



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**Factores Biopsicosociales como Predictores de
Insatisfacción Corporal en Mujeres y Hombres**

Tesis que para obtener el grado de:

**MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS
Y DE LA SALUD**

Presenta:

LIC. EN PSIC. ERIKA STEPHANIA ONOFRE PÉREZ

Directora de Tesis:

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA

San Agustín Tlaxiaca, Hgo.

Diciembre 2018



5/noviembre/2018
 AAM/MCBS/077/2018

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

Erika Stephania Onofre Pérez
 Alumna de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

Por este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Factores biopsicosociales como predictores de insatisfacción corporal en mujeres y hombres" con el cual obtendrá el **Grado de Maestra en Ciencias Biomédicas y de la Salud**; después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

- | | |
|--------------|--|
| PRESIDENTE | DRA. MARÍA LETICIA BAUTISTA DÍAZ |
| PRIMER VOCAL | DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA |
| SECRETARIO | DRA. LILIÁN ELIZABETH BOSQUES BRUGADA |
| SUPLENTE | DRA. ROSALÍA VAZQUEZ AREVALO |
| SUPLENTE | DRA. MARISOL MORA GIRAL |

Sin otro asunto en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

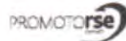


DR. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
 COORDINADOR DEL PROGRAMA

Atentamente
 "AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

 M.C. ESP. ADRIÁN MOYA ESCALERA
 DIRECTOR

DRA. LYDIA LÓPEZ PONTIGO
 COORDINADORA DE POSGRADO ICSA



Instituto de Ciencias de la Salud
 Exhacienda la Concepción s/n Camino a Tlucuatli
 San Agustín Tlaxiaca, Hgo. C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4308
 mtria_bio_sal@uaeh.edu.mx

Durante el desarrollo de la presente investigación, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), número de beca **447271**.

Durante mayo y junio de 2018 se realizó una estancia internacional de investigación en la Universidad Autónoma de Barcelona, España. Con apoyo de la beca mixta del CONACyT.

DEDICATORIA

"Comprendía yo nuevamente qué sencilla y frugal es la felicidad: un vaso de vino, una castaña, un mísero braserillo, el rumor del mar, nada más. Y sólo se requiere, para comprender que en eso se halla la felicidad, un corazón igualmente sencillo y frugal".

Alexis Zorba, "El Griego".

A mi familia:

A Mamá y Papá, porque indiscutiblemente soy el resultado de su esfuerzo, constancia y dedicación. Mi reconocimiento y admiración para ustedes. Los quiero.

A mi abue, por su cariño y comprensión.

A mis hermanos, Diego, Mery y Jesús, por los momentos de conocimiento compartidos.

A Oscar, porque no habrá una barrera en el mundo que mi amor profundo no rompa por ti.

A Gustavo, por ser mi compañero de vida.

A todos los participantes de este estudio, por su valiosa colaboración.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primera instancia a mi directora de tesis, la Dra. Rebeca Guzmán Saldaña, por permitirme ser su alumna, asesorarme y guiarme en cada uno de los procesos de la tesis; por su tiempo y la paciencia para explicarme.

A la Dra. Leticia Bautista Díaz, por asesorarme a lo largo de todo el proceso de la tesis, por sus sugerencias y valiosas aportaciones.

A la Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada, por asesorarme en la construcción de los modelos explicativos, sus aportaciones y sugerencias.

A la Dra. Rosalía Vázquez Arévalo, por permitirme formar parte del Seminario sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria que se imparte en la FES Iztacala.

A la Dra. Marisol Mora Giral, por sus valiosas aportaciones y sugerencias en esta investigación.

| | |
|---|-------------|
| ÍNDICE DE FIGURAS | VIII |
| ÍNDICE DE TABLAS | IX |
| ABREVIATURAS | X |
| RESUMEN | XII |
| ABSTRACT | XIII |
| INTRODUCCIÓN | 15 |
| I. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA | 18 |
| <i>1.1 Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos</i> | <i>18</i> |
| 1.1.1 Definición | 18 |
| 1.1.2 Clasificación | 20 |
| 1.1.3 Epidemiología | 26 |
| 1.1.4 Evaluación y Diagnóstico | 29 |
| 1.1.5 Modelos Explicativos | 30 |
| <i>1.2 Factores de Riesgo de Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos</i> | <i>32</i> |
| 1.2.1 Factores biológicos | 32 |
| 1.2.1.1 Edad | 32 |
| 1.2.1.2 Sexo | 33 |
| 1.2.1.3 Índice de Masa Corporal | 33 |
| 1.2.2 Factores Psicosociales | 36 |
| 1.2.2.1 Imagen Corporal | 36 |
| 1.2.2.2 Estima Corporal | 45 |
| 1.2.2.3 Conductas Alimentarias de Riesgo | 47 |
| 1.2.3 Factores Familiares | 52 |
| 1.2.3.1 Violencia en la Pareja íntima | 52 |
| II. Planteamiento del problema | 64 |
| Pregunta de investigación | 64 |
| IV. Justificación | 65 |
| V. Hipótesis | 66 |
| VI. Objetivos | 66 |
| <i>6.1 Objetivo General</i> | <i>66</i> |
| <i>6.2 Objetivos Específicos</i> | <i>66</i> |
| VII. Método | 67 |
| <i>7.1 Contexto de la Investigación</i> | <i>67</i> |
| <i>7.2 Tipo de Diseño y de Estudio</i> | <i>67</i> |

| | |
|--|------------|
| <i>7.3 Definición de las Variables</i> | 68 |
| <i>7.4 Instrumentos y Materiales</i> | 71 |
| <i>7.5 Criterios de Inclusión.</i> | 74 |
| <i>7.6 Criterios de Exclusión.</i> | 74 |
| <i>7.8 Tamaño de Muestra y Muestreo</i> | 74 |
| <i>7.9 Procedimiento</i> | 78 |
| <i>7.10 Análisis Estadístico</i> | 78 |
| VIII. DISEÑO | 79 |
| IX. ASPECTOS ÉTICOS | 80 |
| X. RESULTADOS | 82 |
| XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 105 |
| XII. CONCLUSIONES | 109 |
| XIII. RECOMENDACIONES | 110 |
| XIV. LIMITACIONES | 111 |
| XV. BIBLIOGRAFÍA. | 112 |
| XVI. ANEXOS | 127 |
| <i>Anexo 1. Cuestionario de Violencia en la Pareja (hombres y mujeres)</i> | 127 |
| <i>Anexo 2. Escala de Tácticas de Conflicto en la Pareja (hombres y mujeres)</i> | 129 |
| <i>Anexo 3. Cuestionario Breve para Conductas Alimentarias de Riesgo (hombres y mujeres)</i> | 130 |
| <i>Anexo 4. Escala Visual de Siluetas para hombres: imagen corporal</i> | 131 |
| <i>Anexo 5. Escala Visual de Siluetas para mujeres: imagen corporal</i> | 134 |
| <i>Anexo 6. Escala de Estima Corporal (hombres y mujeres)</i> | 137 |
| <i>Anexo 7. Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) (hombres y mujeres)</i> | 138 |
| <i>Anexo 8. Cuestionario de Aspectos Sociodemográficos (AMAI)</i> | 140 |
| <i>Anexo 9. Consentimiento Informado</i> | 141 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Modelo etiológico multifactorial, Warschburger y colaboradores, 2011. | 31 |
| Figura 2. Modelo explicativo de la imagen corporal propuesto por Slade (1994) | 44 |
| Figura 3. Esquema del diseño del estudio | 79 |
| Figura 4. Modelo explicativo para predecir Insatisfacción Corporal en población general | 97 |
| Figura 5. Modelo explicativo para predecir Insatisfacción Corporal en población general | 98 |
| Figura 6. Modelo explicativo de insatisfacción corporal para mujeres | 101 |
| Figura 7. Modelo explicativo de insatisfacción corporal para hombres | 104 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Diagnóstico del IMC Quetelet | 34 |
| Tabla 2. Diagnóstico del IMC percentilar | 35 |
| Tabla 3. Clasificación de sobrepeso y obesidad de acuerdo a la OMS | 35 |
| Tabla 4. Definición de las variables | 68 |
| Tabla 5. Datos descriptivos de la muestra por sexo | 75 |
| Tabla 6. Distribución porcentual de los datos sociodemográficos de la muestra | 76 |
| Tabla 7. Distribución porcentual del lugar de nacimiento por sexo | 76 |
| Tabla 8. Distribución porcentual de la ocupación en mujeres | 77 |
| Tabla 9. Distribución porcentual de la ocupación en hombres | 77 |
| Tabla 10. Distribución por categorías del IMC por sexo | 82 |
| Tabla 11. Datos descriptivos de las variables en hombres y mujeres | 84 |
| Tabla 12. Diferencias entre factores por sexo | 85 |
| Tabla 13. Distribución porcentual por nivel de satisfacción/insatisfacción por sexos | 86 |
| Tabla 14. Satisfacción/insatisfacción figura corporal deseada por el sexo opuesto | 87 |
| Tabla 15. Satisfacción/insatisfacción figura corporal antes de vivir en pareja | 87 |
| Tabla 16. Tabla de correlaciones entre las variables para mujeres | 88 |
| Tabla 17. Correlaciones entre los factores de las variables con satisfacción/insatisfacción corporal en mujeres | 91 |
| Tabla 18. Tabla de correlaciones entre las variables para hombres | 93 |
| Tabla 19. Correlaciones entre los factores de las variables con satisfacción/insatisfacción corporal en hombres | 95 |
| Tabla 20. Índices de Bondad de ajuste del modelo para ambos sexos | 97 |
| Tabla 21. Índices de Bondad de Ajuste del modelo para mujeres | 100 |
| Tabla 22. Índices de Bondad de ajuste del modelo para hombres | 103 |

ABREVIATURAS

| | |
|----------------|--|
| IMC | Índice de Masa Corporal |
| TAIA | Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos |
| TCA | Trastorno de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos |
| DSM-5 | Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión 5 |
| AN | Anorexia Nerviosa |
| BN | Bulimia Nerviosa |
| TA | Trastorno por Atracón |
| CIE-10 | Clasificación Internacional de las Enfermedades 10° edición |
| ENSANUT | Encuesta Nacional de Salud y Nutrición |
| SCOFF | Sick, Control, One, Eat, Food Questionnaire |
| EAT-40 | Eating Attitudes Test-EAT |
| EAT-26 | Eating Attitudes Test-EAT, versión corta |
| ChEAT | Children Attitudes T |
| BITE | Bulimia Test of Edimburg |
| EDI | Eating Disorders Inventory |
| EDI-2 | Eating Disorders Inventory, segunda versión |
| INEGI | Instituto Nacional de Estadística y Geografía |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| BES | Body Steem Scale |
| RSES | Rosenberg's Self Steem Scale |
| CAR | Conductas Alimentarias de Riesgo |
| CBCAR | Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo |
| IC | Insatisfacción Corporal |
| BSQ | Body Shape Questionnaire |
| EC | Estima Corporal |
| CAR | Conductas Alimentarias de Riesgo |
| EFRATA | Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios |
| ENDIREH | Encuesta Nacional de la Dinámica de Relaciones en los Hogares |

| | |
|--------------|---|
| ABI | Abusive Behaviour Inventory |
| PASNP | Partner Abuse Scale Non-Physical |
| ISPV | Índice de Severidad de la Violencia en Pareja |
| VPI | Violencia en la Pareja íntima |
| CVP | Cuestionario de Violencia en la Pareja |
| CEC | Cuestionario de Estima Corporal |

RESUMEN

La Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa son un grave problema de salud pública reconocido internacionalmente. La etiología es multicausal, en la que interactúan factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores. Dentro de los factores predisponentes más importantes está la Insatisfacción con la Imagen Corporal. El objetivo de esta investigación fue evaluar y desarrollar modelos que expliquen el efecto, peso y dirección de variables Biológicas (Índice de Masa Corporal), Psicosociales (Conductas Alimentarias de Riesgo, Violencia en la Pareja Íntima) y Sociodemográficas (Nivel Socioeconómico), para predecir Insatisfacción Corporal en hombres y mujeres. A través de un muestreo no probabilístico se seleccionó a $n = 216$ mujeres y $n = 200$ hombres, con una Media de edad = 34.29 ($D. E. = 8.9$), quienes participaron voluntariamente, y se les aplicó la batería de instrumentos conformada por: *Cuestionario de la Figura Corporal*, *Escala Visual de Siluetas*, *Escala de Estima Corporal*, *Cuestionario Breve para Conductas Alimentarias de Riesgo*, *Cuestionario de Violencia en la Pareja*, *Escala de Tácticas de Conflicto* y *Cuestionario AMAI*; además reportaron su peso y talla, para calcular su Índice de Masa Corporal (IMC). Para el análisis estadístico se utilizó la prueba *t de Student* para muestras independientes, *chi²* y *correlación de Pearson*; así como el programa EQS para desarrollar modelos estructurales. Uno de los hallazgos más importantes fue que IMC, las Conductas Alimentarias de Riesgo, la Violencia Sexual y Psicológica fueron predictores estadísticamente significativas con Insatisfacción Corporal para ambos sexos. Los hallazgos de la presente investigación pueden considerarse para la elaboración e implementación de programas preventivos de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

Palabras clave: Modelos Estructurales, Factores Biopsicosociales, Insatisfacción Corporal, Hombres, Mujeres.

ABSTRACT

The Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa are a serious public health problem, internationally recognized. The etiology is multicausal, in which predisposing factors, triggers and maintainers interact. Dissatisfaction with Body Image is among the most important predisposing factors. The objective of this research was to evaluate and develop models that explain the effect, weight and direction of Biological variables (Body Mass Index), Psychosocial (Risk Behavior and Violence Intimate Partner) and Sociodemographic (Socioeconomic Level), for the Prediction of Body Dissatisfaction in men and women. Through a non-probabilistic sampling, a $n = 216$ women and $n = 200$ men were selected, with a mean age = 34.29 (SD = 8.9), who participated voluntarily, and they were applied the instrument battery consisting of: *Figure Questionnaire Body*, *Visual Silhouettes Scale*, *Body Esteem Scale*, *Brief Questionnaire for Risk Food Behaviors*, *Couple Violence Questionnaire*, *Conflict Tactic Scale* and *AMAI Questionnaire*; They also reported their weight and height, to calculate their Body Mass Index (BMI). For the statistical analysis was used *t student* for independent samples, χ^2 and Pearson's correlation were used; as well as the EQS program to develop the structural models. One of the most important findings was that BMI, Risk Eating Behavior, Sexual and Psychological Violence were statistically significant predictors with body dissatisfaction for both sexes. The findings of the present investigation can be considered for the elaboration and implementation of preventive programs of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.

Keywords: Structural Models, Biopsychosocial Factors, Body Dissatisfaction, Men, Women

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA) son procesos psicopatológicos que se pueden cronificar, aunque algunos de los síntomas no desaparecen totalmente y las tasas de recaída son altas. Además, su aparición ha ido en aumento en los últimos años, por lo cual es fundamental aportar información que contribuya a su comprensión, a fin de generar propuestas de intervención más eficaces.

Estos trastornos son definidos en forma general por Muñoz-Calvo (1) como alteraciones en los comportamientos y su relación con la comida que traen consigo consecuencias en la salud de quienes los padecen. Del mismo modo, la Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BM) tienen rasgos que se comparten tales como: insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por la comida y el peso y la forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar el peso, lo anterior origina un deterioro físico y psicosocial.

De acuerdo con la mayoría de los enfoques de AN y BN señalan que tienen una etiología multicausal, en la que interactúan factores: predisponentes (son los antecedentes del comportamiento por cambiar y el sustento de su lógica o motivación), desencadenantes (antecedentes para motivar la realización del antecedente buscado) y mantenedores (acciones que siguen al comportamiento y proveen estímulos o incentivos para que persista o resista) (1). Dentro de los factores más importantes predisponentes se señala la insatisfacción con la imagen corporal (evaluación negativa que hace una persona de su cuerpo), dicha inconformidad con el cuerpo se detecta en su mayoría en mujeres en la pubertad y adolescencia (1-4).

La imagen corporal está conformada por aspectos perceptivos, subjetivos y conductuales, mismos que pueden ser afectados por los factores internos y externos que rodean al individuo, permitiendo el origen de la inconformidad con el aspecto físico. Dicha inconformidad puede presentarse en diferentes niveles: malestar normativo, insatisfacción corporal y trastorno de la imagen corporal (3).

La sociedad transmite modelos de perfección corporal, a través de la presión ejercida por medios de comunicación, publicidad y la comparación. Estos cánones de belleza son interiorizados por hombres y mujeres (2). Los estándares de belleza que promueve la sociedad, incluyen la promoción de la delgadez asociada con la belleza, aceptación y éxito, especialmente en mujeres. Debido a lo anterior, principalmente adolescentes y adultas jóvenes presentan insatisfacción con su cuerpo. Esto a su vez, conlleva a una cadena de comportamientos inadecuados vinculados a los hábitos alimenticios y el control del peso (5). Esta alteración es un factor clave para la aparición de conductas de riesgo y Trastornos Alimentarios y de la Ingesta de Alimentos (6).

Ahora bien, la conducta alimentaria, se define como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, reaccionando ante circunstancias biológicas, psicológicas y socioculturales relacionadas con los alimentos (6). Las Conductas Alimentarias de Riesgo, son comportamientos nocivos y negativos para los individuos, que surgen de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida. Dichas conductas tienen por objetivo controlar el peso corporal. Entre ellas encontramos: atracones, seguimiento de dietas crónicas y restrictivas, consumo de laxantes, diuréticos, el vómito auto-inducido, y la realización de ayunos (7).

Por otro lado, un problema de salud y social alrededor del mundo, es la Violencia en la Pareja Íntima, definida como todas aquellas conductas que se realizan con la intención de dañar o controlar a la pareja con la cual se tiene un vínculo íntimo, ya sea, noviazgo, cohabitación o matrimonio (2).

En México, la violencia contra las mujeres es una pandemia social. La mayor parte de esta violencia se genera en el ámbito doméstico, comúnmente a manos de sus parejas. Por ello, esta investigación considera pertinente integrar esta variable para su análisis (3).

Ahora bien, los trastornos alimentarios son un problema de salud pública determinados como enfermedades, cuyas características principales son: comportamiento distorsionado de la alimentación y preocupación por la imagen y peso corporal, de forma exagerada (8). En ocasiones, practicando estrategias no aptas para controlar el peso, tales como la actividad física vigorosa y la restricción del consumo de alimentos. Es por ello, que

es necesario detectar a tiempo Conductas Alimentarias de Riesgo y ejercicio físico excesivo en la población en general, ya que son factores predisponentes para el desarrollo de un trastorno alimentario (6).

El presente documento se conforma de los antecedentes que propiciaron el estudio, el método utilizado en las fases de investigación, los resultados y finalmente, la discusión, conclusiones, limitaciones y sugerencias del trabajo.

I. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1 Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos

1.1.1 Definición

Los TAIA componen un grave problema de salud pública, reconocido internacionalmente (4). De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (5) estos trastornos son caracterizados por alteraciones persistentes en el consumo de alimentos, lo que lleva a una absorción inadecuada de los nutrientes, afectando de esta forma la salud física y/o el funcionamiento psicosocial del individuo. Son aquellas patologías biopsicosociales que se vinculan a severas complicaciones físicas. Estos trastornos son caracterizados por adversidades y temporalidad extensa, riesgo de cronificación, recaídas y angustia.

Además, se asocian con condiciones sociales, vulnerabilidad de desarrollar obesidad posteriormente, depresión, intentos de suicidio, trastornos de ansiedad, consumo de sustancias y un nivel alto de comorbilidad (6). A su vez, Aguilar y colaboradores (7) definen estos trastornos como una percepción errónea de la imagen corporal y del peso, lo anterior ligado a una obsesión por la comida o al miedo a engordar, lo que trae consigo consecuencias médicas y nutricionales.

Del mismo modo, Gayou y Ribeiro (4) señalan que los TAIA son afecciones psicopatológicas complicadas que presuponen a alteraciones rígidas en las actitudes y conductas asociadas con la ingesta de alimentos, esto a partir de distorsiones perceptuales sobre la imagen corporal, y del miedo intenso a ganar peso corporal.

En la misma línea, Gaete y colaboradores (8) definen los trastornos alimentarios como enfermedades de salud mental que se relacionan a una alta morbilidad y mortalidad biomédica y psiquiátrica. De tal forma, que la Anorexia Nerviosa (AN) es el trastorno psiquiátrico asociado con mayor mortalidad.

Fernández y colaboradores, (8) señalan que entre los principales TAlA se ubica la AN, la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno por Atracón (TA). Se trata de problemas relevantes de salud mental que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes. Dentro de su etiología interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales, y por ende el tratamiento debe ser considerado con un enfoque multifactorial.

Por otro lado, es importante destacar un cambio relevante que se ha realizado de los TCA del DSM-IV-TR al DSM-5 (9), ya que la nueva definición abarca una concepción más extensa de los trastornos alimentarios y que de acuerdo con la revisión realizada por Vázquez-Arévalo, López, Ocampo y Mancilla (9) se integra la posibilidad de alteraciones para el comportamiento alimentario y de la absorción de alimentos, de este modo se contemplan áreas de deterioro significativo, extendiendo el espectro del diagnóstico a cualquier edad.

Ahora bien, anteriormente se nombraban: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), sin embargo, para el DSM-5 se cambia a Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos. Cuya definición es: “Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial” (6).

Por otro lado, Gómez-Candela y colaboradores (10) señalan la falta de conocimiento sobre la etiopatogenia de los trastornos alimentarios; aunque se asume un carácter multifactorial, con participación de factores genéticos, biológicos, psicológicos, socio familiares y culturales como los más representativos. Entre los antecedentes más recurrentes se encuentran: preocupación excesiva por el peso, obsesión por un cuerpo delgado, el distrés socio familiar, antecedentes de hacer dietas y el de abuso sexual en la infancia.

1.1.2 Clasificación

En cuanto a la clasificación el DSM-5 (11) en 2014 señala que los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos se clasifican en: Pica, Trastorno de Rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de Atracones, otro Trastorno Alimentario o de la Ingestión de Alimentos Especificado, y otro Trastorno Alimentario o de la Ingestión de Alimentos No Especificado.

Los primeros tres suelen iniciarse y diagnosticarse durante etapas tempranas de la niñez, la anorexia y la bulimia regularmente aparecen o se diagnostican durante la adolescencia o la adultez temprana y el trastorno por atracón no tiene una edad reportada habitual de su aparición. Cabe señalar, que todos comparten la alteración en el consumo de alimentos, presentan grandes diferencias entre sí. Para su mayor comprensión se describe cada uno a continuación.

Anorexia Nerviosa

De acuerdo con el DSM-5 (11) se define la AN con base a tres criterios primordiales, dando lugar al primero de ellos a la restricción excesiva de la ingesta en relación a los requerimientos nutricionales, por ende, el individuo presentará un peso corporal significativamente bajo para su edad, sexo y salud. En segundo lugar, se encuentra el miedo intenso por ganar peso o volverse obeso (aunque se encuentre por debajo del peso normal); por último, se refiere a la alteración de la percepción del peso o la imagen corporal.

Del mismo modo, Fernández, Linares, Banzo y Félix-Alcántara (12) afirman que la AN se caracteriza por el rechazo a conservar un peso corporal mínimo dentro de los parámetros de normalidad, el miedo a incrementar el peso corporal y una alteración de la percepción en la forma o tamaño del cuerpo.

En un primer momento se puede apreciar la pérdida de peso sin conocer el origen causal, pocos signos clínicos, la amenorrea puede presentarse antes de que la pérdida de peso sea extrema, particularmente si está ha sido acelerada (12).

También es importante considerar la historia clínica, ya que puede dar pasos clave para identificar un trastorno alimentario: individuos con rasgos perfeccionistas, gran capacidad y energía para trabajar y estudiar, aislamiento, irritabilidad y pérdida de habilidades sociales (12).

Otro aspecto fundamental, es la alimentación, la ingesta de alimentos se hace más estricta existiendo una disminución de alimentos con alto nivel calórico y una preocupación desmedida por los alimentos. También se modifica la conducta respecto a la forma de comer, por ejemplo, comen más lento, de pie o con movimientos continuos, evaden comer con otras personas para evitar críticas y ocultan lo delgado de sus cuerpos usando ropa más ancha (12).

Diagnóstico

Una vez que se ha diagnosticado a una persona con AN, los signos, síntomas y complicaciones de basarán en la evolución y la gravedad. En cuanto a las características diagnósticas de acuerdo al DSM-5 (11), se eliminó la amenorrea como un criterio diagnóstico y se profundiza en el aspecto conductual y cognitivo. Por otro lado, en la Clasificación Internacional de las Enfermedades 10° edición (CIE-10) permanecen los mismos criterios diagnósticos desde 1992 (12).

