
18	18	18.5
19	18	19
20+	18.5	19.5

Criterio de riesgo basado en el IMC y en las puntuaciones directas totales de Obsesión por la Musculatura y Bulimia

El criterio se cumple si la puntuación directa total de las escalas Obsesión por la Musculatura y Bulimia es IGUAL o MAYOR que el valor crítico que aparece en la siguiente tabla:

≤ 17 años				≥ 18 años			
IMC	Valores críticos			IMC	Valores críticos		
	OM		B		OM		B
≤15,5	9	0	4	≤18,5	12	0	5
>15,5 y ≤ 22	9	0	4	>18,5 y ≤ 22	12	0	5
>22 y ≤ 25	17	0	7	>22 y ≤ 25	12	0	6
>25	21	0	8	>25	12	0	8

IMC = Índice de Masa Corporal; OM = Obsesión por la Musculatura; B = Bulimia

Criterio de riesgo basado solo en síntomas conductuales

Si uno o más de los criterios conductuales se cumple, se considera que el sujeto cumple el criterio de riesgo.

¿Cumple los criterios de riesgo?		
1. Me he dado atracones	No (0-1)	Sí (2-5)
2. Me he provocado el vómito	No (0)	Sí (1-5)
3. He usado laxantes para controlar mi peso	No (0)	Sí (1-5)
4. He hecho ejercicio durante 60 minutos o más para controlar mi peso	No (0-4)	Sí (5)
5. Durante los últimos 6 meses, ¿has perdido 9 kilos o más?	No (0)	Sí (1)