En este sentido, se debe realizar un adecuado diagnóstico diferenciando a aquellas patologías, en las cuales se presenta una pérdida de peso o disminución del apetito (patologías tiroides, diabetes, enfermedades gastrointestinales y neurológicas) (12).

De acuerdo con los criterios diagnósticos actuales del DSM-5 se considera pertinente hacer mención de ellos en contraste con los criterios diagnóstico del DSM-IV-TR para una mejor comprensión de cada uno (9):

- Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo (un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.

- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en su autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.
- Se elimina el criterio de amenorrea.

La anorexia puede presentarse de dos maneras: ya sea restrictiva o compulsiva/purgativa. La primera es considerada cuando durante un periodo de los últimos tres meses el individuo no recurre habitualmente a atracones o purgas, y la anorexia compulsiva/purgativa cuando el individuo practica atracones o purgas con regularidad.

Tratamiento

Fernández y colaboradores, (12) después de realizar una revisión sistemática señalan que los criterios diagnósticos son los determinados por el DSM-5 y la CIE-10. En donde se abordan desde una perspectiva psicofarmacológica y psicoterapéutica y que estarán dirigidos a restablecer un estado normal de nutrición, con hábitos alimentarios normales, resolver las alteraciones somáticas y llevar un tratamiento para las comorbilidades psíquicas en caso de ser necesario.

Para dar inicio al tratamiento de la AN, se tiene que estimar el grado de desnutrición y reestablecer esas carencias, así como controlar las alteraciones somáticas o complicaciones, por ejemplo, las alteraciones electrolíticas (12).

Posteriormente, el objetivo es que la persona aprenda hábitos de la conducta alimentaria de forma apropiada. Además, se debe de contemplar la severidad del cuadro y ligado a esto considerar si el tratamiento se implementa en un medio hospitalario (12).

Bulimia Nerviosa

Con base a la definición del DSM-5 (11) en la BN se encuentran tres características particulares para su comprensión. En primera instancia presencia de episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar un incremento de peso y la autoevaluación influenciada indebidamente por el peso y la composición corporal. En segundo lugar, los episodios de atracones y conductas compensatorias aparecen en promedio una vez por semana, esto por al menos en un lapso de tres meses.

La BN es un síndrome que presenta episodios donde la persona ingiere alimentos con una sensación de pérdida del control sobre el consumo, aunado a lo anterior, se tienen conductas compensatorias para contrarrestar los efectos de ganar peso de estas conductas. Para el caso de la BN los pacientes no presentan en gran medida cambios en el peso y, en su mayoría, se ubican en los rangos normales (12).

Ahora bien, mientras que para la AN un rasgo particular en las personas es el perfeccionismo y la rigidez. Los pacientes con BN se caracterizan por el descontrol y lo caótico por lo regular en todos los aspectos (conductas de riesgo, absentismo, disminución de horas de sueño e irritabilidad) (12).

En cuanto a la conducta alimentaria emergen cambios, tales como, atracones con comida hipercalórico e intentos de restricción/compensación. De este modo, la ansiedad generada por el miedo a engordar y la sensación de plenitud, se controla con conductas compensatorias, en este caso, el vómito y el uso de diuréticos o laxantes. Por ello, es demasiado concurrente la ingesta de grandes proporciones de agua, leche, chicle, etc., (12).

Fernández, Grande, Banzo y Félix-Alcántara señalan que dentro de los signos físicos frecuentes se presenta la hipertrofia de las glándulas parótidas, alteraciones dentales y lesiones en el dorso de los dedos ocasionados por el vómito auto-inducido y continuo (12).

Diagnóstico

Así mismo, de igual manera, se realizaron modificaciones para los criterios diagnósticos con base en el DSM-5 en comparación con la versión anterior, básicamente disminuye la periodicidad de los episodios de atracones y purgas para realizar el diagnóstico y se excluyeron los subtipos clínicos (11).

Para continuar apropiadamente a continuación se puntualizan los criterios diagnósticos del DSM-5 para BN:

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo, no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un periodo de tres meses.
- Autoevaluación exageradamente influida por el peso y siluetas corporales.

De igual forma, la BN se presenta de dos formas: purgativo, que es donde la persona se induce en periodos cortos de tiempo el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso, y finalmente el tipo no purgativo, donde el individuo utiliza otro tipo de conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no practica con regularidad el vómito inducido, ni laxantes, diuréticos, o enemas en exceso.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es estabilizar las insuficiencias nutricionales, de igual forma las alteraciones orgánicas que se presentan (hiponatremia, hipopotasemia, etc.). Además, de obtener que el paciente sea responsable de su propio tratamiento y por consiguiente mantener una adecuada conducta alimentaria. De esta forma evitar las conductas compensatorias (vómitos, uso de laxantes y diuréticos) (12).

Trastorno Por Atracón

El Trastorno por Atracón (TA) se reconoce formalmente en el DSM-5, como un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos, teniendo una mayor frecuencia en personas con obesidad, además de que se ha incrementado su presencia en comparación con la población en general. Debido al crecimiento acelerado, a principios del siglo XXI comienza a considerarse un problema de salud de gran prevalencia (11).

El TA se define como un trastorno alimentario que se caracteriza por episodios frecuentes de ingesta de comida excesiva, atracones, con sensación subjetiva de pérdida de control sobre lo que se ha consumido (12).

En la misma línea, el DSM-5 el TA se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones sin comportamientos compensatorios inapropiados asociados. Entendiendo por atracón, como aquella ingesta excesiva de alimentos durante un periodo corto de tiempo (por lo menos dos horas) en proporciones superiores en comparación con la que la mayoría de las personas ingiere en el mismo lapso de tiempo y circunstancias similares. Lo anterior seguido de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (11).

Particularmente, las personas identifican distintos intentos por realizar dietas a lo largo de su vida, pero sin llegar a conductas purgativas o compensatorias; esto puntualiza el diagnóstico diferencial con la BN. Asimismo, los pacientes padecen un intenso malestar secundario posterior a la ingesta de alimentos, estos se lleven a cabo en un periodo corto de tiempo y con grandes proporciones (12).

Trastorno de Pica

Este trastorno se manifiesta por la ingesta constante y compulsiva de sustancias no nutritivas, por ejemplo: tierra, arcilla, tiza, jabón y hielo. Dentro de las formas más usuales se encuentra la geofagia (consumo de tierra) y la pagofagia (consumo de hielo). Aunque se desconocen las causas que predisponen este trastorno, se ha observado una mayor frecuencia en mujeres embarazadas que presentan anemia o un estado nutricional deficiente con respecto al hierro (12).

Trastorno de Rumiación

Se define como la regurgitación repetida de los alimentos, con pérdida de peso o falta de ganar peso esperado, desarrollándose después de un periodo de funcionamiento normal. Los alimentos parcialmente digeridos se introducen en la boca sin náuseas, asco o problemas gastrointestinales asociados. La comida masticada se expulsa por la boca (13).

1.1.3 Epidemiología

En cuanto a las estimaciones sobre la incidencia y la prevalencia de los trastornos alimentarios, tienen variaciones dependiendo de la metodología empleada para su evaluación, sin embargo, se aprecia un incremento con la incidencia, al igual que con la tendencia a la cronificación de estos cuadros y un adecuado reconocimiento de los mismos (12).

De acuerdo con Portela, Ribeiro, Mora y Raich (14) la prevalencia de trastornos alimentarios es mayor en mujeres que en hombres, se estima que aproximadamente de un 90 a 95% de los casos son mujeres, sin embargo, los hombres también desarrollan estos trastornos, pero en menor medida.

Por otra parte, Peláez, Labrador y Raich (15) estiman para la población en general, la incidencia de AN es de entre 1 y 8 individuos por cada 100 mil por año, y de 12 a 13 personas por cada 100 mil en el caso de BN.

Ronhde, Stice y Marti (16) señalan que la prevalencia de trastornos alimentarios afecta al 13% de las mujeres y al 3% de los hombres. Además de identificar una edad promedio de inicio es de 18 años (rango de 16-22) para la AN, también 18 años (rango 14-22) para BN y 21 años (rango 17-32) para TA.

Estudios señalan que la incidencia se ha incrementado de forma continua a partir de la década de 1950 a la actualidad. Estos afectan a una población adolescente y mujeres jóvenes principalmente (4).

Internacionalmente se reporta en la población cifras que permean entre 0.5% y 1% para AN y entre 1-2 a 4% para BN. En cuanto a los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE) se reportan cifras llegando hasta un 14%. Es preciso señalar que con la publicación de la Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se hicieron modificaciones que se analizan en una reducción de la frecuencia de los TANE, debido a la reducción del umbral para diagnosticar AN y BN; y a la integración del Trastorno por Atracón como un diagnóstico específico (4).

Una investigación realizada en 2015 por Álvarez, Bautista y Serra (17) cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de los trastornos alimentarios en una región de España, reportó que un 27.4% de la población; 33% mujeres y 20.6% hombres está en riesgo de desarrollar un TCA.

Por otro lado, se ha demostrado en diferentes estudios que existe un sesgo de género, ya que, las mujeres son quienes reportan ser más susceptibles de padecer un trastorno alimentario (4).

Diferentes estudios epidemiológicos realizados entre 2003 y 2007, en Estados Unidos, España y México, demostraron la prevalencia de presentar un trastorno alimentario del 6% en mujeres entre los rangos de edad comprendidos entre los 12 y 21 años (4).

De la misma manera, se ha señalado que la prevalencia en mujeres es debida en su mayoría a variables sociales, primordialmente a la presión que se ejerce desde los medios de comunicación y la moda, haciendo alusión a que el cuerpo femenino sea esbelto y torneado (4).

En México, para la población general se reporta una prevalencia para la Anorexia Nerviosa (AN) que oscila entre un 0.5 a 1.5%, asimismo para la Bulimia Nerviosa (BN) se obtienen cifras de hasta un 3% (4).

Un estudio realizado en México, a una muestra de estudiantes de secundaria reportaron que un 5.8% en mujeres y el 6.2% en hombres, presentaban riesgo de padecer algún Trastorno alimentario. Es decir, pueden ser vulnerables a desarrollar un trastorno alimentario o pueden ya presentarlo (4).

De acuerdo con investigaciones realizadas por Gómez-Candela y colaboradores (10), señalan que los trastornos alimentarios se presentan con mayor frecuencia en mujeres y en la adolescencia. Actualmente se estima una prevalencia combinada del 13% para los trastornos alimentarios. Siendo el TA el trastorno que se presentan con mayor regularidad en adultos. Del mismo modo, estos autores señalan que la AN es la enfermedad psiquiátrica con mayor prevalencia en mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica después de la obesidad y el asma en las adolescentes.

Cuando se comparan las prevalencias en la actualidad se hace visible que la AN y BN ha duplicado su aparición alrededor del mundo (16). En el caso particular de México, también se observa un incremento en el porcentaje de adolescentes que realizan conductas de riesgo para la aparición de la sintomatología propia de un trastorno alimentario. De este modo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (16) señala que el porcentaje de adolescentes que reportaron conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario oscilaba en un 0.9% en mujeres y 0.4% en hombres.

Sin embargo, un estudio realizado por Cruz-Sáez y colaboradores (18), para el año 2012 se observa un incremento, con un 1.9% en el caso de las mujeres y el 0.8% para hombres. Debido a lo anterior nos indica que a través del tiempo ha aumentado no solo el diagnóstico de trastornos alimentarios, sino que a la par ha incrementado la adopción de conductas de riesgo para estos trastornos.

1.1.4 Evaluación y Diagnóstico

El diagnóstico para TAIA es exclusivamente clínico, basándose principalmente en la entrevista psiquiátrica, en conjunto con la aplicación de pruebas psicológicas. Tomando a consideración los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su última versión el DSM-5 o de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, última versión es el CIE-10 (12).

Aunado a lo anterior, explorar físicamente al paciente es indispensable para conocer el estado nutricional. Considerando la tensión arterial, la analítica y el electrocardiograma. Del mismo modo, se deben tomar mediciones de peso y talla, con la finalidad de obtener el índice de Masa Corporal (IMC) (12).

Existen diversas pruebas psicométricas que ayudan en la detección de los TAIA y un posterior diagnóstico en caso que así se requiera. Entre las más utilizadas se encuentra la Encuesta SCOFF (*Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire*) la cual, fue elaborada por Morgan y colaboradores (19) incluye 5 reactivos con opciones de respuesta dicotómicas, que evalúan la pérdida de control sobre la ingesta, purgas e Insatisfacción Corporal. Esta encuesta considera que pudiera existir un TCA si se responde afirmativamente por lo menos a dos ítems (12).

De igual forma, otro instrumento utilizado es la Escala de actitudes hacia la comida (*Eating Attitudes Test-EAT*) desarrollado por Garner y Garfinkel en 1979 (20). Dicha escala cumple el objetivo de identificar síntomas y preocupaciones propios de los TCA. Se compone de 40 reactivos (EAT-40), se evalúa mediante la frecuencia a través de una escala tipo Likert de 6 puntos. Cabe considerar que se creó una versión corta de 26 ítems (EAT-26) y una adaptación para niños: *Children Attitudes Test* (ChEAT) (21). Este instrumento (EAT-40)

fue validado al español por Castro y colaboradores (22); la versión corta EAT-26 fue traducida al español por Baile y Garrido (22).

De esta forma, también se encuentra el Test de investigación de bulimia de Edimburgo (*Bulimia Test of Edimburg; BITE*) creado por Henderson y Freeman en 1987 (23). Fue estructurado para identificar a individuos que presentaban síntomas asociados a la bulimia, se conforma de 33 reactivos, dividido en una escala para síntomas y otra para medir intensidad.

Garner y colaboradores en 1983 (24), desarrollaron el Inventario de Trastornos Alimentarios (*Eating Disorders Inventory; EDI*), con el propósito de medir el riesgo de presentar un TCA, así como, diferentes áreas cognitivas y conductuales asociadas a dichos trastornos. La versión más actual se publicó en 2010, la cual conserva los reactivos del EDI-2, pero modifica e incorpora una estructura más congruente con teorías modernas y estudios empíricos. El Inventario de Desórdenes Alimentarios fue adaptado al español por Guimerá y colaboradores (25) y su segunda versión (EDI-2) fue traducido al español por Corral y colaboradores (25).

1.1.5 Modelos Explicativos

Baladia (26) retoma el modelo explicativo anteriormente propuesto de algunos de los trastornos alimentarios, como la AN. Dicho modelo señala que los trastornos alimentarios son el resultado de la interacción de tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y mantenedores. Entendiéndose como factores predisponentes aquellos que confieren la susceptibilidad de padecer un TAlA, los precipitantes (por ejemplo, la insatisfacción con la imagen corporal) establecen la toma de decisiones y dirigen a la acción, y los perpetuantes que son los factores que hacen que el cuadro se extienda e interfiera en el tratamiento. Estos tres factores pueden estar intervenidos por factores biológicos (alteraciones genéticas y alteraciones neurobiológicas), factores socioculturales (modelos familiares, desestructuración familiar, presión por cánones de belleza, influencia de pares, etc.) y factores psicológicos y cognitivos (depresión, ansiedad, trastornos obsesivos-compulsivos, alteración de la imagen corporal, etc.).

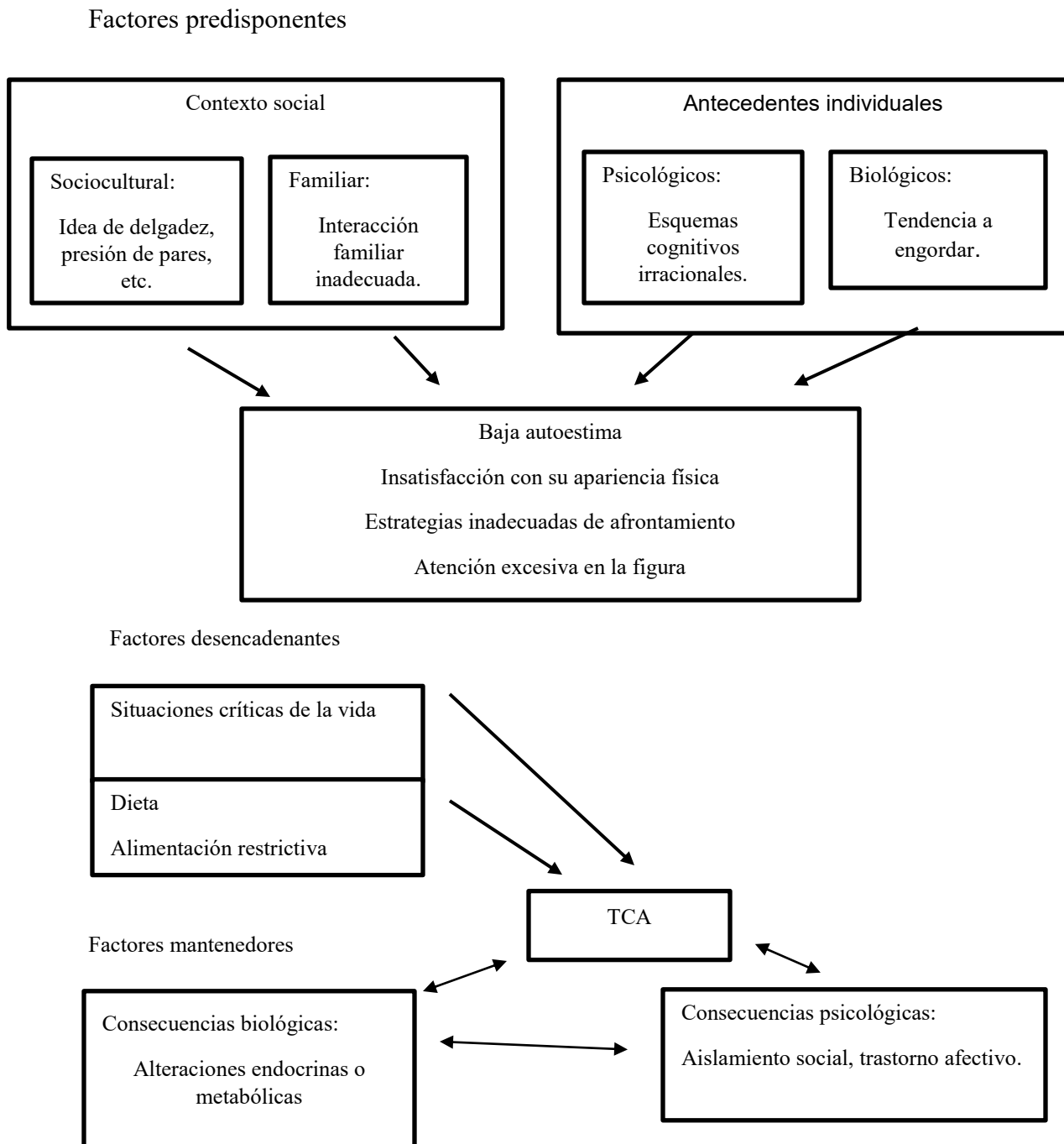


Figura 1. Modelo etiológico multifactorial, Warschburger y colaboradores, 2011.

1.2 Factores de Riesgo de Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos

1.2.1 Factores biológicos

1.2.1.1 Edad

Portela de Santana y colaboradores (14) señalan que los adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 19 años conforman el grupo con mayor riesgo para BN. Por otro lado, Van Son y Colaboradores Identificaron a aquellas edades entre 15 y 19 años y mujeres jóvenes, entre 20 y 24 años como las edades más vulnerables de desarrollar un TAI. Es importante destacar que la estimación de la razón mujeres-hombres para BN entre los adolescentes, es ocho veces inferior a la registrada en población general.

Es fundamental señalar que una de las etapas de la vida en las que existe mayor vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos alimentarios es la pubertad debido a que es el periodo de transición durante el cual el sujeto se transforma a un individuo maduro en diferentes ámbitos: físico, sexual, psicológico y social. Además, en dicha etapa comienza una mayor preocupación por la figura y la apariencia, principalmente como resultado de los cambios en las dimensiones corporales y en la distribución de la grasa, características propias de la etapa (27).

Muñoz, Bernal y Calvo (28) recapitulan que se tiene conocimiento de que los trastornos alimentarios son trastornos que surgen con mayor frecuencia en la adolescencia o edad adulta temprana. Es decir, se inicia en la adolescencia, y se incrementa su presencia en la adolescencia media o inicio de la etapa adulta; sin embargo, como señala Serrano (29) la edad ha sido uno de los factores más estudiados, ya que, conocer el momento exacto en el que se debe intervenir para mejorar los resultados e identificar el momento previo en el cual aparece un trastorno alimentario, con la intención de detectar factores de riesgo, por lo cual la edad es una variable fundamental para la comprensión de los trastornos alimentarios.

1.2.1.2 *Sexo*

En una revisión sistemática realizada por Stice y colaboradores (16) concluyen que la mayoría de las investigaciones utilizan en sus muestras población femenina, dado que se infiere que tienen un mayor riesgo de desarrollar un TAIA que los varones.

En este sentido, se ha llegado a un consenso entre los investigadores al suponer que los TCA tienen una mayor prevalencia en mujeres, considerándolas como una población de riesgo versus los hombres, a pesar de que año tras año incrementa su incidencia (18).

Por otro lado, Le Grange y colaboradores (30) han encontrado en sus investigaciones diferencias en función del sexo en cuanto a las influencias en los factores de riesgo, por tal, tener depresión, pubertad temprana o la presencia de una madre realizando dieta es un mayor predictor de riesgo en chicas, mientras que el retraso en la pubertad lo es en los varones.

Martínez y Colaboradores (31) señalan que se ha demostrado que la incidencia de estos trastornos es mayor en las mujeres debido a que su insatisfacción corporal es mayor que a la de los hombres, aunque estos siguen teniendo un porcentaje significativo.

1.2.1.3 *Índice de Masa Corporal*

La evaluación nutricional se define como la interpretación de la información que se obtiene a raíz de estudios antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos (32). La valoración del estado nutricional es un indicador importante respecto al estado de salud, es un factor de impacto en la localización de grupos de riesgo de deficiencias que pueden desencadenar enfermedades crónicas que prevalecen actualmente (31).

Los indicadores antropométricos hacen una valoración del tamaño corporal y la proporción entre talla y peso. Del mismo modo, da pauta para estimar de forma indirecta los diferentes compartimentos corporales (33).

El IMC, es el resultado de la relación entre el peso y la talla, y es un indicador para determinar sobrepeso u obesidad en personas adultas. Para la obtención de IMC, se calcula haciendo una división del peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros

(kg/m²) (34). El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (35).

IMC percentilar: los niños y las niñas tienen una cantidad diferente de masa corporal al crecer, por ello, el IMC por edad, incluye el sexo y la edad. Medidas antropométricas de peso y estatura. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

El IMC se ha investigado ampliamente como un factor clave en la imagen corporal y las conductas alimentarias. Desde edades tempranas alrededor de los 9-12 años, se ha asociado un elevado IMC con una mayor Insatisfacción Corporal y presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, e incluso se considera un importante predictor (hombres y mujeres) de Insatisfacción Corporal (36).

Medición y Diagnóstico

Diagnósticos de IMC: desnutrición (35): describe un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes; bajo peso: describe al peso corporal inferior a lo que se considera saludable para una determinada estatura; normal: describe el peso correspondiente a una determinada estatura; obesidad: rango de peso que exceden lo que se considera saludable para una determinada estatura, para la categorización se utilizan las gráficas clínicas del crecimiento de la *Centers for Disease Control and Prevention* para IMC por sexo, que se visualizan en la Tabla 1 y 2 (33).

Tabla 1.

Diagnóstico del IMC Quetelet

| Categoría/Diagnóstico | Diagnóstico del IMC Quetelet |
|------------------------------|-------------------------------------|
| Bajo peso | Menor a 18.5 |
| Normal | Entre 18.5 y 24.9 |
| Sobrepeso | Entre 25 y 29.9 |
| Obesidad grado 1 | Entre 35 y 34.9 |
| Obesidad grado 2 | Entre 35 y 39.9 |
| Obesidad grado 3 | Igual o mayor a 40 |

Tabla 2.*Diagnóstico del IMC percentilar*

| Categoría/Diagnóstico | Diagnóstico del IMC percentilar |
|------------------------------|---|
| Bajo peso | Menos del percentil 5 |
| Normal | Del percentil 5 a menos del percentil 85 |
| Riesgo de sobrepeso | Del percentil 85 a menos del percentil 95 |
| Sobrepeso | Percentil 95 o mayor |

Ahora bien, en la clasificación de sobrepeso y obesidad aplicable para hombres y mujeres en edad adulta propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el punto de corte para definir la obesidad es de un valor $IMC = 30 \text{ Kg/m}^2$ limitando el rango para la normalidad a valores de IMC entre 18,5 -24,9 kg/m^2 , y el de sobrepeso a valores de IMC entre 25-29,9 Kg/m^2 . La clasificación se muestra en la Tabla 3:

Tabla 3.*Clasificación de sobrepeso y obesidad de acuerdo a la OMS*

| Categoría/Diagnóstico | Kg/m² |
|------------------------------|-------------------------|
| Desnutrición III | < 16 |
| Desnutrición II | 16 - 16.99 |
| Desnutrición I | 17 - 18.49 |
| Normal | 18.5 - 24.9 |
| Sobrepeso | 25.0 - 29.9 |
| Obesidad grado I | 30.0 - 34.9 |
| Obesidad grado II | 35.0 – 39.9 |
| Obesidad grado III | > 40 |

1.2.2 Factores Psicosociales

1.2.2.1 Imagen Corporal

La imagen corporal es la representación que los individuos tienen acerca de cómo se ven, del tamaño, forma y contorno de su cuerpo. Este hecho también implica una evaluación, sobre la forma en como lucen, y a partir de ello generan sentimientos positivos o negativos. La imagen que se construye ésta integrada por aspectos cognitivos, emocionales, afectivos y conductuales. También se debe de tomar en consideración el aspecto sociocultural (37–39).

Del mismo modo, Chávez (40), conceptualiza la imagen corporal como una construcción social compuesta por aspectos biológicos, económicos y socio-culturales. Esta definición propone que los patrones estéticos corporales serán específicos para cada persona dependiendo de su entorno cultural. Es un constructo definido por Schilder (41), como la forma que la mente le otorga al propio cuerpo. Sin embargo, dicha imagen no siempre coincide con la apariencia física real, debido a que se incorporan actitudes y valoraciones que la persona construye de sí mismo.

En este sentido, Baile, Thompson y colaboradores (42), definen la imagen corporal como un constructo complejo, en donde se integran las percepciones del cuerpo (componente perceptivo), actitudes, sentimientos y pensamientos (componente cognitivo-afectivo), de igual forma las conductas derivadas de estas (componente conductual), esto a su vez favorece a la formación del autoconcepto y forma parte de él. Aunado a lo anterior Raich (43) señala que, en esta complicada construcción de la imagen corporal del ser humano, la imposición de un modelo estético corporal da pie a la comparación y la discrepancia entre el cuerpo ideal que asigna la sociedad y el cuerpo percibido. Surgiendo de esta forma una comparación negativa, en algunos casos, llevando a una insatisfacción corporal, estimada como una de las que afectan la autoestima.

En el año 2000, Raich hace una recopilación de distintos autores y sugiere una definición integradora para imagen corporal “Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como de movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y

valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimenta (44)”.

Para finalizar este sub apartado es preciso señalar que de acuerdo con Baladia (26) la percepción de la imagen corporal es un factor psicológico/cognitivo que potencia y dirige a prácticas alimentarias de riesgo, pudiendo ser un factor predisponente, precipitante y perpetuante. En por ello, que la detección oportuna de sus componentes, pudiera tener también un impacto en la prevención de trastornos alimentarios.

Epidemiología

La preocupación por la apariencia física alcanza su punto más alto en la adolescencia, sin embargo, el culto al cuerpo es una variable que se mantiene más o menos constante a lo largo de toda la vida.

Estudios previos (45,46) realizados por Álvarez, Mancilla y Vázquez-Arévalo han reportado elevados índices de insatisfacción corporal en mujeres mexicanas, incluyendo a niñas y púberes, adolescentes, universitarias y mujeres adultas, confirmando que en dichos grupos de edad permea la interiorización del estereotipo estético que promueve la cultura de la delgadez.

Estudios han reportado que un 48% de mujeres adultas evalúa negativamente su apariencia, un 63% están insatisfechas con su peso y un 49% están preocupadas con el sobrepeso, en estudios posteriores, se encontraron resultados similares dónde un 73.5% de las mujeres latinoamericanas y el 76.7% de las españolas de su muestra presentan insatisfacción corporal porque le gustaría estar más delgadas de lo que se perciben esto es, que el descontento de la mujer con su imagen es una cuestión general y no limitado a población clínica, ni adolescente (47-49).

De acuerdo con Cruz y Maganto (50), el 63.9% de los adolescentes manifiestan sentirse insatisfechas con su imagen corporal, por el contrario, menos del 50% de varones señalaron insatisfacción corporal. De la misma manera, el porcentaje de hombres que deseaba una figura más delgada es parecido en cuanto a proporción a los hombres que deseaban un cuerpo más robusto.

Clasificación

Ahora bien, cuando se presenta una imagen corporal negativa se clasifica en insatisfacción y alteración corporal, dependiendo de la percepción del cuerpo. Insatisfacción Corporal: Hace referencia a la inconsistencia entre la percepción del cuerpo que se posee y de la idealización del que desean tener. Puede enfocarse hacia una parte, la forma o el cuerpo en general (51). Alteración corporal: se conceptualiza la alteración de la imagen corporal como la presencia de juicios de valor sobre el cuerpo que no coinciden con la realidad (52).

La insatisfacción corporal se refiere a la valoración negativa respecto a la propia imagen, y en TAIA refiere a la forma o peso corporal, así como la afectación que ésta puede tener sobre el comportamiento (37).

Teorías

La Teoría de las Representaciones Sociales, explica que mediante el cuerpo de la mujer se ha naturalizado un orden social que establece en el cuerpo femenino un código de valores y virtudes morales con el que se controla el cuerpo de una forma social, a través de dos procesos: interiorización o anclaje y objetivación (49).

La Teoría Sociocultural del mundo occidental, defiende que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y difundido por los medios de comunicación, es interiorizado por la mayoría de las mujeres y hombres de una cultura debido a la elevada dependencia existente entre la autoestima y atractivo físico sobre todo en las mujeres. Cuanto más piensa una mujer que lo que es gordo es feo, lo delgado es atractivo y bueno, más intentará adelgazar y va a sentirse más preocupada, a pesar de engordar solo un poco, esto facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, derivándose en insatisfacción corporal (53–55).

Esta teoría examina la influencia de las experiencias, expectativas e ideales culturales, que se vinculan con roles de socialización y generan así una discrepancia entre el yo real y el yo ideal debido a la comparación social, pues muchas personas creen que tendrán éxito en todos los niveles de su vida personal si cumplen con el yo ideal. Por lo tanto, la insatisfacción corporal debe entenderse como consecuencia de la discrepancia entre el cuerpo percibido contra el cuerpo ideal (56).

El Modelo de Raich en 2002 (57), respecto a la imagen corporal señala que existen acontecimientos activadores, creencias sobre la apariencia, dialogo interno sobre distorsiones corporales, emociones negativas respecto al cuerpo y comportamientos relacionados con la apariencia: si en cada una de estas categorías se suma información que se contraponga a las creencias y percepciones de lo que debería ser, se construirá una imagen corporal con la cual no se estará satisfecho.

Alteración de la Imagen Corporal

De forma general, las investigaciones demuestran que existen sentimientos de inconformidad (en distintos grados), que se vinculan al peso y la imagen corporal, esto a consecuencia de las preocupaciones por alcanzar ideales corporales que ha establecido la sociedad (58,59).

Para hacer referencia de dichos sentimientos, se han establecido diversos conceptos que intentan explicarlos, entre los más comunes se encuentran: distorsión de la imagen corporal, sobrestimación y subestimación del tamaño corporal, insatisfacción corporal y malestar con la apariencia física. Estos términos hacen mención a los sentimientos o las valoraciones de las personas hacia su propio cuerpo. Del mismo modo, es fundamental hacer mención sobre la inconformidad con la apariencia corporal, es preciso aclarar que existen niveles de preocupación y desagrado por la misma (60).

Devlin y Zhu (61) hacen una distinción entre la angustia patológica y sobre un descontento normativo con su propio cuerpo. Sin embargo, la literatura refiere tres grados de inconformidad con el aspecto corporal:

- Malestar normativo
- Insatisfacción corporal
- Trastorno de la Imagen Corporal

Malestar normativo con la Imagen Corporal

Es considerado una molestia normal y hace mención a cierto grado de inconformidad que se manifiesta en población en general hacia algún rasgo de la apariencia física, que puede estar vinculado o no con el peso o la figura corporal, este malestar no impacta de manera significativa el estilo de vida del individuo (60,62,63).

Insatisfacción Corporal

La insatisfacción corporal es definida por Gallegos y colaboradores (64) como la agrupación de las dimensiones afectivas y cognitivas de la imagen corporal, cuando éstas se expresan de forma negativa y que tiene su origen debido a factores biológicos, psicológicos y socio-culturales, además de estar asociada a la realización de dietas a edades tempranas, con la intención de adelgazar mediante conductas no saludables. Por ende, es considerado un factor de riesgo del desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios.

Rosen (65) refiere a la insatisfacción corporal como la devaluación de la apariencia física relativa a algún ideal, es decir, se tiene la creencia de que es pesada, muy grande y ancha, y debido a esto la apariencia es desagradable. Dicha devaluación surge a partir de que se rebasa la línea del malestar normativo y su inconformidad se vincula a conductas nocivas para la salud, o incluso se puede desarrollar un trastorno alimentario.

La Insatisfacción Corporal se encuentra en un nivel o grado de descontento hacia la apariencia física. No es considerado normal, sin embargo, tampoco se manifiesta de manera severa. El interés por estudiar la insatisfacción corporal surge a raíz de la asociación con los trastornos alimentarios (66,67).

Diversos estudios realizados (68–70) arrojan que la insatisfacción corporal no se manifiesta en cualquier parte del cuerpo de forma arbitraria, es decir, está dirigida al peso corporal o hacia áreas específicas del cuerpo. Para los hombres las partes del cuerpo por las cuales se presenta mayor preocupación son: torso medio, cintura-estomago, pecho, cabello y nariz; para las mujeres son: anchura de la cadera o muslos, profusión del abdomen, nalgas, depósito de gordura en la parte trasera de las piernas (45).

Factores asociados con la Insatisfacción Corporal

Existen distintos factores asociados para el surgimiento y mantenimiento de la insatisfacción corporal, entre estos factores se encuentran (58):

- Factores socioculturales: medios masivos de comunicación, amigos, compañeros y familia.
- Factores individuales: comprende variables biológicas y psicopatologías.

Factores socioculturales

En investigaciones realizadas por Toro (71) se observó que el entorno social tiene una participación activa en la promoción del ideal de delgadez, y que esta dirige a los individuos a interiorizar una imagen corporal negativa con mayor agilidad, y por consiguiente generar ansiedad ante la representación del propio cuerpo.

Del mismo modo, entre los factores culturales es visible la presión social para ser delgada. Debido a que el contexto sociocultural promueve a la delgadez, en oposición a la gordura (47).

El rol que llevan a cabo los grupos de amigos o los compañeros en la preocupación por el peso y la figura corporal tiene un gran impacto, ya que se puede interiorizar para sus amigos los modelos sociales y/o exagerar los defectos de una persona. Del mismo modo, pueden influir como modelos, ya que si perciben que sus amigos demuestran preocupación por su físico aprenden la relevancia de este suceso preocupándose por sí mismas (46).

Dentro de los factores socioculturales, se encuentra el medio familiar debido a la influencia y transmisión de valores y costumbres. Se señala la importancia de la familia respecto a los valores y críticas que se adquieren respecto al cuerpo, particularmente a cuestiones relacionadas a los hábitos alimentarios (50). Es preciso señalar que los niños se desenvuelven en la sociedad de forma simultánea con adolescentes, jóvenes y adultos, por lo mismo pueden recibir y experimentar las influencias del medio que los rodea. Estas influencias están mediatizadas por las personas más cercanas y que son significativas socioafectivamente (62).

McFarland y Baker-Bauman (71) señalan que las madres juegan un papel importante, al ser las primeras en transmitir la definición cultural de feminidad a sus hijos, ya sea explícita o implícitamente. Además, establecen que por medio de la identificación de la niña con su madre pueden desarrollar una aversión o aceptación hacia su propio cuerpo, lo anterior se resume en que las madres son la primera influencia en el desarrollo de los sentimientos de sus hijas con relación a la apariencia corporal.

Factores individuales

Dentro de los factores individuales se reconoce la etapa de desarrollo en la que se encuentra el sujeto, particularmente en la adolescencia, ya que es cuando se inician los cambios físicos acordes a la pubertad, tales como el desarrollo de las características sexuales secundarias, las cuales pueden originar preocupaciones acerca de la apariencia física, ya que se experimenta mayor orientación hacia ésta y generalmente se hacen evaluaciones negativas (56).

Cía (72) reporta en diversas investigaciones que se observa un gran porcentaje de adolescentes con insatisfacción con la apariencia corporal. En estas investigaciones los datos que se revelan son que más de un 70% están insatisfechos con su cuerpo; otro estudio arrojó que el 46% se preocupa por su cuerpo o apariencia.

Trastorno de la Imagen Corporal

Finalmente, el Trastorno de la Imagen Corporal se encuentra en el nivel más severo respecto a la figura corporal, dicho trastorno se define como una preocupación exagerada que tiene como consecuencia un malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (59). Raich (43) sugiere que el trastorno de la imagen corporal abarca aspectos perceptuales, cognitivos y conductuales:

Aspecto perceptual: los individuos visualizan su defecto de manera exagerada, a esto se le conoce como distorsión perceptual.

Aspecto cognitivo: se presenta cuando los individuos menosprecian y desvalorizan de forma intensa su apariencia, generan pensamientos donde otras personas se percatan y se interesan por su defecto. Suelen colocar este defecto en primer lugar en una jerarquía de valores personales. Dicha preocupación puede manifestarse en cualquier momento, aunque se intensifica en situaciones sociales.

Aspecto conductual: estos individuos organizan su vida con base a su preocupación corporal. Pueden dedicar varias horas del día comprobando su defecto ante el espejo o ante otros tipos de superficies reflejantes, también puede utilizar lupas para observar mejor su defecto, puede haber limpieza y aseo excesivo. También puede ocurrir que eviten mirarse al espejo, así como solicitar de forma continua información sobre su defecto que pueda tranquilizarlos. Tienden a evitar situaciones sociales, por la idea en que otros se fijen en su defecto o ser rechazados por su apariencia.

Modelos explicativos de la imagen corporal

Slade en 1994 (73), centra su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, y la define de la siguiente manera: “La imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo” (p.498).

Slade ha elaborado un modelo explicativo sobre la imagen corporal (Figura 1).

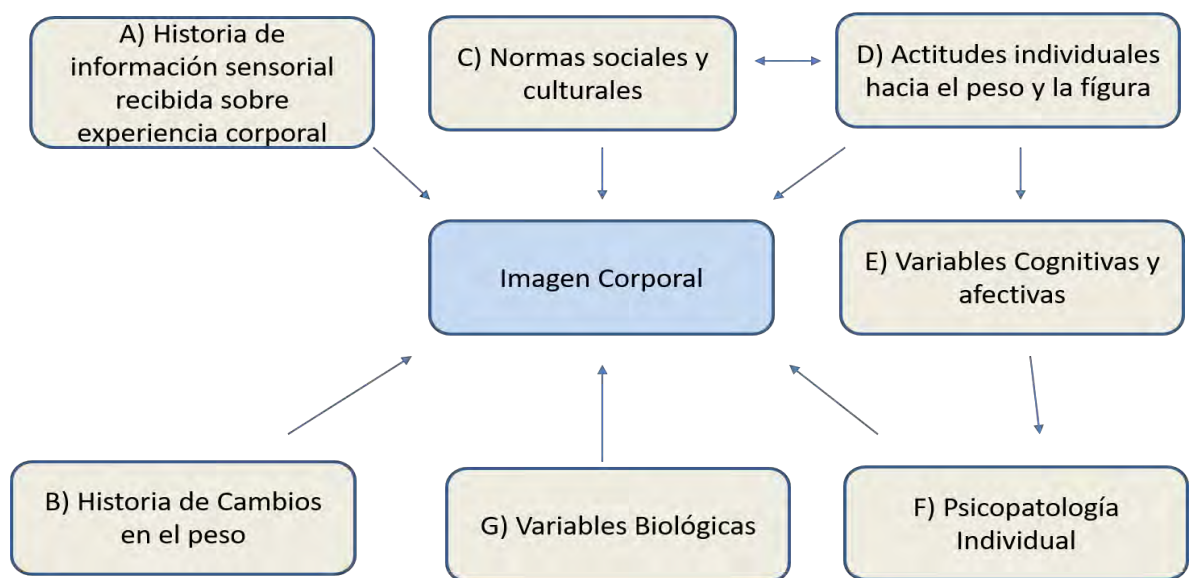


Figura 2. Modelo explicativo de la imagen corporal propuesto por Slade (1994)

Por otro lado, Gómez-Peresmitré en 1997 (74) desarrolló una conceptualización que describe las variables y relaciones que engloba el factor o constructo de imagen corporal. Dicha propuesta contempla los siguientes elementos: 1) Variables antecedentes en donde caben todas aquellas que la preceden, por ejemplo, la edad, el género y la clase social; 2) Factores teóricos o conceptos que integran la imagen corporal tales como cuerpo imaginario, cuerpo real, cuerpo ideal y cuerpo percibido, y 3) Aparecen grupos de variables que se derivan de dichos conceptos y al mismo tiempo permiten medirlos y en general abordarlos,

por ejemplo, en “cuerpo percibido” las variables satisfacción/insatisfacción y alteración, entre otras aportan información al respecto.

1.2.2.2 Estima Corporal

Definición

La Estima Corporal es la imagen o representación final que las personas tienen sobre su cuerpo, y a la observación de su atractivo estético y sexual (75). Influyen en la Estima Corporal, la retroalimentación que se recibe por parte de otros, la presión social percibida para ser delgado y la interiorización del ideal de delgadez. La evaluación desfavorable del cuerpo y el auto concepto negativo pueden llevar a las personas a realizar esfuerzos para alcanzar lo que se considera el cuerpo ideal, por ejemplo, realizar dietas restrictivas, ejercicio excesivo, e incluso recurrir a cirugías invasivas y el abuso en el consumo de sustancias para adelgazar o ganar masa muscular (76).

Clasificación

La estima del cuerpo es un término que se refiere a la imagen interna de una persona de su apariencia exterior y se refiere a menudo como imagen del cuerpo. Tiene dos componentes: percepciones de la apariencia del cuerpo, y respuestas emocionales a esas percepciones. Se ha definido como "percepciones, pensamientos y sentimientos de una persona acerca de su propio cuerpo" y como "la imagen de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra propia mente" de la infancia y en adelante nuestra imagen corporal afecta nuestros pensamientos, emociones y comportamientos en la vida cotidiana (77).

Teorías

Una de las teorías asociadas a Estima Corporal es la propuesta por Festinger sobre la "Comparación Social". Él teorizó que los individuos se comparan con otros que perciben que son similares a sí mismos por calificación y evaluándose a través de la comparación. Hay dos tipos de comparaciones según esta teoría, una comparación hacia abajo o hacia arriba. Una comparación a la baja es cuando un individuo se compara a sí mismo con otra persona que percibe que es peor, y esto entonces aumenta su propia autoestima. Una comparación

ascendente es cuando un el individuo se compara a sí mismo con alguien que percibe como superior a ellos, causando sentimientos de depresión, ira y falta de autoestima (77).

Del mismo modo, es importante retomar la historia sobre el cuerpo ideal del hombre y de la mujer, A lo largo de la historia, el nivel percibido de belleza masculina y femenina ha sido poco realistas y difíciles de alcanzar. Esta interiorización del ideal del cuerpo influye en la percepción sobre la imagen de las personas (56,64).

Imagen Corporal y Estima Corporal

Un estudio realizado en 2005, evaluó la estima corporal, aspectos sexuales como factores de riesgo para recibir violencia, se realizó en mujeres que tenían una discapacidad física, los resultados demuestran que las mujeres con altos grados de Insatisfacción son más propensas a percibirse a sí mismas como sexualmente inadecuadas y poco atractivas que las mujeres con deterioro leve. Estas percepciones negativas, cuando se combinan con un fuerte deseo de insatisfacción, aumentan la vulnerabilidad a entrar y mantenerse en relaciones abusivas con el tiempo (78–80).

Formas de Evaluación y Medición

Entre los instrumentos más utilizados para la evaluación de la Estima Corporal, está la *Body Steem Scale* (BES), que evalúa la apreciación por las partes y funciones del cuerpo (75). En 2016 es adaptada en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad, haciendo adecuaciones lingüísticas.

En 2005, la escala *Rosenberg's Self Steem Scale* (RSES), la cual evalúa los sentimientos de una persona tiene de ella misma, fue adaptada para la medición de Estima Corporal por Jorquera (81).

1.2.2.3 Conductas Alimentarias de Riesgo

Definición

Como ya se señaló la conducta alimentaria es un conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo dependiendo de la motivación biológica, psicológica y sociocultural, que están vinculadas con la ingesta de alimentos (82).

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) son alteraciones de la conducta que están vinculadas con la alimentación, las personas experimentan cambios conductuales y cognoscitivos. Es una conducta psicosocial que en algunos casos podría convertirse en una conducta no saludable (5,67,80,83).

Clasificación

Las CAR incluyen atracones, seguimiento de dietas restrictivas, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito auto-inducido, práctica de ayunos, abuso de laxantes y diuréticos, realizadas con la intención de controlar o reducir el peso corporal. Este tipo de conductas alimentarias de riesgo va en aumento, es decir, se inicia con conductas de un menor riesgo continuando inclusive con una pérdida de control ocasionando un síndrome alimentario (78,80,84).

Las CAR son consideradas como condiciones previas a los trastornos alimentarios.

De acuerdo a Unikel y Gómez las CAR se agrupan en tres categorías (85):

1. *Conductas restrictivas*: abarcan dietas restringidas, ayunos y ejercicio excesivo.
2. *Conductas purgativas*: incluye vómito auto inducido, uso de laxantes y diuréticos.
3. *Atracones*.

Conductas restrictivas

La *dieta restringida* es definida como la restricción de alimentos de forma consciente y que son considerados como factores “engordadores”, del mismo modo se prescinden de tiempos

de comida, esto con el propósito de controlar el peso y mantener una buena figura (69). Siguiendo la misma línea, Mataix et al. (86) conceptualizan las “dietas de bajo contenido energético” y son aquellas entre 800 y 1200 kcal/día y como “dietas de muy bajo contenido energético” aquellas entre 450 y 800 kcal/día.

El *ayuno* se describe como la situación en la que el individuo consume alimentos que no alcancen los requerimientos establecidos y por consiguiente no adquiera las proporciones adecuadas de energía en forma de macronutrientes, tampoco reciban vitaminas y minerales en porciones adecuadas. Asimismo, se categorizan los ayunos en: 1. Parcial, se recibe una proporción de los requerimientos nutricionales y, 2. Total, no se recibe nada, solo agua (68).

El *ejercicio excesivo* es definido por el DSM-5 (5) como aquel que obstaculiza con las actividades cotidianas de los individuos, otro aspecto es que se lleva a cabo en horarios no habituales, lugares no propios de entrenamiento o inclusive se realizan ante la presencia de lesiones o enfermedades.

Conductas purgativas

De acuerdo con el DSM-5 (5) se consideran conductas purgativas cuando se cumple el criterio diagnóstico, con la frecuencia de 1 vez por semana durante 3 meses consecutivos. Y se clasifican en:

1. Vómito auto inducido: voluntariamente, forzar el contenido gástrico a pasar por el esófago y finalmente salir por la boca.
2. Uso de laxantes, diuréticos y pastillas.

Atracón

Con base al DSM-5 (5) se conceptualiza como la ingesta de alimentos en proporciones excedentes a la que generalmente las personas consumen en tiempo y circunstancias similares, además de presentarse la sensación de pérdida de control.

Teorías

Entre los modelos explicativos de las Conductas Alimentarias de Riesgo, se encuentran las siguientes teorías: posturas psicopatológicas, que consideran a los TAIAs como resultado de una psicopatología y las posturas sociales, influencia de la sociedad como factores que intervienen en el comportamiento humano (5,77,79,80,83,87).

Posteriormente surgen Modelos Biopsicosociales, entre los más representativos se encuentra el Modelo Multifactorial, que incluye factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de carácter biológico, familiar, psicológico y social (88).

Modelos y Teorías explicativas para los Trastornos de la Conducta Alimentaria

En 2002, Moreno y Ortiz (52) proponen las siguientes principales influencias en la conducta alimentaria:

1. Influencias personales o intrapersonales, se incluye factores psicosociales, actitudes y creencias.
2. Influencias del ambiente social o interpersonales, es decir, pares y familia.
3. Influencias físicas del ambiente o de la comunidad, interviene el acceso y disponibilidad de alimentos.
4. Influencias del microsistema, permean las normas socio-culturales y medios masivos de comunicación.

Garfinkel, Garner, Stice, Heatherton y Polivy (52, 54 y 77) proponen diferentes modelos y teorías que explican los trastornos alimentarios, que a continuación se presentan:

Modelo multifactorial de Anorexia Nerviosa

Propuesto por Garfinkel y Garner en 1982 (89), estos autores hacen la clasificación en los siguientes factores:

1. *Predisponentes*: a) Individuales, que comprende las preocupaciones por la autonomía, identidad y separación, del mismo modo, se encuentra los trastornos de la percepción o del peso, desarrollo de la personalidad y procesos cognitivos; b) Familiares, se refiere a las

características demográficas (edad de los padres y clase social, cultura del peso, alimentación y delgadez, además de antecedentes familiares de trastorno afectivo, relación padres-hijos); c) Culturales, en este factor se encuentra la presión por la delgadez y enormes expectativas de rendimiento.

2. *Precipitantes*: en este apartado hace mención a la dieta restringida, ya sea para elevar el auto-control y la autoestima ante circunstancias tales como, una separación o pérdida, ruptura familiar o ante alguna amenaza directa que afecte la autoestima.

3. *Perpetuantes*: se hace visible el síndrome de inanición, vómito, fisiología intestinal, percepción sobre el cuerpo, personalidad, ganancias secundarias, énfasis en la cultura de la delgadez.

Modelo de Doble Vía

Stice en 2001 (90) propone que la motivación inicial para estar delgado y la interiorización del ideal de delgadez serán predictores de un aumento en la insatisfacción corporal, esta a su vez predecirá un aumento para llevar a cabo una dieta restringida y un incremento en el afecto negativo.

Modelo Espiral

Heatherton y Polivy (91) señalan que las personas con un grado de insatisfacción corporal realizarán dietas restringidas para controlar su peso, sin embargo, en pocas ocasiones se logra la reducción del peso. En consecuencia, puede suceder que el individuo acuda al atracón como resultado de la restricción de alimentos, a su vez este acontecimiento retroalimenta la baja autoestima repercutiendo directamente en más insatisfacción corporal.

Modelo Continuo

Se presentan las conductas alimentarias en el extremo de una línea recta y a los trastornos alimentarios en el extremo opuesto. En la parte de en medio se encuentran las conductas de riesgo en sus diferentes grados. Este modelo incluye: alimentación restringida, el dietante

crónico, diferentes grados de psicopatología y conductas de riesgo en pequeña dimensión (70).

Modelo del Desarrollo

Se hace mención que el atracón es resultado de las restricciones extensas en la dieta que tienen por fin el control de peso. En este modelo se señala que existe una relación entre la insatisfacción de la imagen corporal, las dietas restringidas y el control de peso y figura. La autora resalta que las mujeres tienden a darle mayor relevancia a la apariencia y al peso, debido a que el éxito interpersonal tiene su base en la apariencia física (78).

Imagen Corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo

Las CAR constituyen un factor de riesgo debido a situaciones sociales, culturales y familiares, generando riesgos a su salud.

En una revisión sistemática realizada en 2012 sobre la relación de las CAR y la Violencia en la Pareja Íntima se encontraron ocho estudios significativos, en donde cuatro estudios incluyeron una muestra de hombres y mujeres y los cuatro restantes únicamente incluyeron a mujeres. Entre los resultados relevantes, encontramos que los hombres con bulimia nerviosa reportaron un 66% de prevalencia de violencia física, en otro estudio de una encuesta nacional se encontró que el 25% de hombres y el 18.8% de mujeres con AN habían experimentado violencia física a lo largo de su vida. En cuanto a las mujeres con trastorno por atracón se encontró una prevalencia de violencia física a lo largo de la vida de un 18.8% y entre los hombres un 12.5% (64,77,84).

Un estudio realizado en 2016, cuyo objetivo fue describir el acoso sexual entre estudiantes italianos de ambos sexos, además de analizar la relación entre el acoso sexual y los síntomas de los trastornos alimentarios, teniendo en cuenta la violencia sexual previa. Entre los principales resultados se encontró que cualquier victimización por acoso se asoció con una mayor frecuencia de síntomas de trastornos alimentarios. Del mismo modo se señaló que las mujeres que reportaron una experiencia previa de violencia sexual presentaron un riesgo tres veces mayor de presentar síntomas de los trastornos alimentarios en comparación con otras mujeres (92).

En la misma línea, con base a la Teoría de la Objetivación se examinaron las relaciones entre las correlaciones socioculturales y psicológicas de los síntomas del trastorno alimentario, exclusivamente en hombres, se encontró relación con la internalización de los estándares culturales de atracción, la vigilancia corporal, la vergüenza corporal y los síntomas del trastorno alimentario (78).

Formas de Evaluación y Medición

La Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), consta de 61 ítems que incorpora once factores para hombre y de dieciséis para mujeres, que tiene por objetivo explorar conductas alimentarias normales y anómalas. El instrumento cuenta con una consistencia interna de .87 en el caso de los hombres y de .89 en el de las mujeres, con una escala tipo Likert (93).

Para la presente investigación se utilizó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo. La Escala ésta conformada por 10 preguntas que valoran la preocupación por engordar y las CAR en los tres meses anteriores a la aplicación (94)

1.2.3 Factores Familiares

1.2.3.1 Violencia en la Pareja íntima

Definición

De acuerdo con la OMS “La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (95).

Clasificación

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (96), clasifica a la violencia en tres apartados que son: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. Esta clasificación hace la distinción entre la violencia que se auto inflige, la que ejerce otro individuo o un grupo pequeño de personas, y la que es realizada por grupos de

mayor magnitud; por ejemplo, los estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas.

Estas tres categorías generales se subdividen en dimensiones específicas. La primera categoría de violencia dirigida hacia uno mismo, abarca aspectos de comportamientos suicidas y lesionarse a sí mismo. El comportamiento suicida incluye pensamientos, la búsqueda, intención y la realización del acto.

La violencia interpersonal se divide en: violencia intrafamiliar o de pareja y violencia comunitaria. La primera subdivisión se refiere a acciones realizadas entre miembros de la familia o la pareja con la intención de causar algún tipo de daño. Se incluye el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos.

La segunda subdivisión se presenta entre individuos que no tienen afiliación sanguínea o sentimental y ocurre principalmente fuera del hogar. Se incluye la violencia juvenil, los actos violentos, las violaciones, las agresiones sexuales por parte de desconocidos y la violencia en lugares públicos como: escuelas, lugares de trabajo, prisiones y asilos.

Por último, la violencia colectiva es el uso de la violencia ejercida por personas que son líderes de un grupo, con la intención de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Por ejemplo, conflictos armados dentro de un estado, genocidio, represión y violaciones de los derechos humanos.

Epidemiología

Un estudio realizado por INEGI en 2015, reportó las siguientes estadísticas (97):

- Violencia en la pareja en mujeres que se casaron o en unión libre antes de los 18 años con un 52.9%, a diferencia de las mujeres que se casaron a los 25 años o más, reportando un 43.4%.
- La incidencia de violencia es mayor (54.6%), en las mujeres que han tenido dos o más matrimonios a diferencia de las mujeres que solo han mantenido una unión o matrimonio.

- En cuanto a la violencia sexual, el 32% de las mujeres reporto actos de intimidación, acoso o abuso sexual. En el año 2013, en los estados de Guerrero, Chihuahua, Coahuila, Zacatecas, Morelos y Durango se encontraron las tasas más altas de defunciones por homicidio de mujeres, 13 y 6 defunciones por cada 100 mil mujeres.
- INEGI, estima que, en los años 2013 y 2014, el promedio de mujeres asesinadas corresponde a siete mujeres cada día.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica en los Hogares (ENDIREH) realizada en 2011 se reportó que en el estado de Hidalgo:

- El 47.6% de las mujeres vivieron experiencias violentas por parte de su pareja.

Del mismo modo datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, en el 2012 en Hidalgo se señaló:

- El 53.4% de personas encuestadas han presentado golpes, patadas y puñetazos, otras agresiones y el 25.9% presentó maltrato y agresión sexual con un 48 %.

El Ciclo de la Violencia

Se describen en tres fases y factores en común, antes, durante y después de la violencia. La primera fase: compuesta por violencia psicológica, verbal y económica. Esta fase tiene sub categorías: incertidumbre, detonante y actos de tensión. Segunda fase: violencia física y/o sexual, tiene por sub categorías: violencia, defensa-autoprotección y por último la tercera fase, reconciliación: promesas por parte del agresor y esperanza de cambios por parte de la víctima, tiene por subcategorías: rompimiento del ciclo (59,98–100).

El Agresor y la Víctima

En la Violencia de Pareja, se encuentra siempre a la víctima y al victimario (agresor), considerando que la violencia es un fenómeno humano y relacional y no sólo debe de estar enfocado al género, por lo cual no se puede establecer dicotomías rígidas (100).

Teorías Explicativas sobre Violencia

Entre las Teorías se encuentra la Teoría Biológica que señala que la respuesta de supervivencia de un individuo a su medio ambiente, estructura biológica desarrolla agresividad para sobrevivir. También se encuentra la Teoría Generacional, que sugiere que el rechazo y maltrato del padre, apego inseguro a la madre e influencia de la cultura machista, pueden desencadenar conductas violentas.

La Teoría Sistémica señala que la violencia es el resultado de la interacción con la dinámica familiar. Comunicación y habilidades sociales. Y por último se encuentra la Perspectiva de Género, se utiliza el modelo patriarcal para explicar el maltrato contra la mujer donde permean cuestiones culturales y sociales (7-10).

Violencia en la Pareja íntima

Definición

La *violencia* se define como las acciones dirigidas a otra persona con la intención de dañarla, imponerse, reprimir o anular. Tiene por característica la direccionalidad, ya que siempre se ejerce hacia un grupo de personas en particular. Se utiliza el concepto de Violencia en la Pareja Íntima cuando estos actos o acciones ocurren entre dos personas casadas, en unión libre o en relaciones de pareja (101).

Se trata de violencia recibida si la persona es víctima; si la persona violenta a otra nos encontramos con violencia ejercida. Si las dos personas practican violencia es recíproca; si sólo la ejerce un miembro de la pareja es no recíproca (28,55–60).

Clasificación de la Violencia en Relaciones de Pareja

La Secretaría de Gobernación y la Coordinación General de la Comisión Nacional de la Mujer, clasifica la violencia en física, psicológica, económica y sexual (103). A continuación, se define cada una.

Violencia Física

Se usa la fuerza física, generalmente se presentan golpes, rotura de objetos, empujones, bofetadas y heridas causadas por el uso de armas. Dirigida al cuerpo para ocasionar, dolor o incluso la muerte, considerándose en una categoría aparte todo lo relacionado con la sexualidad (103).

Violencia Sexual

Se usa la fuerza o la coacción para mantener relaciones sexuales con otra persona, de forma contraria a su voluntad. Dirigida a imponer o coartar las relaciones sexuales, o a vulnerar la autoestima e integridad sexuales de la persona (106).

Violencia Psicológica

De acuerdo con Cáceres (107), este tipo de violencia se refiere al maltrato verbal frecuente, hostigamiento, restricción de recursos económicos, aislamiento de su red social y posibles fuentes de apoyo. Desvalorización, hostilidad e indiferencia son tres características particulares de la violencia psicológica dirigida a la autoestima, auto concepto y equilibrio emocional (108).

Violencia Económica

Dirigida al control de ingresos, gastos y bienes. Toda acción u omisión que cause daño a través de la retención de bienes, documentos o recursos económicos que tenga por finalidad coaccionar la autonomía de otra persona (104).

Violencia en el Matrimonio

El concepto de violencia en el matrimonio engloba todas las formas de abuso que se presentan en las relaciones de pareja que sostienen o han sostenido un vínculo afectivo

estable y se incluyen acciones de una de las partes, que mediante hechos u omisiones, generan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación (109).

Modelos Explicativos de Violencia en la Pareja Íntima

A través del tiempo se ha tratado de explicar mediante la propuesta de modelos, la violencia en la pareja, para tener una mayor comprensión de lo que sucede en los episodios de violencia en el ámbito de relaciones íntimas. Se han propuesto diversos aspectos, socioculturales, educativos, estructurales, biológicos, sexo, entre otros (106,108–112).

Este modelo es propuesto por Bronfrenbrenner (113) busca explicar el desarrollo humano involucrando características propias del individuo y su ambiente inmediato. Divide el Modelo Ecológico en cuatro áreas: macrosistema, exosistema, mesosistema y el microsistema. El macrosistema se refiere a las creencias, actitudes, tradiciones y leyes de la cultura (dependiendo de la cultura en la que cada individuo se desenvuelva).

El exosistema, aspectos en donde el individuo no se encuentra de forma directa pero que influyen indirectamente en él. mesosistema, son los diferentes contextos en donde el individuo se desarrolla, también incluye el conjunto de microsistemas y como se relacionan entre sí. microsistema, se considera el área más básica, el entorno inmediato, personas con las que se convive cotidianamente (casa, escuela, etc.), las actividades y roles que realiza. Posteriormente y basados en este modelo, diferentes autores intentan explicar problemas sociales (maltrato infantil, violencia juvenil, etc.).

En la década de los 90, se comienza a explicar la violencia de pareja y de las mujeres a partir de este modelo. Las áreas propuestas con anterioridad difieren en este nuevo postulado; el macrosistema es nombrado nivel social; el exosistema, ahora es nivel comunitario o comunidad; el mesosistema es nombrado familia o nivel relacional y el microsistema como nivel individual (114–116).

Factores Biológicos y su relación con Violencia en la Pareja

Entre los factores biológicos asociados con la violencia en la pareja se encuentran: sexo, edad, IMC. En la sociedad permean relaciones de poder que son desiguales que facilitan la agresión y la tolerancia social de la violencia contra las mujeres (111). Estudios demuestran que la violencia en pareja, es más frecuente cuando los miembros que la integran, especialmente el agresor, son personas jóvenes (111). Estudios demuestran la relación del IMC con la violencia doméstica, mediante modelos de regresión lineal (112).

Factores Psicológicos asociados a la Violencia en la Pareja

Existe gran diversidad de posturas psicológicas y difieren a los determinantes de ejercer o recibir violencia (114). Estudios realizados proponen un modelo predictivo de Violencia de Género, dicho modelo señala que las acciones llevadas a cabo por el agresor son consecuencia de una variable exógena (violencia en la familia de origen), y de variables endógenas (nivel de estrés e insatisfacción marital, aceptación de la violencia como medio de resolución de conflictos, machismo, consumo de alcohol y un bajo nivel de autoestima) (7,117–120).

Una investigación reportó que existe una correlación entre la violencia y la alexitimia (incapacidad para describir y diferenciar sentimientos), puntuando más a la violencia recibida que a la ejercida; en cuanto a la violencia recibida se relacionó más con el daño que con la frecuencia y respecto a la violencia ejercida más con la frecuencia que con el daño (94,121–126).

En una revisión sistemática sobre los factores de riesgo asociados con la violencia: personales, sociales y del entorno, se observan entre los más estudiados a la edad, las características de la relación, y las características personales (127–131).

Factores Socio-Culturales asociados con la Violencia en la Pareja

Las normas culturales son esenciales para comprender la violencia; las personas actúan de diferentes formas ante situaciones similares. Entre los elementos que facilitan la agresión en la pareja hallamos: haber sufrido violencia en la infancia, el consumo excesivo de alcohol,

condiciones de carencia y pobreza; todos aquellos elementos que puedan incrementar las situaciones estresantes (115).

Violencia asociada con la Sexualidad

La sexualidad ha sido abordada desde diferentes disciplinas y está conceptualizada en términos que involucran ciertos comportamientos, prácticas y hábitos relacionados con el cuerpo, pero también se incluyen aspectos de relaciones sociales, ideas, moralidades, discursos y significados socialmente estructurados. En México, se ha investigado poco acerca de la sexualidad y la construcción cultural acerca de lo masculino o femenino, y su interacción con situaciones de violencia. La violencia sexual es resultado del desequilibrio de poder de acuerdo con la raza, etnia, clase social, género, edad, religión, orientación sexual (116).

Factores de Riesgo de la Violencia en la Pareja Íntima

Factores asociados con un nivel elevado que indican que un hombre cometa actos de violencia contra su pareja (132,133):

Factores individuales: edad, bajo nivel educativo, haber presenciado o ser víctima de violencia en la niñez, consumo nocivo de alcohol o drogas, trastornos de la personalidad, aceptación de la violencia, antecedentes de maltrato infligido a parejas anteriores.

Factores asociados con un nivel alto de incidencia para que una mujer sea víctima de violencia por parte de su pareja:

Factores individuales: bajo nivel educativo, exposición de violencia con sus padres, haber sido víctima de abuso sexual en la niñez, aceptación de la violencia y oposición a cualquier tipo de violencia.

Factores relacionales de riesgo para hombres y mujeres para ejercer o recibir violencia:

Factores relacionales: conflicto o insatisfacción con la pareja, problemas económicos, múltiples parejas sexuales por parte del hombre, dominio de los varones en la familia, discrepancia en logros educativos.

Factores comunitarios y sociales: se han reportado los siguientes factores para hombres y mujeres en diversos estudios: normas sociales de género no equitativas, pobreza, baja posición social y económica de la mujer, sanciones jurídicas, ampliación y aceptación social de la violencia como una forma de resolver conflictos, altos niveles generales de violencia en la sociedad.

Consecuencias de la Violencia en la Pareja Íntima

La violencia afecta a la salud física y mental de la mujer en formas directas (golpes) e indirectas (problemas de salud). Es decir, ser víctima de violencia es un factor de riesgo de enfermedades y trastornos (104,132,134).

Salud física: hematomas, tumefacciones, desgarros, escoriaciones, traumatismos abdominales o torácicos, fractura de huesos o dientes, discapacidad visual o auditiva, traumatismos craneoencefálicos, lesiones por intentos de estrangulación y traumatismo en la espalda y en el cuello. Además de problemas relacionados a el estrés, por ejemplo, síndrome de colon irritable, síntomas gastrointestinales, fibromialgia, distintos síndromes de dolor crónico y asma.

Salud mental: las mujeres presentan más probabilidad de padecer depresión y fobias. Además de reportar ideas suicidas e intentos suicidas. Entre otros problemas encontramos: consumo de alcohol y drogas, trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño, inactividad física, baja autoestima, trastorno por estrés postraumático, tabaquismo, autoagresión, y conductas sexuales de riesgo.

Salud sexual y reproductiva: embarazos no planeados y no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual, complicaciones del embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones urinarias, y disfunción sexual, falta de asertividad para el uso de anticonceptivos.

Mortalidad: las estadísticas reportan entre 40% y 70% de feminicidios cometidos por su pareja. Además, incrementa el riesgo de cometer un suicidio y riesgo de contraer una infección por VIH, por consiguiente, eleva el riesgo de una muerte asociada al SIDA.

Formas de Evaluación de Violencia en la Pareja Íntima

Existen diversos instrumentos para evaluar violencia en la pareja, por ejemplo, el *Abusive Behaviour Inventory* (ABI) propuesto por Shepard y Campbell (135) en 1992 y posteriormente adaptado por Rathus y Feindler, evalúa la frecuencia de comportamientos abusivos físicos y psicológicos contra la pareja; se aplica en mujeres (135).

También se encuentra la *Partner Abuse Scale Non-Physical* (PASNP), realizada por Hudson en 1992, es una escala que mide la intensidad del abuso no físico percibido por parte de la pareja, está dirigida a hombres y mujeres (136).

Uno de los instrumentos en realizado en México es el Índice de Severidad de la Violencia en Pareja (ISPV) desarrollado por Valdez en 2006, este instrumento es exclusivo para mujeres y mide la intensidad de la violencia ejercida por parte de sus parejas (137).

En 2006 se propone el Inventario de Violencia Doméstica: frecuencia y percepción, el cual evalúa la frecuencia y la percepción de violencia en situaciones de pareja, aplicado en hombres y mujeres (138).

Posteriormente el 2010 Cienfuegos y Díaz-Loving realizan el Cuestionario de Violencia en la Pareja (CVP) , que evalúa violencia ejercida y recibida en la pareja en situación de noviazgo, matrimonio o cohabitación; se aplica en ambos sexos (139).

El Cuestionario de Abuso contra la Mujer, realizado en 2013 mide la frecuencia de violencia física, psicológica o sexual contra la mujer (138).

Imagen Corporal y Violencia en la Pareja íntima

En un estudio realizado en el 2000, se encontró que existe relación significativa entre la insatisfacción corporal y la aceptación de violencia (138).

Weaver, Resnick y Kokosca, realizaron un estudio en mujeres víctimas de Violencia en la Pareja íntima, relacionando las variables de imagen corporal y estrés postraumático, cuyos resultados indicaron una asociación moderada entre dichas variables (140).

En un estudio realizado en 2002, en donde se investigó la correlación entre la satisfacción de la imagen corporal y la clase de peso percibido (bajo peso, peso promedio, sobrepeso), en una muestra de delincuentes masculinos de violencia doméstica. Se concluyó que los hombres que se identificaron como de bajo peso o con sobrepeso reportaron tener una satisfacción de la imagen corporal peor que aquellas que se percibían en un peso promedio.

Una escasa satisfacción se relacionó con el aumento de riesgo de agresión física y verbal, la tendencia a ser intimidador y/o víctima de intimidación en la infancia y el aumento de consumo de alcohol. La insatisfacción general con la imagen corporal estuvo relacionada con la tendencia a ser violento y de asumir una postura más controladora a través de actitudes y acciones (87).

Del mismo modo una investigación, cuyo objetivo fue analizar la relación entre imagen corporal, patologías alimentarias y acoso sexual entre hombres y mujeres, reportó el aumento del acoso sexual se asoció con una escala en las puntuaciones totales de patología alimentaria, las preocupaciones peso/forma restricciones, preocupaciones alimentarias, ingesta compulsiva y comportamientos para hombres y mujeres (79).

Harned (141) propone dos modelos para mujeres en dónde contemplo las relaciones entre el acoso sexual, la imagen corporal y sintomatología de TCA. Encontrando que el acoso sexual se asoció con una variedad de síntomas de TCA. Concluyendo que la imagen corporal y TCA eran resultado en lugar de antecedente del acoso sexual.

De igual manera, Wiseman y Moradi (78) retomando la teoría de la objetivación proponen un modelo para hombres, encontrando que la internalización de los estándares culturales de belleza, medió parcialmente el vínculo de las experiencias de objetivación sexual con la vigilancia corporal; la vigilancia corporal medió parcialmente la relación de internalización con la vergüenza corporal; y la vergüenza del cuerpo medió parcialmente la relación de la vigilancia corporal con los síntomas del trastorno alimentario.

Gervais y Davidson (142) examinaron las asociaciones entre el abuso psicológico y físico, la vigilancia y la vergüenza corporal en mujeres, a través de la teoría de la objetivación. Encontrando por resultado que el abuso psicológico se asociaba con una mayor auto-objetivación, más vigilancia y vergüenza corporal.

Ahora bien, se han revisado algunos de los factores biopsicosociales involucrados en la insatisfacción corporal. Que, a su vez, se encuentra dentro de los factores predisponentes para desarrollar un TCA. Se describe a continuación el planteamiento de la problemática estudiada en esta investigación.

II. Planteamiento del problema

El interés por el estudio de la imagen corporal ha adquirido relevancia en los últimos años, sobre todo como consecuencia del progresivo aumento de investigaciones que han documentado el papel que juega la Insatisfacción Corporal en el desarrollo de los TAIA, como la Anorexia y la Bulimia desde edades muy tempranas (97).

Los TAIA son un problema de salud pública y de acuerdo con distintos enfoques tienen una etiología multicausal, en la que interactúan factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores. Del mismo modo, entre sus características principales se encuentran el comportamiento distorsionado de la alimentación y la preocupación por la imagen y el peso corporal, de forma exagerada; así mismo, en ocasiones, practicando estrategias no aptas para controlar el peso, tales como la actividad física vigorosa y la restricción del consumo de alimentos (98-99).

Es por ello que en esta investigación se estableció la relación entre la Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal, la edad, el sexo, el IMC, las CAR, la Violencia en la Pareja Íntima, y la Estima Corporal; y mediante esos resultados generar un modelo predictivo de imagen corporal.

Pregunta de investigación

¿De acuerdo con el sexo de los participantes, qué efecto en cuanto a magnitud, peso y dirección tienen variables: Biológicas, Psicosociales y Sociodemográficas para predecir Insatisfacción Corporal?

IV. Justificación

Como ya se ha señalado, la imagen corporal es un constructo multidimensional que incluye diversos aspectos de tipo perceptual, cognitivo-conductual y emocional, que se asocian con otros factores biológicos, psicológicos y sociodemográficos e inclusive culturales (100). Tanto para hombres como para mujeres en las sociedades occidentales el ideal de belleza establecido es internalizado y “normalizado”; sin embargo, cuando este no se logra -en algunos individuos- puede generar una marcada insatisfacción corporal, impulsándolos a realizar conductas para alcanzar ese ideal, que pueden ser nocivas para la salud, y en un caso extremo inducir a la aparición de un TAIA (101).

Numerosas investigaciones realizadas por Buchanan y colaboradores, tienen como objetivo a la preocupación por la imagen corporal, su insatisfacción, y hacen referencia a la inconformidad normativa, destacando diferencias entre géneros; aunque, son pocas las centradas en hombres, y aún menores las que estudian a poblaciones de adultos (101).

Por otro lado, también se estudia la Violencia en la Pareja Íntima, ya que además de ser un problema grave de salud y social alrededor del mundo, investigaciones realizadas por Romito, Cedolin y Bastiani, han encontrado una prevalencia asociada con los TAIA (80).

Por todo lo señalado, la presente investigación se abocó a estudiar factores biológicos, psicosociales y sociodemográficos, que de acuerdo con diversos reportes han resultado primordiales en el estudio de la imagen corporal, particularmente en adultos hombres y mujeres, además de ser elementos clave a considerar en los programas preventivos de TAIA (ver fig. 1).

V. Hipótesis

HO: No existe efecto, magnitud, peso y dirección estadísticamente significativa entre las variables Biológicas (Sexo, IMC), Psicosociales (Conductas Alimentarias de Riesgo, Violencia en la Pareja Íntima,) y Sociodemográficas (Nivel Socioeconómico) para predecir Insatisfacción con la Imagen Corporal.

HI: Sí existe efecto, magnitud y dirección estadísticamente significativa entre las variables Biológicas (Sexo, IMC), Psicosociales (Conductas Alimentarias de Riesgo, Violencia en la Pareja Íntima,) y Sociodemográficas (Nivel Socioeconómico) para predecir Insatisfacción con la Imagen Corporal.

VI. Objetivos

6.1 Objetivo General

Evaluar el efecto de los modelos que expliquen magnitud, peso y dirección de las variables biológicas, psicosociales y sociodemográficas, que contribuyen a la predicción de Insatisfacción con la Imagen Corporal en mujeres y hombres.

6.2 Objetivos Específicos

1. Representar la distribución porcentual de las variables biológicas, psicosociales y sociodemográficas.
2. Analizar las diferencias entre las variables biológicas, psicosociales y sociodemográficas por sexo de los participantes.
3. Analizar las correlaciones entre las variables biológicas, psicosociales y sociodemográficas por sexo de los participantes.
4. Desarrollar y evaluar modelos estructurales por sexo de los participantes.

VII. Método

7.1 Contexto de la Investigación

La presente investigación se realizó con hombres y mujeres adultos, que habitan en el estado de Hidalgo, la participación fue de forma voluntaria y anónima. Se aplicó una batería de pruebas psicológicas, los participantes reportaron su peso y talla, además de responder a un cuestionario de aspectos sociodemográficos. Dicha aplicación tuvo lugar en las instalaciones de secundarias públicas de Pachuca de Soto, Hidalgo, específicamente en las aulas que se acordaron previamente con las autoridades correspondientes.

7.2 Tipo de Diseño y de Estudio

Esta investigación tuvo un tipo de estudio explicativo-transversal, con un diseño no experimental.

7.3 Definición de las Variables

Tabla 4.

Definición de las variables

| Variable Dependiente | Definición Conceptual | Medición |
|---|--|---|
| Imagen Corporal (satisfacción/insatisfacción) | <p>Constructo multidimensional que abarca tres dimensiones específicas, la valoración, inversión y el afecto. La valoración denota sentimientos de satisfacción o insatisfacción con aspectos de la apariencia física. La inversión se refiere a la importancia que la persona le da a su apariencia y el esfuerzo que se está dispuesto a hacer para lograr la apariencia física deseada. Por último, la dimensión afectiva se refiere a la experiencia emocional que se deriva de las valoraciones relacionadas con el cuerpo (143).</p> <p>La insatisfacción con la imagen corporal se presenta cuando la inconformidad con el cuerpo o con alguna parte del cuerpo lleva al individuo a desarrollar conductas nocivas para su salud con la finalidad de modificar su apariencia.</p> | <p>Escala Visual de Siluetas para medir satisfacción/insatisfacción corporal para hombres y mujeres (ver anexos 1 y 2).</p> <p>Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ; ver anexo 3).</p> |

| Variables Independientes | Definición Conceptual | Medición |
|--------------------------|---|--|
| Sexo | Condición biológica que distingue a las personas en Mujeres y Hombres. | Hombre y mujer. |
| Índice de Masa Corporal | El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos(35). | <p data-bbox="1097 594 1523 835">Los participantes auto reportaron medidas antropométricas de peso y estatura. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²) (35):</p> $\text{IMC} = \frac{\text{peso en kilogramos}}{(\text{Talla})^2}$ <p data-bbox="1097 1010 1523 1461">En la clasificación de sobrepeso y obesidad aplicable para hombres y mujeres en edad adulta propuesto por la OMS, el punto de corte para definir la obesidad es de un valor IMC = 30 Kg/m² limitando el rango para la normalidad a valores de IMC entre 18,5 -24,9 kg/m², y el de sobrepeso a valores de IMC entre 25-29,9 Kg/m².</p> <p data-bbox="1097 1509 1370 1537">Desnutrición III: <16</p> <p data-bbox="1097 1585 1425 1612">Desnutrición II: 16-16.99</p> <p data-bbox="1097 1661 1414 1688">Desnutrición I: 17-18.49</p> <p data-bbox="1097 1736 1333 1764">Normal: 18.5-24.9</p> <p data-bbox="1097 1812 1377 1839">Sobrepeso: 25.0 -29.9</p> |

Obesidad grado I: 30.0-34.9

Obesidad grado II: 35.0 – 39.9

Obesidad grado III: >40

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Conductas Alimentarias de Riesgo | Aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA (94). | Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo, para hombres y mujeres (ver anexo 4). Dicho instrumento incluye: preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito auto-inducido, uso de laxantes y de diuréticos). |
| Estima Corporal | Imagen o representación final que las personas tienen sobre su cuerpo, y a la observación de su atractivo estético y sexual (75). | Escala de Estima Corporal (ver anexo 5). |
| Violencia en la Pareja Íntima | La violencia en la relación de pareja comprende un ejercicio de poder a través de acciones u omisiones se daña o pretende dañar, herir o controlar a aquella persona con la que se tiene o tuvo un vínculo íntimo como el noviazgo, el matrimonio o el concubinato (144). | Cuestionario de Violencia en la Pareja para hombres y mujeres (ver anexo 6). Escala de Tácticas de Conflicto (ver anexo 7). |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Factores Sociodemográficos | Factores relativos a los aspectos y modelos culturales, creencias y actitudes, en esta investigación se retoman (145): | Cuestionario de aspectos Sociodemográficos (145): (ver anexo 8) |
| | <i>Nivel socioeconómico:</i> | <i>Nivel Socioeconómico:</i> |
| | Medida total económica, combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social, basada en sus ingresos, educación y empleo. | De acuerdo a los parámetros establecidos por el cuestionario AMAI: bajo, bajo medio, bajo alto, medio bajo, medio, medio alto, alto. |

7.4 Instrumentos y Materiales

Las variables se evaluaron de acuerdo con las categorías de agrupación, biológicas, psicosociales y sociodemográficas, a continuación, se detallan estas.

a) Variables Biológicas, se evaluaron de la siguiente manera:

Sexo: fue reportado por los participantes.

Índice de Masa Corporal: a través del auto reporte de peso y estatura en hombres y mujeres.

b) Variables Psicosociales

Imagen Corporal: esta variable se evaluó con dos instrumentos, a continuación, se describen:

Se incluye el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ), elaborado por Cooper, Taylor y Fairburn en 1987 (146) y posteriormente adaptado por Vázquez-Arévalo, Galán, López, Álvarez, Mancilla y Unikel en 2011 (147). Evalúa la presencia de preocupación e insatisfacción con la imagen corporal, tiene 34 ítems directos con seis opciones de respuesta que van de nunca a siempre. Presenta un elevado coeficiente alpha de Cronbach ($\alpha = .98$).

Se evaluó a través de la Escala Visual de Siluetas para medir satisfacción/insatisfacción corporal, elaborada por Gómez Peresmitré (143), está formada por nueve siluetas que cubren un continuo de peso corporal que va desde una figura muy delgada hasta una figura muy gruesa u obesa, pasando por una de peso normal. Confiabilidad por consistencia interna a través del alpha de Cronbach de .75 a .80. Cabe señalar que existe una versión para mujeres y otra para hombres (ver anexo 1 y 2).

La Satisfacción/Insatisfacción se mide como la diferencia entre figura actual y la figura ideal. Una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción, diferencias negativas o positivas, se interpretan como insatisfacción. Cuanto más grande sea la diferencia, mayor es el grado de insatisfacción. Cabe señalar, que los valores positivos (+) se consideran como Insatisfacción por *querer ser más delgados* y los valores negativos (-) se entienden como Insatisfacción por *querer ser más robustos* (147).

Estima Corporal esta variable se evaluó través de la Escala de Estima Corporal para hombres y mujeres que mide la apreciación por las partes y funciones del cuerpo, elaborada por Franzoi y Shields, 1984 (148), traducida y adaptada por Jorquera en 2005, y posteriormente adaptada por Escoto, Bosques-Brugada y Cervantes-Luna, 2016 (149). Comprende 35 ítems de tipo Likert, en donde mayores puntuaciones indican mayor aprecio por el propio cuerpo. Incluye los factores: Preocupación por el peso, condición física y atractivo sexual, con coeficientes alpha de Cronbach entre 0.81 y 0.86 (ver anexo 7).

Conductas Alimentarias de Riesgo se evaluó a través del Cuestionario Breve para Medir Conductas Alimentarias de Riesgo para hombres y mujeres, elaborado por Unikel y Bojórquez-Chapela (94), consta de 11 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito auto-inducido, uso de laxantes y de diuréticos), en los tres meses previos a la aplicación del instrumento. Confiabilidad por consistencia interna a través del alpha de Cronbach de $\alpha=0.83$ (ver anexo 6).

Violencia en la Pareja Íntima: Esta variable se evaluó mediante dos instrumentos que a continuación se describen:

Cuestionario de Violencia en la Pareja, para hombres y mujeres, elaborado por Cienfuegos y Díaz-Loving, en 2004 (139). Es una escala tipo Likert, integrada por dos sub escalas: a) violencia recibida por parte de la pareja, que consta de 27 ítems ($\alpha=.95$), con 8 ítems que están orientados a evaluar violencia psicológica y social, 7 ítems a evaluar violencia física, 7 ítems a evaluar violencia sexual; y, b) violencia ejercida contra la pareja, con 12 ítems ($\alpha=.84$), 5 orientados a evaluar la violencia psicológica, 7 ítems a evaluar otros tipos de violencia, tales como: social, económica, física y sexual (ver anexo 4).

Escala de Tácticas de Conflicto para hombres y mujeres elaborada por Strauss, Hamby, Boney McCoy y Sugarman en 1996 (150) y adaptado para población mexicana por Mora, Natera, Tiburcio y Juárez en 2008 (151). Consta de tres dimensiones: violencia emocional y física, acoso sexual y violencia de alto riesgo; cuenta con una consistencia interna global de $\alpha = 0.93$ (ver anexo 5).

c) Variables Sociodemográficas: las variables evaluadas fueron el Nivel Socioeconómico, el lugar de nacimiento, el estado civil, la ocupación, el nivel de escolaridad, y el número de hijos. Cabe señalar, que solo el Nivel Socioeconómico se consideró para la generación de los modelos (ver anexo 8).

7.5 Criterios de Inclusión.

1. Mujeres en un rango de edad de 20 a 40 años.
2. Hombres en un rango de edad de 20 a 60 años.
3. Un año o más viviendo juntos.
4. Habiten en la misma casa en el estado de Hidalgo.
5. Firmar el consentimiento informado para participar en el estudio.

7.6 Criterios de Exclusión.

1. Hombres y mujeres que no estén en el rango de edad establecido para el estudio.
2. Personas que tengan una enfermedad crónica que interfiera con el estudio o estén en tratamiento psicológico.
3. Menos de un año de vivir en la misma casa.
4. Personas en una relación de noviazgo.

7.8 Tamaño de Muestra y Muestreo

Mediante un muestreo no probabilístico intencional, se conformó una muestra de $N = 416$ participantes, de los cuales $n = 216$ fueron mujeres, con una edad media de 32.84 ($DE = 6.52$) y un rango de edad de 20 a 40 años; $n = 200$ hombres, con una edad media de 35.85 ($DE = 10.84$) y un rango de edad de 20 a 60 años.

Como parte de los objetivos de esta investigación se recopilaron y analizaron datos relacionados con la pareja. En la Tabla 5, se aprecia que las mujeres han vivido con sus parejas en promedio de 11.41 años y tienen 2 hijos; en cambio los hombres reportaron un promedio de 9.40 años y también 2 hijos.

Tabla 5.*Datos descriptivos de la muestra por sexo*

| | Mujeres | | Hombres | |
|-------------------------------|----------------|------|----------------|------|
| | (n = 216) | | (n = 200) | |
| | M | DE | M | DE |
| Tiempo viviendo con la pareja | 11.41 | 9.15 | 9.40 | 8.86 |
| Número de hijos | 2.21 | 1.22 | 2.09 | 1.52 |

Del mismo modo, se describen los resultados sociodemográficos de la muestra y la distribución porcentual de cada una de las variables analizadas. Se observa en los resultados que en su mayoría las mujeres (57.7%) viven en unión libre con su pareja.

Por otro lado, con base a las puntuaciones obtenidas, se aprecia que un 28.8% de las mujeres se situaron en el nivel socioeconómico medio, seguido del nivel medio bajo (21.9%) y alto medio (21.9%). A su vez, más de la mitad de las participantes indicaron que su nivel de escolaridad se encontraba en secundaria (34.4%) y bachillerato (33%; Tabla 6).

Del mismo modo, un 61.8% de los hombres reportaron vivir en unión libre con su pareja. Asimismo, el Nivel Socioeconómico con el porcentaje más alto fue el nivel bajo alto (26.1%), seguido del nivel medio (21.6%). Contrario a las mujeres los hombres indicaron un nivel educativo más alto, encontrándose en las categorías de bachillerato (37.7%) y licenciatura (32.7%; Tabla 6).

Tabla 6.*Distribución porcentual de los datos sociodemográficos de la muestra*

| | Mujeres (n = 216) | | Hombres (n = 200) | |
|-----------------------------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|
| | F | % | F | % |
| Estado civil | | | | |
| Casados | 91 | 42.3 | 76 | 38.2 |
| Unión libre | 124 | 57.7 | 123 | 61.8 |
| Nivel socioeconómico | | | | |
| Bajo | - | - | - | - |
| Bajo medio | 23 | 10.7 | 21 | 10.6 |
| Bajo alto | 47 | 21.9 | 52 | 26.1 |
| Medio bajo | 47 | 21.9 | 34 | 17.1 |
| Medio | 62 | 28.8 | 43 | 21.6 |
| Medio alto | 28 | 13.0 | 32 | 16.1 |
| Alto | 8 | 3.7 | 17 | 8.5 |
| Escolaridad | | | | |
| Primaria | 17 | 7.9 | 11 | 5.5 |
| Secundaria | 75 | 34.9 | 43 | 21.6 |
| Bachillerato | 71 | 33.0 | 75 | 37.7 |
| Licenciatura | 48 | 22.3 | 65 | 32.7 |
| Posgrado | 4 | 1.9 | 5 | 2.5 |

También se aprecia que más de la mitad de los participantes nacieron en el estado de Hidalgo, las mujeres en un 75.46% y los hombres 75.5% (Tabla 7).

Tabla 7.*Distribución porcentual del lugar de nacimiento por sexo*

| Lugar de Nacimiento | Mujeres | | Hombres | |
|----------------------------|----------------|----------|----------------|----------|
| | F | % | F | % |
| Estado de Hidalgo | 163 | 75.46 | 151 | 75.5 |
| Otro estado reportado | 52 | 24.07 | 47 | 23.5 |

En la Tabla 8, se muestran las categorías en cuanto a la ocupación de las mujeres, la principal actividad fue dedicarse al hogar (41.4%), seguida de ser empleada (19.1%) y ser comerciante (9.8%).

Tabla 8.

Distribución porcentual de la ocupación en mujeres

| Ocupación | Mujeres (n = 216) | |
|-------------|----------------------|------|
| | F | % |
| Hogar | 89 | 41.4 |
| Empleada | 41 | 19.1 |
| Comerciante | 21 | 9.8 |
| Otro | 64 | 29.7 |

De la misma manera, los hombres reportan como principal actividad ser empleados con un 30.2%, continuando con las siguientes ocupaciones: obrero, docente, comerciante y chofer (Tabla 9).

Tabla 9.

Distribución porcentual de la ocupación en hombres

| Ocupación | Hombres (n = 200) | |
|-------------|----------------------|------|
| | F | % |
| Empleado | 60 | 30.2 |
| Obrero | 18 | 9.0 |
| Docente | 16 | 8.0 |
| Comerciante | 13 | 6.5 |
| Chofer | 12 | 6.0 |
| Otro | 80 | 40.2 |

7.9 Procedimiento

En un primer momento se realizó el protocolo de investigación, posteriormente se solicitó y gestionaron escuelas secundarias públicas de la Ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo, para acceder a los padres de los escolares. Se explicaron los objetivos de la investigación e informaron a las autoridades correspondientes el permiso para acceder a los participantes. A partir de lo anterior se seleccionaron los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y se recabó la firma de consentimiento informado (ver anexo 8). A continuación, se establecieron fecha, hora y espacios disponibles para la aplicación de batería de pruebas psicológicas. En el momento de la aplicación se les explicó a los participantes que la participación era voluntaria y anónima; además de indicarles que auto reportaran su peso y talla, es importante señalar que la batería de pruebas psicológicas fue auto-aplicable y se realizó de forma simultánea a hombres y mujeres, y la encuesta de aspectos sociodemográficos. Dichas aplicaciones tuvieron lugar en las aulas previamente asignadas por las autoridades de las secundarias.

7.10 Análisis Estadístico

Se realizó el análisis estadístico a través del programa estadístico SPSS versión 24 y el programa EQS versión 6.1, en tres fases:

FASE 1: Análisis descriptivo (frecuencia, porcentajes, media y desviación estándar) de las variables biológicas, psicosociales y sociodemográficas.

FASE 2: Se realizó el análisis de datos descriptivos y se llevaron a cabo correlaciones de Pearson dependiendo del sexo (hombre o mujer) y de las variables biológicas, psicosociales y sociodemográficas.

FASE 3: De acuerdo con el sexo de los participantes se estableció el peso y la dirección de las variables independientes para determinar su influencia en la predicción de la variable dependiente, a partir del análisis de regresión múltiple STEPWISE (por paso). Para posteriormente desarrollar y evaluar las relaciones de dependencia e interrelaciones de las variables independientes-dependiente a través del diseño de modelos de ecuaciones estructurales.

VIII. DISEÑO

Se utilizó un diseño no experimental, con un tipo de estudio transversal, explicativo. A continuación, en la figura 3 se esquematiza.

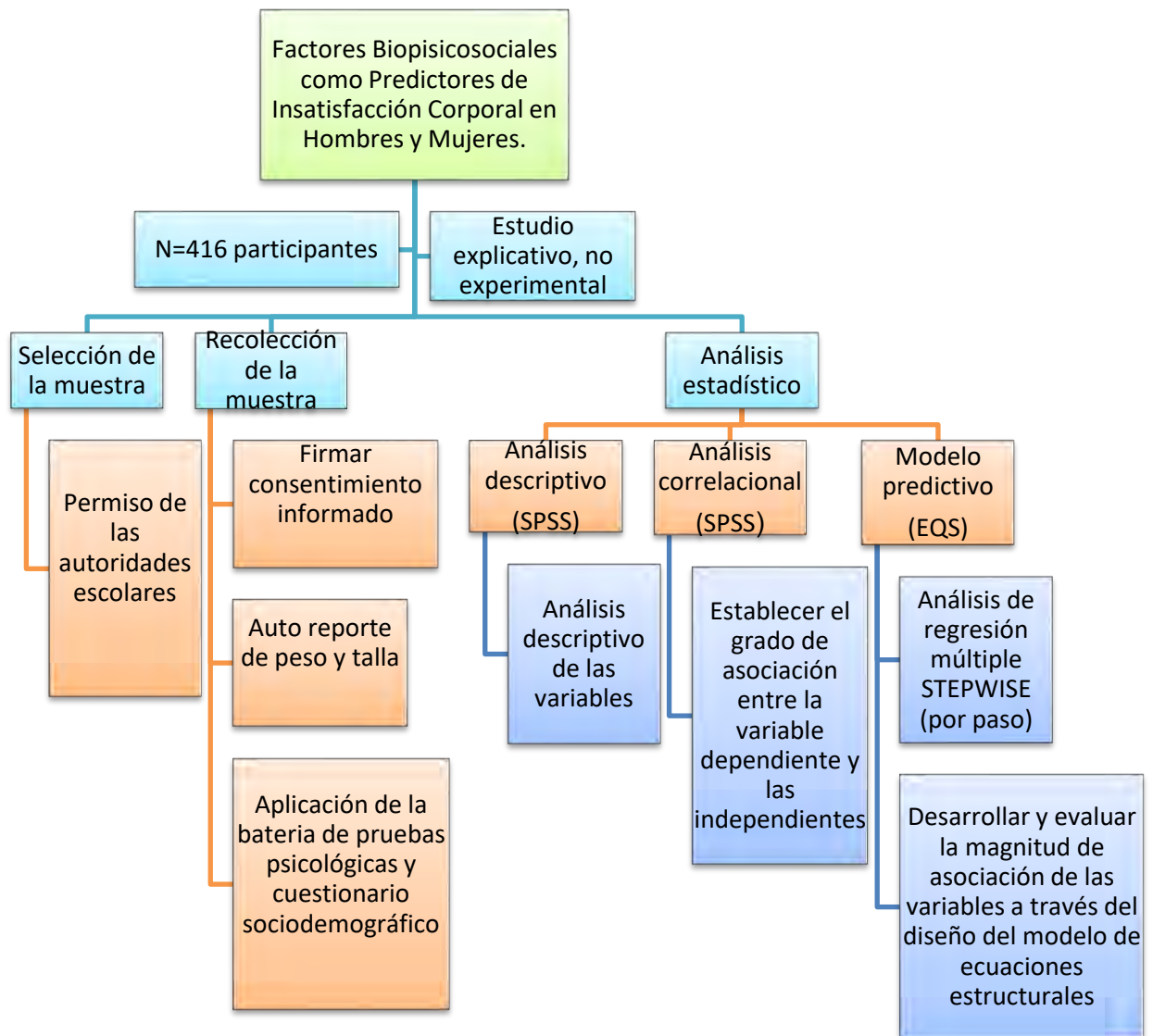


Figura 3. Esquema del diseño del estudio

IX. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio consideró las recomendaciones de la Declaración de Helsinki sobre principios éticos para las investigaciones en seres humanos (Asociación Médica Mundial, 2008). La cual destaca que se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad. El derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los que participan en la investigación.

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, el presente trabajo es viable de acuerdo a los siguientes artículos.

Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14: V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

VII. Contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- II. Refiere a investigaciones con riesgo mínimo, se describe que cuando se aplican exámenes físicos comunes como: peso y talla del sujeto, así como pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, se considera una investigación de riesgo mínimo.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I.** La justificación y los objetivos de la investigación.
- II.** La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- III.** La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

X. RESULTADOS

Se realizó un análisis estadístico a través del paquete estadístico SPSS versión 24.

La muestra se conformó de $N = 416$ participantes, de los cuales $n = 216$ fueron mujeres, con una edad media de 32.84 ($DE = 6.52$) y un rango de edad de 20 a 40 años; $n=200$ hombres, con una edad media de 35.85 ($DE = 10.84$) y un rango de edad de 20 a 60 años.

Datos Descriptivos Biológicos

Índice de Masa Corporal

A continuación, se observa en la Tabla 10, la distribución porcentual de las categorías del IMC de acuerdo con los parámetros establecidos por la OMS (102). Se visualiza que un 41.4% presenta sobrepeso, siguiéndole un 40.0% con normopeso, esto en las mujeres. Mientras que los hombres reportan un 46.7% con sobrepeso y un 36.7% en peso normal.

Tabla 10.

Distribución por categorías del IMC por sexo

| | Mujeres (n = 216) | | Hombres (n = 200) | |
|--------------------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|
| | F | % | F | % |
| Bajo Peso | 1 | 0.5 | 1 | 0.5 |
| Normal | 86 | 40.0 | 73 | 36.7 |
| Sobrepeso | 89 | 41.4 | 93 | 46.7 |
| Obesidad grado I | 26 | 12.1 | 27 | 13.6 |
| Obesidad grado II | 9 | 4.2 | 5 | 2.5 |
| Obesidad grado III | 4 | 1.9 | - | - |

Datos Descriptivos Psicosociales

A continuación, se muestra en la Tabla 8, los factores que componen en cada una de las variables psicológicas; así como se hace un análisis descriptivo de cada una de ellas.

Además, se realizó un análisis estadístico para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos. Se realizó una prueba *t de Student* para muestras independientes para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres. Los resultados indicaron que hay diferencias estadísticamente significativas en los factores de atractivo físico y sexual y en el factor de condición física y preocupación por el cuerpo. Siendo los hombres quienes se interesan más por su atractivo físico y sexual, por el contrario, son las mujeres quienes están más preocupadas por su condición física y por su cuerpo (Tabla 11).

Tabla 11.*Datos descriptivos de las variables en hombres y mujeres*

| Variables | Mujeres (n = 216) | | | | Hombres (n = 200) | | | | t | p |
|---|----------------------|------|------|------|----------------------|------|------|------|------|-------|
| | Mín. | Máx. | M | DE | Mín. | Máx. | M | DE | | |
| Estíma Corporal | | | | | | | | | | |
| Factor 1. Atractivo físico y sexual | 1.11 | 4.74 | 3.31 | 0.64 | 1.11 | 4.74 | 3.45 | 0.65 | 2.47 | 0.02* |
| Factor 2. Condición física y preocupación por el cuerpo | 1.00 | 5.50 | 2.10 | 0.95 | 1.00 | 5.50 | 1.63 | 0.81 | 5.33 | 0.00* |
| Tácticas de conflicto | | | | | | | | | | |
| Factor 1. Agresión psicológica y física | 1.00 | 3.00 | 1.47 | 0.49 | 1.00 | 3.00 | 1.44 | 0.52 | 0.61 | 0.53 |
| Factor 2. Coerción sexual | 1.00 | 3.00 | 1.30 | 0.49 | 1.00 | 3.00 | 1.34 | 0.57 | 0.71 | 0.47 |
| Violencia en la Pareja íntima | 1.00 | 3.00 | 1.27 | 0.47 | 1.00 | 3.00 | 1.32 | 0.57 | 0.91 | 0.36 |
| <i>Sub escala de violencia recibida</i> | | | | | | | | | | |
| Factor 1. Psicológica y social | 1.00 | 5.00 | 1.54 | 0.61 | 1.00 | 4.00 | 1.50 | 0.60 | 0.68 | 0.49 |
| Factor 2. Sexual | 1.00 | 4.29 | 1.45 | 0.57 | 1.00 | 4.00 | 1.42 | 0.63 | 0.57 | 0.56 |
| Factor 3. Económica | 1.00 | 4.40 | 1.46 | 0.65 | 1.00 | 4.00 | 1.38 | 0.63 | 1.36 | 0.17 |
| Factor 4. Física, intimidación y agresión | 1.00 | 4.57 | 1.53 | 0.64 | 1.00 | 4.00 | 1.48 | 0.64 | 0.79 | 0.42 |
| <i>Sub escala de violencia ejercida</i> | | | | | | | | | | |
| Factor 1. Psicológica | 1.00 | 4.40 | 1.73 | 0.64 | 1.00 | 4.20 | 1.65 | 0.67 | 1.26 | 0.20 |
| Factor 2. Otro tipo de violencia (social, económica, sexual y física) | 1.00 | 4.00 | 1.43 | 0.51 | 1.00 | 4.00 | 1.48 | 0.58 | 0.53 | 0.59 |

Posteriormente se realizó una χ^2 para conocer las diferencias entre los grupos por sexo con las variables categóricas. Se aprecia que sí existen diferencias entre grupos en todos los factores en hombres y mujeres.

Tabla 12.

Diferencias entre factores por sexo

| Variables | Mujeres | | Hombres | | p |
|---|---------|------|---------|------|--------|
| | F | % | F | % | |
| Satisfacción/insatisfacción corporal | | | | | |
| Factor 1. Presenta insatisfacción corporal | 187 | 12.9 | 188 | 5.5 | 0.009* |
| Factor 2. No presenta insatisfacción corporal | 28 | 86.5 | 11 | 94 | |
| Conductas Alimentarias de Riesgo | | | | | |
| Factor 1. Ausencia de riesgo | 169 | 78.2 | 152 | 76 | 0.05* |
| Factor 2. Riesgo moderado | 40 | 18.5 | 31 | 15.5 | |
| Factor 3. Riesgo alto | 6 | 2.7 | 16 | 8 | |
| Deseo ser más delgado/robusto | | | | | |
| Factor 1. Deseo por ser más robusto (a) | 22 | 10.1 | 79 | 39.5 | 0.001* |
| Factor 2. Satisfacción | 75 | 34.7 | 47 | 23.5 | |
| Factor 3. Deseo por ser más delgado (a) | 118 | 54.6 | 73 | 36.5 | |

Imagen corporal

Ahora bien, de acuerdo con el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ), se obtuvo el porcentaje de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, para las mujeres se encontró que el 13.0% presenta insatisfacción con su cuerpo y en los hombres un 5.5% (Tabla 12).

En la misma línea para los datos obtenidos de la Escala Visual de Siluetas para satisfacción/insatisfacción corporal se encontró que un 54.9% de las participantes desea ser más delgada y un 26% desea ser más robusta. Los hombres también indican un deseo por ser más robustos en un 39.7% y por ser más delgados un 36.7% (Tabla 12).

Para precisar los resultados anteriormente señalados, en la Tabla 13 se representan los niveles de satisfacción/insatisfacción obtenidos, en donde se observa que las mujeres desean ser más delgadas y los hombres más robustos en su mayoría.

Tabla 13.

Distribución porcentual por nivel de satisfacción/insatisfacción por sexos

| Nivel de Satisfacción/Insatisfacción | Mujeres | | Hombres | |
|--------------------------------------|---------|------|---------|------|
| | F | % | F | % |
| Desean ser más robustos (as) | | | | |
| -7.00 | - | - | 3 | 1.5 |
| -6.00 | - | - | 4 | 2.0 |
| -5.00 | - | - | 3 | 1.5 |
| -4.00 | 2 | 0.9 | 3 | 2.0 |
| -3.00 | 1 | 0.5 | 29 | 14.6 |
| -2.00 | - | - | 24 | 12.1 |
| -1.00 | 19 | 8.8 | 12 | 6.0 |
| 0.00 (Satisfechos) | 75 | 34.9 | 47 | 23.6 |
| Desean ser más delgados (as) | | | | |
| 1.00 | 39 | 18.1 | 10 | 5.0 |
| 2.00 | 41 | 19.1 | 25 | 12.6 |
| 3.00 | 12 | 5.6 | 7 | 3.5 |
| 4.00 | 12 | 5.6 | 25 | 12.6 |
| 5.00 | 4 | 1.9 | - | - |
| 6.00 | 8 | 3.7 | 6 | 3.0 |
| 7.00 | 2 | 0.9 | - | - |

Siguiendo la estructura de la Escala Visual de Siluetas, en el apartado posterior se les preguntó a los participantes que eligieran la figura más deseada por el sexo opuesto, mostrando los siguientes resultados (Tabla 14), independientemente del sexo de los participantes mayoritariamente muestran un deseo por ser más delgado, según su percepción de lo que desea el sexo opuesto.

Tabla 14.*Satisfacción/insatisfacción figura corporal deseada por el sexo opuesto*

| Factor | Mujeres | | Hombres | |
|--------------------------------|-----------|------|-----------|------|
| | (n = 216) | | (n = 200) | |
| | F | % | F | % |
| Deseo de ser más robustos (as) | 40 | 18.6 | 63 | 31.7 |
| Satisfechos | 60 | 27.9 | 35 | 17.6 |
| Deseo de ser más delgado (as) | 114 | 53.0 | 100 | 50.3 |

Del mismo modo, se les cuestionó a los participantes sobre la figura corporal que mantenían antes de vivir con su pareja, se realizó una comparación con la figura actual y se observó que en mujeres y en hombres se percibían más delgados antes de vivir con la pareja con un 63.7% y 47.7% respectivamente (Tabla 15).

Tabla 15.*Satisfacción/insatisfacción figura corporal antes de vivir en pareja*

| Factor | Mujeres | | Hombres | |
|--------------------------------|-----------|------|-----------|------|
| | (n = 216) | | (n = 200) | |
| | F | % | F | % |
| Deseo de ser más robustos (as) | 25 | 11.6 | 49 | 24.6 |
| Satisfechos | 53 | 24.7 | 53 | 26.6 |
| Deseo de ser más delgado (as) | 137 | 63.7 | 95 | 47.7 |

Conductas Alimentarias de Riesgo

Los resultados que reporta el Cuestionario Breve para Medir Conductas Alimentarias de Riesgo en las mujeres, arrojó un 78.6% que está dentro de la categoría de ausencia de riesgo. Sin embargo, un 2.8 % reportó presentar un riesgo alto de realizar una CAR.

Por otro lado, el 76.4% de los hombres reportaron ausencia de riesgo y un 8.0% reportaron estar en un riesgo alto de realizar una CAR (Tabla 12).

Estima Corporal

En cuanto a la Escala de Estima Corporal (Tabla 11) se encontró que en el factor de atractivo físico y sexual los hombres fueron quienes reportaron la media más alta (3.45), por el contrario, las mujeres puntuaron la media más alta para el factor de condición física y preocupación por el cuerpo (2.10).

Violencia en la Pareja íntima

Para la Escala de Tácticas de Conflicto en la Pareja, las medias más altas en mujeres y hombres fueron en el factor de agresión psicológica y física, $\bar{X}=1.47$ y $\bar{X}=1.44$ respectivamente (Tabla 11).

Los datos obtenidos del Cuestionario de Violencia en la Pareja, visualizan que las medias más altas de la sub escala de violencia recibida fueron en los factores de violencia psicológica y social y en el factor de violencia física, intimidación y agresión, tanto en mujeres como en hombres. Del mismo modo, para la sub escala de violencia ejercida el factor con la media más alta señalado fue el de violencia psicológica en ambos grupos (Tabla 11).

Correlaciones producto-momento de Pearson

Se realizó un análisis de correlación producto-momento de Pearson, para conocer las relaciones existentes entre las variables en las mujeres.

Como se muestra en la Tabla 16, se encontró una correlación positiva media ($r=.425$, $p=.0001$) entre el IMC y la edad de los participantes, lo que nos indica que los participantes con mayor IMC son las personas con mayor edad. Del mismo modo el IMC, mostró una correlación positiva moderada con Insatisfacción Corporal en ambos instrumentos (satisfacción/insatisfacción corporal $r=.355$, $p=.0001$; deseo por ser más delgado/robusto $r=.444$, $p=.0001$).

Tabla 16.*Tabla de correlaciones entre las variables para mujeres*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--|---|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|--------------|---------------|-------|
| 1. IMC | 1 | .425** | .351** | .444** | .313** | -.203** | .002 | -.019 | .022 |
| 2. Edad | | 1 | -.034 | .101 | -.009 | -.041 | .173* | .223* | -.062 |
| 3. Satisfacción/Insatisfacción Corporal | | | 1 | .230** | .626** | -.483** | .128 | .030 | .024 |
| 4. Deseo ser más delgada/robusta | | | | 1 | .214** | -.218** | .003 | .056 | -.022 |
| 5. CAR | | | | | 1 | -.295** | .171* | .232** | .011 |
| 6. Estima Corporal | | | | | | 1 | -.101 | -.115 | .008 |
| 7. VPI | | | | | | | 1 | .717** | -.033 |
| 8. Tácticas de Conflicto | | | | | | | | 1 | -.033 |
| 9. Nivel Socioeconómico | | | | | | | | | 1 |

(Nota: IMC=Índice de Masa Corporal, CAR= Conductas Alimentarias de Riesgo, VPI= Violencia en la Pareja íntima).

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

En esta línea, también se observa que el IMC se correlacionó positivamente y moderadamente con las CAR ($r = .313, p = .0001$) y negativamente baja con estima corporal ($r = -.203, p = .003$), lo anterior demostrando que en niveles más altos de IMC son los participantes que realizaron CAR. Del mismo modo, a mayor IMC menor aprecio con partes específicas de su cuerpo.

Por otro lado, se encontró una asociación positiva baja entre la edad reportada por los participantes con la variable de VPI, en ambos instrumentos (VPI $r = .173, p = .011$; Tácticas de Conflicto $r = .223, p = .001$), lo anterior muestra que los participantes que reportaron haber ejercido o recibido violencia en la pareja, son aquellos con mayor edad.

En este sentido se encontró que la variable de insatisfacción corporal se correlacionó positivamente con el deseo por ser más delgado/robusto ($r = .230, p = .001$) y con las CAR ($r = .626, p = .0001$), lo anterior nos indica que las personas insatisfechas con su imagen corporal, también muestran un deseo ya sea por ser más delgado o más robusto; además que a mayor presencia de insatisfacción corporal las personas realizan CAR. Por el contrario, se presentó una correlación significativa negativa con estima corporal ($r = -.483, p = .0001$), es decir, las personas que presentan insatisfacción corporal tienen un menor aprecio por partes específicas de su cuerpo.

Continuando, las CAR se correlacionaron positivamente con ambos instrumentos de violencia en la pareja (VPI $r = .171, p = .012$; tácticas de conflicto $r = .232, p = .001$), señalando de esta manera que los participantes que reportaron algún tipo de violencia ya sea, ejercida o recibida por parte de su pareja, realizan conductas alimentarias de riesgo. Además, se reportó una correlación negativa con Estima Corporal ($r = -.295, p = .0001$), a mayor presencia de CAR menor aprecio por partes y funciones del cuerpo.

Tabla 17.

Correlaciones entre los factores de las variables con satisfacción/insatisfacción corporal en mujeres

| Variable | Satisfacción/insatisfacción corporal |
|--|---|
| IMC | .351** |
| Edad | -.034 |
| Deseo de ser más delgado/ robusto | .407** |
| Conductas alimentarias de riesgo | .626** |
| Preocupación por el cuerpo y apariencia física | -.541** |
| Atractivo físico y sexual | -.435** |
| Violencia psicológica y social | .049 |
| Violencia física e intimidación | .175 |
| Violencia sexual | .149* |
| Violencia económica | .098 |
| Violencia psicológica | .138* |
| Otro tipo de violencia | .050 |
| Agresión psicológica y física | .141* |
| Coerción sexual | -.036 |
| Lesiones | -.111 |
| Nivel socioeconómico | .024 |

(Nota: IMC = Índice de Masa Corporal)

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

Posteriormente se realizó una correlación producto-momento de Pearson con los factores de todas las variables, con la finalidad de conocer específicamente las asociaciones entre ellas (Tabla 17).

En el caso de las mujeres se encontraron correlaciones positivas con satisfacción/insatisfacción corporal con las variables IMC, deseo de ser más delgado/robusto y CAR ($r = .351, p = .0001$; $r = .407, p = .0001$; $r = .626, p = .0001$), es decir, a mayor IMC, mayor deseo de ser delgado/robusto y presencia de CAR, niveles más altos de insatisfacción corporal.

Por el contrario, se encontró una correlación negativa con ambos factores de estima corporal; preocupación por el cuerpo y apariencia física y atractivo físico y sexual ($r = -.541, p = .000$; $r = -.453, p = .0001$), esto nos indica que las mujeres con niveles elevados de insatisfacción corporal son aquellas que muestran menos aprecio por partes específicas de su cuerpo.

Finalmente, se reportaron correlaciones bajas y positivas con factores de VPI, violencia sexual ($r = .149, p = .029$), violencia psicológica ($r = .138, p = .043$), agresión psicológica y física ($r = .141, p = .038$).

Posteriormente se realizó un análisis de correlación producto-momento de Pearson, para conocer las relaciones existentes entre las variables en hombres (Tabla 18).

Tabla 18.*Tabla de correlaciones entre las variables para hombres*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--|----------|---------------|---------------|----------|---------------|----------------|---------------|---------------|----------|
| 1. IMC | 1 | .282** | .308** | .012 | .202** | -.216** | -.065 | -.122 | -.056 |
| 2. Edad | | 1 | -.147* | -.044 | -.168* | -.057 | .021 | .029 | -.095 |
| 3. Satisfacción/Insatisfacción Corporal | | | 1 | .069 | .607** | -.426** | .109 | .024 | -.095 |
| 4. Deseo ser más delgada/robusta | | | | 1 | .065 | -.006 | .045 | .048 | -.010 |
| 5. CAR | | | | | 1 | -.189** | .263** | .231** | -.054 |
| 6. Estima Corporal | | | | | | 1 | .898 | .183 | .126 |
| 7. VPI | | | | | | | 1 | .798** | -.073 |
| 8. Tácticas de Conflicto | | | | | | | | 1 | .088 |
| 9. Nivel Socioeconómico | | | | | | | | | 1 |

(Nota: IMC=Índice de Masa Corporal, CAR=Conductas Alimentarias de Riesgo, VPI= Violencia en la Pareja íntima).

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

Se encontraron correlaciones positivas moderadas entre IMC con edad ($r = .282, p = .0001$) e insatisfacción corporal ($r = .308, p = .0001$), lo que nos indica que las personas con un mayor IMC son las personas con mayor edad en la muestra seleccionada. Del mismo modo, son las personas que presentan mayor insatisfacción corporal. En esta línea, también se reportó una correlación significativa positiva con las CAR ($r = .202, p = .004$), es decir, también son las personas con mayor presencia de realizar una CAR. Por el contrario, se señaló una correlación negativa baja con Estima Corporal ($r = -.216, p = .002$), hay un menor aprecio por funciones y partes específicas del cuerpo.

Continuando con las correlaciones, se encontró que la edad estaba negativamente correlacionada con la insatisfacción corporal ($r = -.147, p = .038$) y con las CAR ($r = -.168, p = .018$), lo anterior nos indica que en edades menores existe una mayor insatisfacción corporal y una mayor realización de CAR.

En cuanto a la variable de insatisfacción corporal se encontró una correlación positiva con las CAR ($r = .607, p = .0001$) y una correlación negativa moderada con estima corporal ($r = -.426, p = .0001$), nos indica que, a mayor presencia de insatisfacción corporal, mayor realización de CAR, por el contrario, también existe un menor aprecio por partes específicas del cuerpo.

Continuando con las correlaciones, se observó que las CAR se asociaron negativamente con estima corporal ($r = -.189, p = .007$) y positivamente con VPI en ambos instrumentos (VPI $r = .263, p = .0001$; ETC $r = .231, p = .001$), lo anterior nos indica que las personas que realizan estas conductas tienen un menor aprecio por partes concretas de su cuerpo, además de que también existe una mayor prevalencia de VPI ya sea recibida o ejercida.

Por último, como se esperaba ambos instrumentos de VPI se correlacionaron positivamente ($r = .798, p = .0001$).

Posteriormente se realizó una correlación producto-momento de Pearson con los factores de todas las variables, con la finalidad de conocer específicamente las asociaciones entre ellas (Tabla 19)

Tabla 19.

Correlaciones entre los factores de las variables con satisfacción/insatisfacción corporal en hombres

| Variable | Satisfacción/Insatisfacción Corporal |
|--|---|
| IMC | .308** |
| Edad | -.147* |
| Deseo se der más delgado/robusto | -.111 |
| Conductas alimentarias de riesgo | .607** |
| Preocupación por el cuerpo y apariencia física | -.502** |
| Atractivo físico y sexual | -.342** |
| Violencia psicológica y social | .085 |
| Violencia física e intimidación | .113 |
| Violencia sexual | .073 |
| Violencia económica | .131 |
| Violencia psicológica | .209** |
| Otro tipo de violencia | .004 |
| Agresión psicológica y física | .141* |
| Coerción sexual | -.053 |
| Lesiones | -.079 |
| Nivel socioeconómico | -.095 |

(Nota: IMC = Índice de Masa Corporal)

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

Se encontraron correlaciones positivas para satisfacción/insatisfacción corporal con el IMC ($r = .308, p = .0001$) y CAR ($r = .607, p = .0001$), es decir, a mayor IMC y CAR, se presentan mayores niveles de insatisfacción corporal.

Por el contrario, se encontró una correlación negativa con la edad ($r = -.147, p = .038$), a menor edad existen mayores niveles de Insatisfacción Corporal y ambos factores de Estima Corporal: preocupación por el cuerpo y apariencia física ($r = -.502, p = .0001$) y atractivo físico y sexual ($r = -.342, p = .0001$). Lo anterior nos indica que al igual que en las mujeres a mayores niveles de Insatisfacción Corporal existe un menor aprecio por partes específicas del cuerpo.

Por último, se encontraron correlaciones significativas bajas y positivas con los factores de violencia psicológica ($r = .209, p = .003$) y agresión psicológica y física ($r = .141, p = .047$). Es decir, hay una asociación baja con las personas que reportan violencia y su nivel de insatisfacción corporal.

Modelo explicativo para predecir Insatisfacción Corporal contemplando ambos sexos

Posteriormente se continuó con el análisis estadístico a través del programa EQS versión 6.1 para el desarrollo de modelos predictivos, en un primer momento se utilizó a la muestra en su totalidad (Figura 4), con base a distintos modelos predictivos encontrados en la literatura acordando a los índices de bondad de ajuste establecidos por el programa, el modelo propuesto por Gervais y Davidson en 2015. Dichos índices de Bondad de Ajuste se muestran en la sig. Tabla 20:

Tabla 20.

Índices de Bondad de ajuste del modelo para ambos sexos

| Parámetros | | Índices |
|---------------------------------------|----------------|----------------|
| | | Total |
| Estadístico Ratio de verosimilitud | X ² | 11.81 |
| Grados de libertad | G1 | 10 |
| Probabilidad | P | .2974 |
| Índice de ajuste normalizado | NFI | .980 |
| Índice Tucker-Lewis | NNFI | .993 |
| Índice de ajuste comparativo | CFI | .997 |
| Índice de ajuste incremental | IFI | .997 |
| Índice de ajuste de McDonald | MFI | .998 |
| Índice de Bondad de ajuste | GFI | .992 |
| Índice de Bondad del ajuste corregido | AGFI | .978 |

(Nota= X^2/gl = Indica si el modelo está sobre ajustado o no (si es mayor a 3 o menor a 1). / RMR Estandarizado = menor a .05. / RMSEA = menor a .8 (.6 más estricto) / GFI Y AGFI deben ser mayores a .90 / 90% CONF. RMSEA = El límite superior debe ser menor a .10.)

Modelo predictivo Chi2 = 11.82, P=0.30, CFI=1.00 RMSEA=0.02

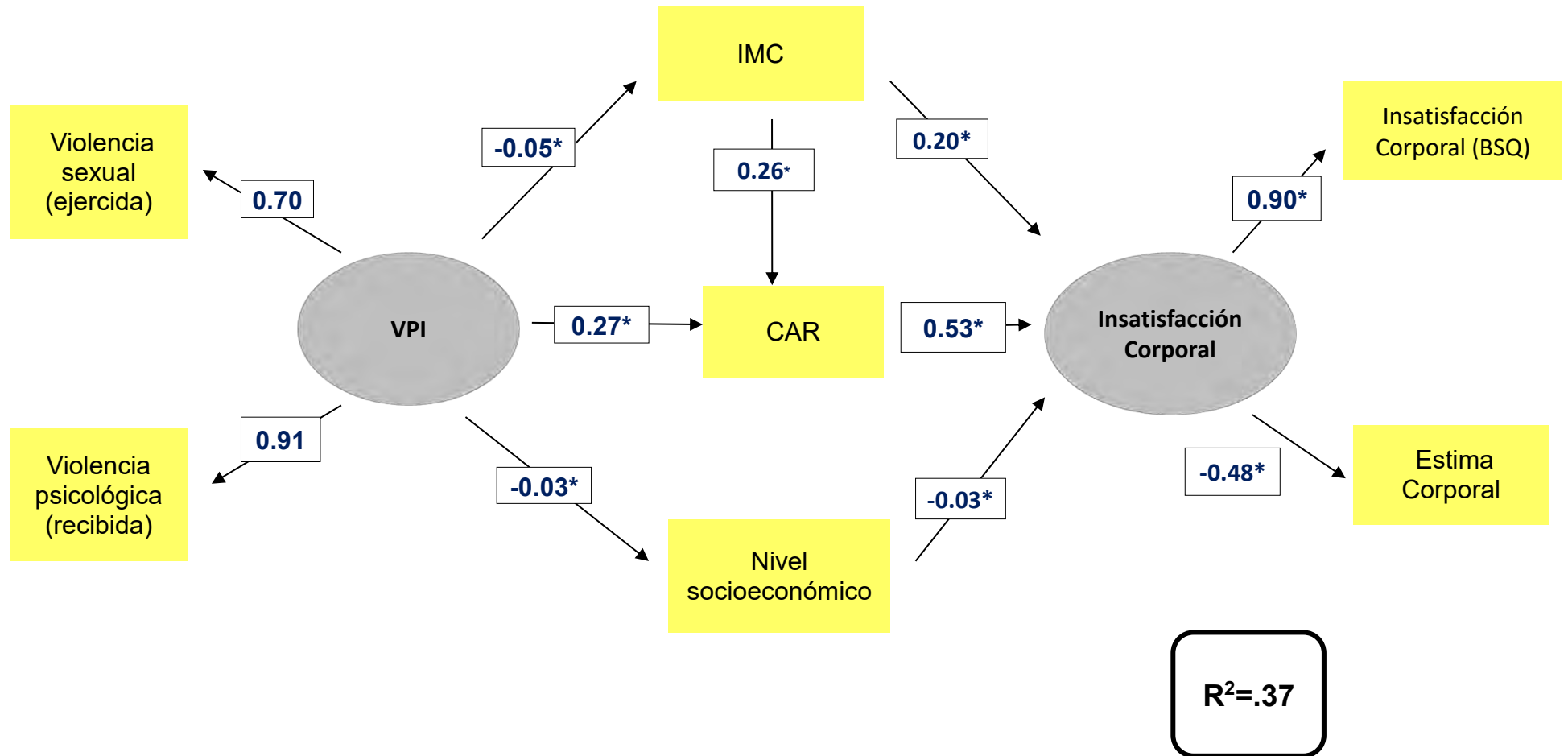


Figura 5. Modelo explicativo para predecir Insatisfacción Corporal en población general

Con base a los resultados obtenidos, se desarrolló el modelo explicativo (Figura 4), se aprecia que únicamente los factores de violencia sexual y psicológica ajustaron al modelo, del mismo modo, cabe señalar que la Escala Visual de Siluetas se omitió, ya que, así lo solicitó el análisis del programa.

En primer lugar, se observó que el IMC tuvo un efecto indirecto, es decir, estuvo mediado por las CAR para predecir Insatisfacción corporal (primer sendero). El segundo sendero significativo y como hallazgo más importante de la presente investigación fue que VPI tuvo un efecto indirecto para predecir Insatisfacción Corporal, mediada por CAR.

La varianza explicada para este modelo fue del 37%, es decir existen otros factores no contemplados en esta investigación para predecir Insatisfacción Corporal.

Modelo explicativo para predecir Insatisfacción Corporal para Mujeres

Continuando con la construcción de los modelos particularmente en las mujeres, el modelo que obtuvo los parámetros estipulados fue el siguiente (Tabla 21):

Tabla 21.

Índices de Bondad de Ajuste del modelo para mujeres

| Parámetros | | Índices |
|---------------------------------------|-------|----------------|
| | | Total |
| Estadístico Ratio de verosimilitud | X^2 | 7.763 |
| Grados de libertad | G1 | 11 |
| Probabilidad | P | 0.73 |
| Índice de ajuste normalizado | NFI | 0.973 |
| Índice Tucker-Lewis | NNFI | 1.024 |
| Índice de ajuste comparativo | CFI | 1.00 |
| Índice de ajuste incremental | IFI | 1.011 |
| Índice de ajuste de McDonald | MFI | 1.008 |
| Índice de Bondad de ajuste | GFI | 0.990 |
| Índice de Bondad del ajuste corregido | AGFI | 0.974 |

(Nota= $X^2/g1$ = Indica si el modelo está sobre ajustado o no (si es mayor a 3 o menor a 1). / RMR Estandarizado = menor a .05. / RMSEA = menor a .8 (.6 más estricto) / GFI Y AGFI deben ser mayores a .90 / 90% CONF. RMSEA = El límite superior debe ser menor a .10.)

Como se aprecia en la Figura 5, el modelo explicativo para las mujeres fue similar al propuesto en población general; sin embargo, es importante resaltar que en este modelo los factores de VPI contemplados fue el de violencia sexual recibida (para ambos sexos aparece el factor de violencia sexual ejercida) y violencia psicológica. En cuanto a los senderos significativos, en primera instancia se observa que existe un efecto indirecto en la variable de VPI, mediada por las CAR para predecir Insatisfacción Corporal.

La varianza explicada para este modelo fue del 41%, es decir existen otros factores no contemplados en esta investigación para predecir insatisfacción corporal para el caso de las mujeres.

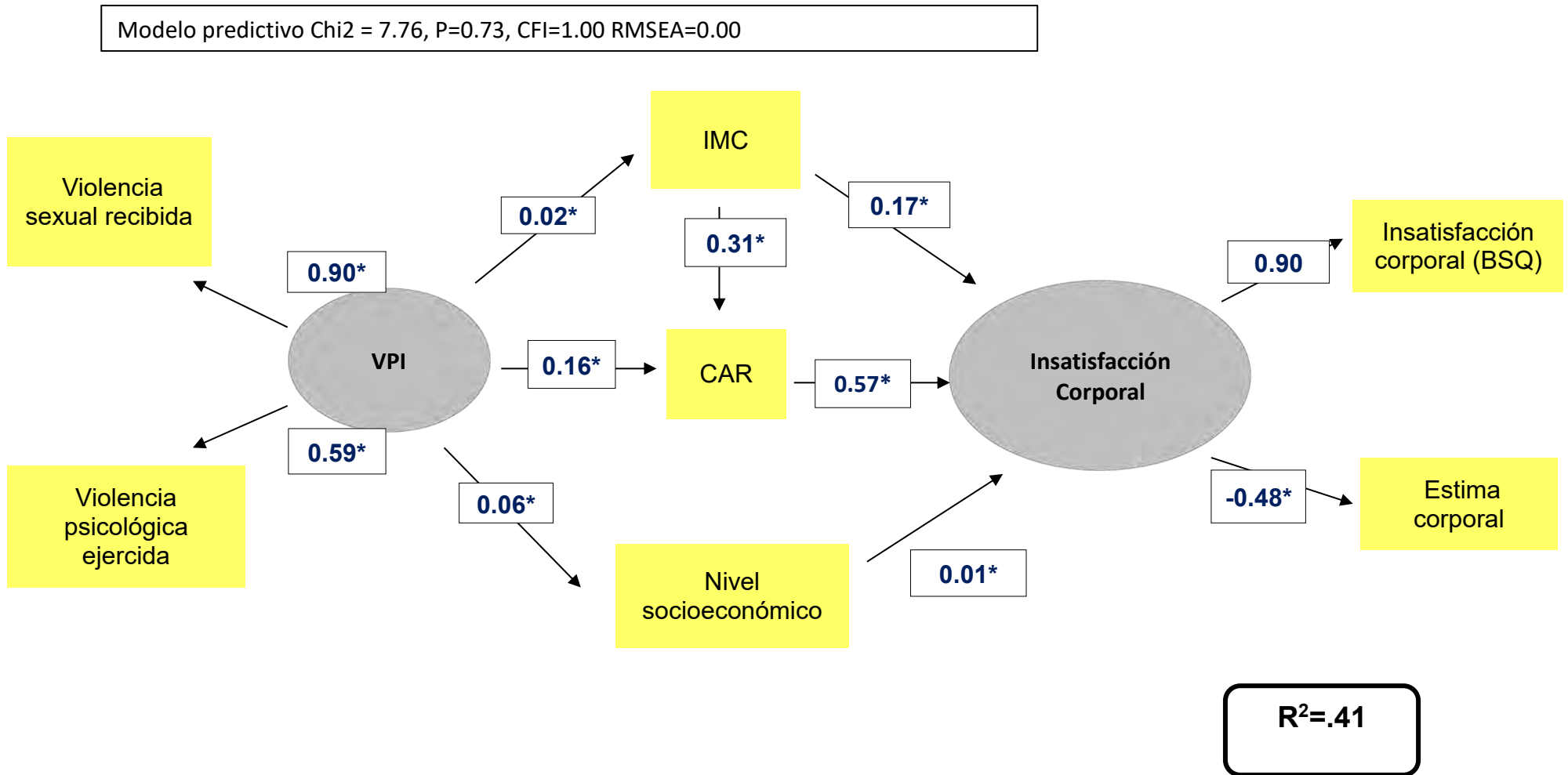


Figura 6. Modelo explicativo de insatisfacción corporal para mujeres

Modelo explicativo para predecir Insatisfacción Corporal para hombres

Continuando con la construcción de los modelos explicativos, el modelo para hombres que obtuvo los parámetros estipulados fue el siguiente (Tabla 21):

Como se aprecia en la figura 6, el modelo explicativo para los hombres se observa que en este modelo aparece el factor de violencia física contrario al de mujeres, y no se visualiza la variable de Nivel Socioeconómico. El único sendero significativo es que el IMC y VPI tienen un efecto indirecto para predecir Insatisfacción corporal, mediados por la realización de CAR.

La varianza explicada para este modelo fue del 40%, es decir existen otros factores no contemplados en esta investigación para predecir insatisfacción corporal para el caso de la población masculina.

Tabla 22.*Índices de Bondad de ajuste del modelo para hombres*

| Parámetros | | Índices |
|---------------------------------------|-------|----------------|
| | | Total |
| Estadístico Ratio de verosimilitud | X^2 | 12.006 |
| Grados de libertad | Gl | 6 |
| Probabilidad | P | 0.061 |
| Índice de ajuste normalizado | NFI | 0.977 |
| Índice Tucker-Lewis | NNFI | 0.970 |
| Índice de ajuste comparativo | CFI | 0.988 |
| Índice de ajuste incremental | IFI | 0.988 |
| Índice de ajuste de McDonald | MFI | 0.985 |
| Índice de Bondad de ajuste | GFI | 0.980 |
| Índice de Bondad del ajuste corregido | AGFI | 0.930 |

(Nota= X^2/gl = Indica si el modelo está sobre ajustado o no (si es mayor a 3 o menor a 1). / RMR Estandarizado = menor a .05. / RMSEA = menor a .8 (.6 más estricto) / GFI Y AGFI deben ser mayores a .90 / 90% CONF. RMSEA = El límite superior debe ser menor a .10.)

Modelo predictivo Chi2 = 8.66, P=0.15, CFI=0.99 RMSEA=0.06

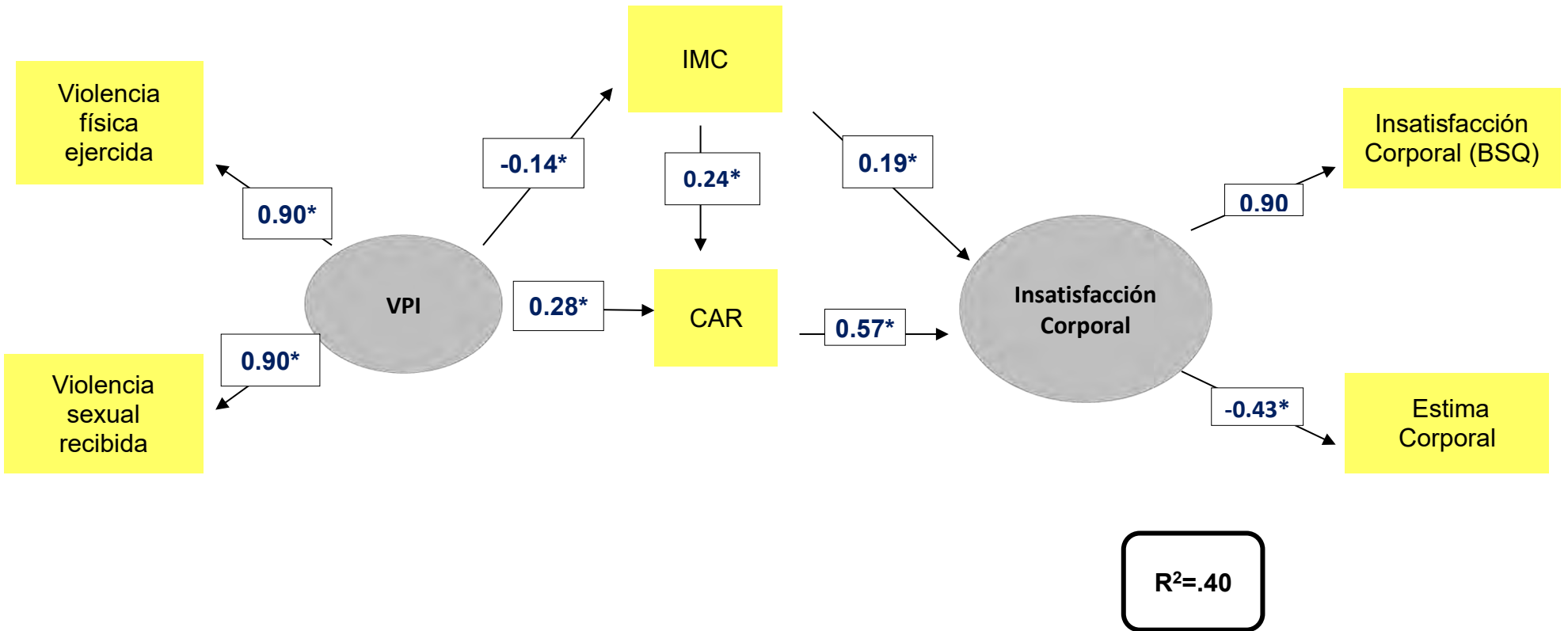


Figura 7. Modelo explicativo de insatisfacción corporal para hombres

XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La incidencia en cuanto a la prevalencia de AN y BN es un problema que ha incrementado a través del tiempo, la presencia de estos trastornos origina graves repercusiones en la salud física y psicológica de la persona, además de que el tratamiento y recuperación tienen un nivel elevado de complejidad.

Por ello, es de vital importancia en un primer lugar generar y desarrollar estrategias de intervención que permitan ofrecer un óptimo pronóstico a quienes los padecen. En segundo lugar, mejorar las estrategias para la detección y prevención de los mismos, por lo cual es preciso conocer las variables asociadas a la aparición, el desarrollo y el mantenimiento de AN y BN.

El objetivo de esta investigación se cumplió, ya que, se estableció el rol de factores biológicos (IMC), psicológicos (CAR y VPI) y sociodemográficos (Nivel Socioeconómico) en la predicción de Insatisfacción Corporal en una población adulta.

Como primer hallazgo de este estudio se presentaron los porcentajes de IMC tanto para mujeres como en hombres, siendo las categorías de normo peso y sobrepeso las que obtuvieron los porcentajes más altos en ambos grupos. Además, es preciso puntualizar que por lo menos la mitad presentaba sobrepeso u obesidad, siendo los hombres quienes alcanzaron el puntaje más alto.

El hecho de que en esta muestra el 60.8% de los participantes presentará sobrepeso u obesidad resulta alarmante, debido que se ha documentado que México se encuentra entre los primeros países de obesidad infantil y adulta, la gravedad de esta enfermedad radica en que su presencia trae consigo consecuencias médicas, como diabetes, hipertensión, hígado graso, apnea del sueño, entre otras y consecuencias psicológicas entre las cuales se encuentran depresión, alexitimia, distimia, fobias, trastorno por atracón, entre otras. . (152,153).

En el presente estudio se estimó, dentro de la población femenina, un mayor número de mujeres que desean una figura más delgada que quienes están satisfechas con su cuerpo, lo anterior coincide con investigaciones realizadas por Saucedo y Unikel (88), en población hidalguense, concluyendo que en dicha inconformidad influye la presión sociocultural que favorece la interiorización en el individuo de que el ser delgado es sinónimo de éxito, de mayor aceptación social, de femineidad y de que a menor porcentaje de grasa corporal se adquiere mayor control y mayor autoestima.

En contraste, se encontró que un mayor porcentaje de hombres desean tener un cuerpo más robusto, de acuerdo al ideal masculino de ser delgados y musculosos. Como consecuencia, algunos hombres desean ser más delgados, mientras que otros desearan tamaños corporales más grandes que incluyan más músculos (71) . Este hallazgo sugiere la necesidad de profundizar en el estudio del ideal de belleza para ambos grupos.

Los datos arrojados por la presente investigación en cuanto a la comparación entre sexos, se observó que las mujeres son quienes presentan mayor insatisfacción corporal, tienen un mayor deseo por ser más delgadas, se preocupan más por su condición física y cuerpo; además de ser quienes reportaron una mayor frecuencia en recibir VPI. Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten confirmar que las mujeres son la población con mayor susceptibilidad para presentar sintomatología asociada con los trastornos alimentarios.

Diversos estudios (154,155) hallaron que la prevalencia de estos factores (CAR, VPI, Estima Corporal, Insatisfacción Corporal) difiere según el sexo, debido a que en población femenina existe una mayor prevalencia que en los hombres. Para explicar dichas diferencias Genis-Mendoza, Tovilla-Zarate y Nicolini en 2013 (156) sugieren que las mujeres presentan una mayor predisposición genética al igual que una mayor exposición a factores socioculturales para desarrollar un TCA.

Por otra parte, se han planteado ciertas dificultades en la detección de trastornos alimentarios en población masculina que podría deberse en parte, a que los hombres no suelen hacer explícito el deseo de estar más delgados, entre otros aspectos (157); sin embargo, contrario a lo que se esperaba fueron los hombres quienes presentan mayor riesgo alto de realizar CAR, se observó una mayor preocupación por su atractivo físico y sexual y

reportaron una mayor frecuencia de ejercer violencia contra su pareja (social, económica, sexual y física). Estos resultados nos indican la importancia de realizar más investigaciones en dónde se contemple una población masculina. De acuerdo con Mancilla y colaboradores (157) en los últimos 20 años el estudio de los trastornos alimentarios o su sintomatología en hombres ha recibido mayor interés, del mismo modo estos autores señalan que estudios recientes han demostrado que los hombres también son afectados por las expectativas socioculturales acerca de la forma corporal e intentan cambiar su cuerpo. En general los hombres se encuentran en mayor riesgo de presentar problemas relacionados con la musculatura.

Las comparaciones entre sexos confirman que se presenta sintomatología asociada con los trastornos alimentarios, lo cual señala la necesidad de continuar trabajando en la prevención de estas psicopatologías, no sólo haciendo promoción de una alimentación y calidad de vida saludable, sino también atendiendo cuestiones sociales y psicológicas como las CAR, la estima corporal, violencia sexual y psicológica que en la presente investigación se encuentran estrechamente relacionadas a aspectos corporales, específicamente con la inconformidad hacia su cuerpo.

Por otra parte, se deben desarrollar medidas preventivas dirigidas para ambos sexos. Además de considerar seguir explorando las causas que emanen la presencia de sintomatología asociada a los trastornos alimentarios en hombres, al mismo tiempo de estudiar nuevas problemáticas asociadas a la imagen corporal en hombres., como lo es el deseo por un cuerpo musculoso.

En primera instancia, respecto de los modelos de Insatisfacción Corporal que se realizaron con la muestra total se confirmaron dos de los supuestos hipotéticos relativos respecto al rol predictivo para Insatisfacción Corporal, que son el IMC y CAR, teniendo un efecto directo para predecir Insatisfacción Corporal. Por otra parte, como el hallazgo más importante fue que el sendero que mejor explicó Insatisfacción Corporal fue el de VPI mediado por CAR, los factores de VPI, específicamente violencia sexual y psicológica tuvieron un efecto indirecto para la predicción de Insatisfacción Corporal, este hallazgo es

relevante en esta población en particular, ya que no existe un modelo que integre la variable de VPI en población adulta en México.

Lo anterior concuerda con investigaciones realizadas por Wiseman y Bonnie; Harned; Gervais y Davidson; Claudat y Warren quienes demostraron a través de modelos explicativos que existen efectos directos e indirectos con VPI para predecir Insatisfacción Corporal en población universitaria (142,158–160).

González y colaboradores (90) señalan que se ha relacionado la disfunción familiar con el desarrollo, mantenimiento y permanencia de los trastornos alimentarios. Dicha disfunción se hace visible debido a las dificultades que se presentan en los procesos de comunicación de la familia, aumento en la rigidez, menor cohesión y menor flexibilidad.

Retomando el modelo para mujeres propuesto por Harned (141), se puede apreciar una similitud en cuanto al modelo propuesto en esta investigación, ya que, ambos consideran la violencia sexual es un antecedente para insatisfacción corporal. De igual forma, los dos modelos contemplan aspectos alimentarios (en la presente investigación las CAR, y en el modelo de Harned el comer emocional) como variables mediadoras para predecir insatisfacción corporal.

En la misma línea, en el modelo para hombres propuesto por Wiseman y Moradi (78), es similar al modelo para hombres que se propone en esta investigación, en cuanto que ambos integraron la variable de violencia sexual. Sin embargo, en el modelo de Wiseman y Moradi, la vigilancia y vergüenza corporal son variables mediadoras para predecir sintomatología de TCA, contrario al presentado en esta investigación, en donde las CAR funcionan como variables mediadoras para predecir insatisfacción corporal.

Por otro lado, Gervais y Davidson (160) en el modelo que proponen integran violencia psicológica y física, sin embargo, en el modelo para mujeres de esta investigación solo se contempla la violencia psicológica. Por el contrario, en el modelo para hombres solo se integra violencia física y sexual.

XII. CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos demuestran que existe sintomatología asociada con trastornos alimentarios en población adulta y en ambos sexos.
- Las CAR fungieron como variables mediadoras de los efectos indirectos de violencia sexual y psicológica, de acuerdo a los modelos revisados previamente, para predecir Insatisfacción Corporal en el caso de las mujeres.
- En el caso de los hombres, los factores de VPI que se contemplaron fue violencia física y sexual, lo cual concuerda con investigaciones previamente realizadas.
- El entendimiento de este fenómeno podría ayudar a su prevención primaria y secundaria y a guiar la estrategia terapéutica, considerando las variables psicológicas contempladas en este estudio.
- El presente estudio es un antecedente para futuras investigaciones al integrar VPI en esta población en particular.
- Uno de las principales aportaciones de este estudio es haber analizado la correlación entre estas variables poco estudiadas en una población adulta; y cuyos resultados fundamentan la necesidad de seguir investigando a este tipo de población, asimismo como el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud.

XIII. RECOMENDACIONES

Se plantea que es indispensable identificar otros factores de riesgo que predigan la aparición de trastornos alimentarios y extender el conocimiento mediante modelos explicativos que especifiquen cómo estos factores de riesgo funcionan en conjunto para predecir el surgimiento de AN y BN, para posteriormente incluir este contenido a los programas

Por lo tanto, es vital identificar factores de riesgo que predigan la aparición futura de trastornos alimentarios y conocimiento avanzado de modelos explicativos que especifiquen cómo estos factores de riesgo funcionan conjuntamente para predecir el surgimiento de estos síndromes, porque esto debería informar al contenido de programas de prevención efectivos e identificar poblaciones de alto riesgo a las que apuntar con programas selectivos de prevención.

XIV. LIMITACIONES

Ciertas limitaciones de este trabajo deben de ser mencionadas. En primera instancia, el hecho de no profundizar en la causalidad de las condiciones estudiadas, debido a que el diseño del estudio es transversal. En segundo lugar, fue que se utilizó el auto reporte para la obtención del IMC.

Además, se sugiere incluir una entrevista para complementar el diagnóstico de violencia por parte de la pareja íntima. Del mismo modo, considerar abordar a la pareja en posteriores estudios. También es necesario enfatizar en el hecho de que los datos sólo son generalizables a la muestra incluida en el estudio y no a la población general.

XV. BIBLIOGRAFÍA.

1. Muñoz-Calvo M. Trastornos del comportamiento alimentario. *Protoc diagn ter pediatr.* 2011;1(1):255–67.
2. Shelton S, Liljequist L. Characteristics and behaviors associated with body image in male domestic violence offenders. *Eat Behav.* 2002;3(3):217–27.
3. Medrano A, Miranda M, Figueras VM, Figueras VM. Partner violence against women in México: a look at the attention of the health sector from an intersectional perspective. *Multidiscip J Gend Stud.* 2017;6(1):1231–62.
4. Gayou-Esteva U, Ribeiro-Toral R. Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre de Querétaro. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2014;5(2):115–23.
5. Vázquez-Arévalo R, López X, Tellez-Girón M, Mancilla-Díaz J. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2015;6(1):108–20.
6. Álvarez-Malé ML, Castaño IB, Majem LS. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutr Hosp.* 2015;31(5):2283–8.
7. Aguilar Y, Valdez J, González N, González S. Los Roles de Género de los Hombres y las Mujeres en el México Contemporáneo. *Enseñanza e Investig en Psicol.* 2013;18(2):207–24.
8. Gaete M, López C, Marcela M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2012;23(5):579–91.
9. Vázquez R, López X, Ocampo M, Mancilla-Díaz J. Eating disorders diagnostic : from the DSM-IV to DSM-5. *Mex J Eat Disord.* 2015;6:108–20.
10. Gómez-Candela C, Lourenco R, García M, Zurita L. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2007;27(137):7–17.
11. Astudillo R, Arancibia M. DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiatra.* 2014;52(1):22–33.

12. Fernández S, Grande T, Banzo C, Félix-Alcántara MP. Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Medicine (Baltimore)*. 2015;11(86):5144–52.
13. Dickerson S, Humphrey F, Handford A, Mitchell J. Rumination Disorder: Differential Diagnosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1979;27(3):300–2.
14. Portela De Santana ML, Da Costa Ribeiro J, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):391–401.
15. Peláez MÁ, Labrador F, Raich RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2005;5(2):135–48.
16. Stice E, Rohde P, Marti N. Development and Predictive Effects of Eating Disorder Risk Factors During Adolescence: Implications for Prevention Efforts. *Int J Eat Disord*. 2014;0(0):1–12.
17. Álvarez-Malé ML, Bautista I, Serra L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):2283–8.
18. Cruz-Sáez MS, Pascual A, Etxebarria I, Echeburúa E. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales*. 2013;29(3):724–33.
19. Rueda GE, Díaz LA, Campo A, Barros JA, Ávila GC, Oróstegui LT, et al. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*. 2005;823(1):196–202.
20. Veloso V, Pronk L, Santos S, Walberto G, Rildésia S V, Cavalcanti JPN. Test de Actitudes Alimentarias: Evidencias de Validez de una Nueva Versión Reducida. *Intera*. 2010;44(1):28–36.
21. Soledad L, Murawski B, Guindo F, Rutzstein G. Propiedades Psicométricas del Children's Eating Attitudes Test (ChEAT): una escala de identificación de riesgo de trastornos alimentarios en niños. *Lab Evaluación Psicológica y Educ*. 2012;11(1):18–39.
22. Dos Santos M, Francischi R, Baeza F, Tucunduva S. Adaptación y validación al

- español del Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perspect en Nutr humana*. 2011;12(1):11–23.
23. Openshaw C, Waller G. Psychometric properties of the Stirling Eating Disorder Scales with bulimia nervosa patients. *Eat Behav*. 2005;6(2):2004–6.
 24. Unikel C, Bojorquez L, Carreño S, Caballero A. Validación del Eating Disorder Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria. *Salud Ment*. 2006;29(2):44–51.
 25. Urzúa A, Castro S, Leal C. Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años. *Rev Chil Nutr*. 2009;36(4):1063–73.
 26. Baladía E. Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Rev Española Nutr Humana y Dietética*. 2016;20(3):161–3.
 27. Saucedo-Molina T, Escamilla-Talón T, Portillo-Noriega I, Peña-Irecta A, Calderón-Ramos Z. Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalgenses , hombres y mujeres , de 11 a 15 años de edad †. *Rev Investig Clin*. 2008;60(1):231–40.
 28. Muñoz MJ, Bernal P, Calvo F. Detección de trastornos de la conducta alimentaria en una unidad de alcoholismo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015;35(128):817–28.
 29. Serrano A. Valoración de la eficacia de un programa de intervención frente a un grupo control. Universidad Autónoma de Madrid; 2015.
 30. Cruzat C, Haemmerli C, García A. Trastornos de la conducta alimentaria: Reflexionando en torno a las variables socioculturales. *Mex J Eat Disord*. 2012;3(1):54–61.
 31. Martínez C, Veiga P, López A, Cobo J, Carbajal A. Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal. *Nutr Hosp*. 2005;20(3):197–203.
 32. Beghin I, Cap M, Dujardin B. Guía para Evaluar el Estado de Nutrición. *Organ Panam la Salud*. 1994;515(1):85.

33. Kaufer-Horwitz M, Toussaint G. Indicadores Antropométricos para evaluar Sobrepeso y Obesidad en Pediatría. *Medigraphic*. 2008;65(1):17.
34. Corsino EL. Determinación del Índice de Masa Corporal (Índice de Quetelet). *Saludmed*. 2008;1(1):10.
35. Organización Mundial de la Salud. OMS | Obesidad y sobrepeso [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [cited 2016 Oct 21]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
36. Amaya A, Álvarez G, Ortega M, Mancilla JM. Peer influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2017;8(1):31–9.
37. Lev-Ari L, Baumgarten-Katz I, Zohar AH. Eating Behaviors Mirror , mirror on the wall : How women learn body dissatisfaction. *Eat Behav*. 2014;15(3):397–402.
38. Chen H, Gao X, Jackson T. Predictive models for understanding body dissatisfaction among young males and females in China. *Behav Psychol*. 2007;45:1345–56.
39. Wiederman M. Women's body image self - consciousness during physical intimacy with a partner Women's Body Image Self-Consciousness During Physical Intimacy With a Partner. *J Sex Res*. 2010;20(1):60–8.
40. Chávez AM, Macías LF, Gutiérrez R, Martínez C, Ojeda D. Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses. *Acta Univ*. 2004;14(2):17–24.
41. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor J, López-Miñarro PÁ. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp Nutr Hosp*. 2013;2828(1):27–3527.
42. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal? *Rev Humanidades “Cuadernos del Marqués San Adrian.”* 2015;2:1–17.
43. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Av en Psicol Latinoam*. 2004;22:15–27.
44. Ramos P, Rivera F, Soledad R, Lara L, Moreno C. Gender differences in body image and its relevance in body weight control. *Escritos Psicol*. 2016;9(1):42–50.
45. Mancilla JM, Lameiras M, Vázquez-Arévalo R, Álvarez G, Franco K, López X, et al.

- Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Rev Mex Trastornos Aliment* [Internet]. 2010;1(1):36–47. Available from: <http://journals.iztacala.unam.mx>
46. Vázquez-Arévalo R, Mancilla JM, López X, Álvarez G. Trastornos del Comportamiento Alimentario y Factores de Riesgo en una Muestra Incidental de Jóvenes Mexicanos. *Rev Mex Psicol*. 2005;22(1):53–63.
 47. Bird EL, Halliwell E, Diedrichs PC, Harcourt D. Happy Being Me in the UK : A controlled evaluation of a school-based body image intervention with pre-adolescent children. *Body Image*. 2013;10(3):326–34.
 48. Strubel J, Petrie TA. Love me Tinder : Body image and psychosocial functioning among men and women. *Body Image*. 2017;21(1):34–8.
 49. Moscone A, Amorim M, Le C. A model-driven approach to studying dissociations between body size mental representations in anorexia nervosa. *Body Image* [Internet]. 2017;20(1):40–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.11.003>
 50. Maganto C, Cruz S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuad Psiquiatr y Psicoter del niño y del Adolec*. 2000;30:45–8.
 51. Acosta M, Gómez-Peresmitré G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Int J Clin Heal Psychol*. 2003;3(1):9–21.
 52. Moreno M, Ortiz G. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Ter psicológica*. 2009;27(1):181–90.
 53. Oliva-Peña Y, Ordóñez-Luna M, Santana-Carvajal A, Marín- A, Pech G, Castillo G. Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Rev Biomed*. 2016;27(490):49–60.
 54. Berbert P, Alvarenga M, Caputo M. An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women. *Appetite* [Internet]. 2017;116:164–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.04.037>
 55. Hernandez A, Mancilla J, Paredes K. Programas basados en la Internet para la prevención y tratamiento de trastornos de la alimentación: una revisión 1. *Psicol y*

- salud. 2010;20(55):145–57.
56. Augustus-Horvath CL, Tylka TL. The Acceptance Model of Intuitive Eating : A Comparison of Women in Emerging Adulthood , Early Adulthood , and Middle Adulthood. *J Couns Psychol.* 2011;58(1):110–25.
 57. Mora M, Raich RM. Una revisión de estudios de intervención sobre las alteraciones de la imagen corporal. *Psicol y Cienc Soc.* 2004;6(2):34–46.
 58. Amaya A, Mancilla-Díaz JM. Edad, Consciencia e Interiorización del Ideal Corporal como Predictores de Insatisfacción y Conductas Alimentarias Anómalas. *Rev Colomb Psicol.* 2013;22(1):121–33.
 59. Campos BT, Alejandro M, Becerra O, Guerrero JT. La percepción e insatisfacción corporal en el alumnado de Educación Secundaria de la ciudad de Jaén. *Rev Investig en Educ.* 2013;11(2):123–39.
 60. Amaya A, Álvarez G, Mancilla JM, Hernández AA. Body dissatisfaction in interaction with self-esteem , peer influence and dietary restraint: A systematic review Insatisfacción corporal en interacción con autoestima , influ. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2010;1(1):76–89.
 61. Devlin M, Zhu J. Body Image in the Balance. *JAMA.* 2001;286(17):2–6.
 62. Robinson-kurpius S, Arciniega GM, Kinnier R. A cross-Cultural Study of Body Dissatisfaction among Mexican and Mexican-American Women. Arizona State University; 2015.
 63. Hogan M. Body image, eating disorders, and the media Body Image, Eating Disorders, and the Media. *Adolesc Med.* 2009;2:27.
 64. Cortez D, Gallegos M, Jiménez T, Martínez P, Saravia S, Cruzat-Mandich C, et al. Influence of sociocultural factors on body image from the perspective of adolescent girls. *Rev Mex Trastor Aliment [Internet].* 2016;7(2):116–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.05.001>
 65. Baile JI, Guillen F, Garrido E. Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato , el sexo y la edad. *Int J Clin Heal Psychol.* 2002;2(3):439–50.

66. García M, Martínez J, Guzmán R. De la imagen corporal a la discriminación: consecuencias de la obesidad sobre la sexualidad en hombres y mujeres. :305–19.
67. Berengüí R, Castejón Á. Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2016;7(1):1–8.
68. Fernández J-G, González-Martí I, Contreras O. Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescente. *Rev Latinoam Psicol.* 2015;47(1):25–33.
69. Planche D, Vera M, Campoverde A, Quito F. Insatisfacción corporal en adolescentes de primero de bachillerato del colegio “Herlinda Toral” durante el periodo 2016-2017. *Rev Electrónica Psicol Iztacala.* 2017;20(3):10–6.
70. Solano N, Cano A, Blanco H, Fernández R. Datos psicométricos de la versión abreviada del cuestionario IMAGEN; evaluación de la insatisfacción corporal. *Nutr Hosp.* 2017;34(4):952–60.
71. Toro A, Walters-Pacheco K, Sanchez I. El cuerpo en forma: Masculinidad, imagen corporal y trastornos en la conducta alimentaria de atletas varones universitarios. *Acta Investig Psicológica.* 2012;2(3):842–57.
72. Vázquez-Arévalo R, López X, Álvarez G, Mancilla JM, Oliva A. Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investig en Psicol.* 2006;11:185–97.
73. Slade PD. What is Body Image. *Behav Res Ther.* 1994;32(5):497–502.
74. Gómez-Peresmitré G, Acosta M V. Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud.* 2000;11(1):35–58.
75. Escoto M, Bosques-Brugada L, Cervantes-Luna B, Camacho E, Rangel I, Rodríguez G. Adaptation and psychometric properties of Body Esteem Scale in Mexican women and men. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2016;7:97–104.
76. Gitau TM, Micklesfield LK, Pettifor JM, Norris SA, McNaughton S, Ball K, et al. Changes in Eating Attitudes, Body Esteem and Weight Control Behaviours during Adolescence in a South African Cohort. *PLoS One.* 2014;9(1):10–2.
77. Mansfield T. Gender Differences in Body-Esteem , Body Dissatisfaction and the

- Effects of the Medias “ Thin Ideal .” DBS School of Arts; 2012.
78. Wiseman MC, Moradi B. Body Image and Eating Disorder Symptoms in Sexual Minority Men: A Test and Extension of Objectification Theory. *J Couns Psychol.* 2010;57(2):154–66.
 79. Buchanan N, Nappa A. Exploring gender differences in body image , eating pathology, and sexual harassment. *Body Image.* 2013;10(March):352–60.
 80. Romito P, Cedolin C, Bastiani F. Disordered Eating Behaviors and Sexual Harassment in Italian Male and Female University Students. *J Interpers Violence.* 2016;2(1):1–15.
 81. Jorquera M, Baños RM, Perpiñá C, Botella C. La Escala de Estima Coporal (BES): validación en una muestra española. *Asoc Española Psicol Clínica y Psicopatología.* 2005;10(3):173–92.
 82. Altamirano M, Vizmanos B, Unikel C. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev Panam Salud Pública.* 2011;30(5):401–7.
 83. Cruz M, Aitziber P, Wlodarczyk A. Insatisfacción Corporal y conductas de control de peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutr HospNutr Hosp.* 2016;33(4):935–40.
 84. Gómez-Peresmitré G, Acosta V, Gorischnik R, Cuevas C, Pineda G, Platas R, et al. A preliminary study of the predictive factors of binge eating behavior in three cultures: Mexico, Spain and Argentina. *Mex J Eat Disord.* 2013;4(2):68–78.
 85. Unikel-Santoncini C, Nuño-Gutiérrez B, Saucedo-Molina T, García-castro F, Trejo-franco J. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Rev Investig Clínica.* 2010;62(1):424–32.
 86. Aranceta J, Pérez C, Serra L, Ribas L, Quiles J, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc).* 2003;120(16):608–12.
 87. Paiva M, Zulema J, Arredondo H, Isela J. Insatisfacción de Imagen Crporal y Violencia en el enamoramiento en estudiantes universitarios. Universidad Católica de Santa María; 2016.
 88. Unikel C, Saucedo T. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal

- estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Ment.* 2010;33:11–9.
89. Garfinkel E, Garner DM. Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective. *Psychol Med.* 1982;13(2):1982.
 90. González C, Romero L. Eficacia del tratamiento cognitivo conductual para un caso de bulimia nerviosa. *Casos Clínicos en Salud Ment.* 2015;1:19–41.
 91. Sierra M. La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Perspect en Psicol.* 2005;1(1):79–87.
 92. Wang L. Aggression and Violent Behavior Factors in Influencing Attitude toward Intimate Partner Violence. *Aggress Violent Behav.* 2016;29(1):72–8.
 93. Platas R, Gómez-Peresmitré G. Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en Preadolescentes Mexicanos. *Psicol y salud.* 2013;23(55):251–9.
 94. Unikel-Santoncini C, Bojórquez -Chapela L, Carreño-García S. Validación de un Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo. *Salud Publica Mex.* 2004;46(6):509–15.
 95. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2002 [cited 2016 Oct 13]. p. 62. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
 96. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia [Internet]. Oficina de las Naciones Unidas. 2014. p. 12. Available from: https://www.unicef.org/ecuador/WHO_NMH_NVI_14_2_spa.pdf
 97. Instituto Nacional de Historia y Geografía. Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer [Internet]. INEGI. 2015 [cited 2016 Oct 13]. p. 22. Available from: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/violencia0.pdf>
 98. García I, Nader F. Estereotipos Masculinos en la Relación de Pareja. *Enseñanza e Investig en Psicol.* 2009;14(1):37–45.

99. Maureira F. Los Componentes de la Relación de Pareja. *Rev Electrónica Psicol Iztacala*. 2011;14(1):2–15.
100. Fiestas F, Gushiken Al, Gozzer E. ¿Quién es la Víctima y quién el agresor en la Violenci Física entre Parejas? Estudio Epidemiológico en Siete Ciudades del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(3):44–52.
101. Cáceres J. Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. *Clínica y salud Rev Psicol*. 2004;15(3):33–54.
102. Moreno F. La violencia en la pareja. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;5(1):246–58.
103. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *Int J Clin Heal Psychol*. 1697;8(1):355–82.
104. Instituto Nacional de Historia y Geografía. Panorama de Violencia Contra las Mujeres [Internet]. INEGI. 2006. p. 85. Available from: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100949.pdf
105. De Alencar-Rodriguez R, Cantera L. Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Teórica. *PSICO*. 2012;43(1):116–26.
106. Isabel M, González B, Rojas M, Silva M. Impacto de la Violencia Sexual en la Salud Mental de las Víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008;37(1):56–65.
107. Cáceres J. Abuso y Violencia en las Relaciones de Pareja. *Behav Psychol*. 2011;19(1):91–116.
108. Caballero J, Alfaro M, Nuñez Y, Torres H. Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004-2007. *Rev Peru Epidemiol*. 2009;13(3):1–7.
109. Valdevila J, Rodríguez C, Jara J, Tamayo L. Percepción de la violencia hacia la mujer en la relación matrimonial. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2010;14(1):1–10.
110. Manoella A, Rodriguez A. Violencia en el Noviazgo: Perpretación, Victimización y Violencia Mutua. Una Revisión. *Actual en Psicol*. 2015;29(1):57–72.
111. Jara M, Ferrer S. Genética de la Violencia. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2005;43(3):188–

- 200.
112. Vieira A, Taquette S. Family violence and body mass index among adolescents enrolled in the Bolsa Família Program and treated at a primary care clinic. *Cad Saude Publica*. 2014;30(3):645–56.
 113. Brofenbrenner U. Toward an Experimental Ecology of Human Development. *Am Psychol*. 1977;2:513.
 114. Anacona C. Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la Violencia: Una revisión de la literatura. *Av en Psicol Latinoam*. 2008;26(1):227–41.
 115. Suárez M. Aspectos Psicosociales Socioculturales, Presentes en la Violencia de Género. Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. 2000. 44 p.
 116. Villaseñor M, Castañeda J. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Publica Mex*. 2003;45(1):44–57.
 117. Jiménez-Bautista F. Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Converg Rev Ciencias Soc*. 2012;19(58):13–52.
 118. Espín J, Valladares A, Abad J, Presno C, Gener N. La violencia, un problema de salud. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2008;24:6.
 119. Martínez J. La conciencia del otro: agresores y víctimas desde una perspectiva constructivista. *Apunt Psicol*. 2008;26(2):361–78.
 120. Navarro E. Diferencias de Género en Motivación Sexual. *Psicothema*. 2003;15(3):395–400.
 121. González, Molina T, Montero A, Martínez et. al. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Med Chil*. 2007;135:1261–9.
 122. Ekmekcioglu C, Devletlian S, Blasche G, Kundi M. Is There an Association Between the Body Mass Index and Interpersonal Violent Behavior? *J Forensic Sci*. 2015 Sep;60(1):1350–4.
 123. Carrasco J. Abuso y Violencia en las Relaciones de Pareja. *Behav Psychol*.

- 2011;19(1):91–116.
124. Bandura A, Walters RH. *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad* [Internet]. Alianza Ed. Alianza Universidad; 1974 [cited 2016 Oct 19]. 232 p. Available from: http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/aprendizaje_social_desarrollo_de_la_personalidad_albert_bandura_richard_h_walters.pdf
 125. García G, Loving R. Predictores psicosociales del comportamiento sexual. *Rev Interam Psicol J Psychol* -2011. 2011;45:405–18.
 126. Moral J, López F. Modelo recursivo de reacción violenta en parejas válido para ambos sexos. *Bol Psicol*. 2012;105:61–74.
 127. J. Moreno. Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investig en Psicol*. 2006;11(2):271–92.
 128. Carrasco C. Violencia Doméstica: Lo que revela la investigación básica con parejas. *Papeles del psicólogo*. 2007;28(1):57–62.
 129. Valdéz M, Sapién J, Córdoba D. Significados de Satisfacción Sexual en Hombres y Mujeres de la Zona Metropolitana. *Psicol y Cienc Soc*. 2004;6(1):34–48.
 130. Montoya V. Teorías de la Violencia Humana. *Razón y Palabra*. 2006;11:2–7.
 131. Ocampo L. Autoestima y adaptación en víctimas de maltrato psicológico por parte de la pareja. *Psicol desde el Caribe*. 2015;32:145–68.
 132. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia infligida por la pareja. WHO. 2013. p. 1–12.
 133. Organización panamericana de la salud. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. World Health Organization; 2010. 113 p.
 134. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama de violencia contra las mujeres en México. ENDIREH 2011. INEGI. 2011.
 135. Shepard M, Campbell J. The Abusive Behavior Inventory. *Interpers Violence*. 1992;7(3):2–16.
 136. Blázquez M, Moreno JM, García-Baamonde ME. A study of psychological abuse in couple relationships in young university students. *Electron J Res Educ Psychol*.

- 2009;7(2):691–714.
137. Valdez R, Híjar MC, Salgado N, Rivera L, Avila L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex.* 2006;48(2):221–31.
 138. Calvete E, Corral S, Estévez A. Desarrollo de un inventario para evaluar el abuso psicológico en las relaciones de pareja. *Col Of Psicólogos Madrid.* 2005;16(1):203–21.
 139. Cienfuegos Y. Validación de dos escalas para evaluar violencia en la relación de pareja: Perpetrador/a y Receptor/a. *Rev Psicol Iberoam.* 2016;22(1):62–71.
 140. Weaver T, Resnick H, Kokoska M, Louis S, Etzel J. Appearance-Related Residual Injury , Posttraumatic Stress , and Body Image: Associations Within a Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. *J Trauma Stress.* 2007;20(6):999–1008.
 141. Harned MS. An Examination of the Relationships Among Women`s Experiences of Sexual Hararrment, Body Image and Eating Disturbances. *Psychol Women Q.* 2000;24:336–48.
 142. Davidson MM, Gervais SJ. Violence Against Women Through the Lens of Objectification Theory. *Violence Against Women.* 2015;21(3):330–54.
 143. Acosta M, Gómez-Peresmitré G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Int J Clin Heal Psychol.* 2003;3(1):9–21.
 144. Moral J, Ramos S. Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja. *Int J Good Conscienc Agosto.* 2015;10(2):109–28.
 145. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Glosarios [Internet]. Available from: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/glosarios/>
 146. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987;6(4):485–94.
 147. Vázquez-Arévalo R, Galán J, López X, Alvarez G, Mancilla JM, Caballero A, et al. Validity of Body Shape Questionnaire. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2011;2(1):42–52.

148. Franzoi SL, Shields SA. The Body Esteem Scale: Multidimensional Structure and Sex Differences in a College Population. *J Pers Assess.* 1984;48(2):7–20.
149. Escoto M, Bosques-Brugada L, Cervantes-Luna B, Camacho E, Díaz I, Rodríguez G. Adaptation and psychometric properties of Body Esteem Scale in Mexican women and men. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2016;20(1):1–8.
150. Strauss MA, Hamby SL. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues.* 1996;17(3):283–316.
151. Mora J, Natera G, Tiburcio M, Juárez F. Propiedades psicométricas de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2) en mujeres mexicanas. *Rev Mex Psicol.* 2008;25(1):107–17.
152. Bersh S. Artículos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;XXXV(4):537–46.
153. Soca PEM, Peña AN. Consecuencias de la obesidad. *Acimed.* 2009;20(4):84–92.
154. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Ment.* 2012;35(6):483–90.
155. Valverde P, Rivera F, Moreno C. Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema.* 2010;22(1):77–83.
156. Genis-Mendoza A, Tovilla-Zarate C, Nicolini H. Avances en genómica de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;42(4):350–5.
157. Rutzstein G, Murawski B, Elizathe L, Scappatura L. Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Rev Mex Trastor Aliment J Eat Disord.* 2010;1(1):48–61.
158. Claudat K, Warren CS. Self-objectification, body self-consciousness during sexual activities, and sexual satisfaction in college women. *Body Image.* 2014;11(4):509–15.
159. Vartanian LR, Froreich F V., Smyth JM. A serial mediation model testing early adversity, self-concept clarity, and thin-ideal internalization as predictors of body dissatisfaction. *Body Image* [Internet]. 2016;19:98–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.013>

160. Gervais SJ, Davidson MM. Objectification Among College Women in the Context of Intimate Partner Violence. *Violence Vict.* 2013;28(1):36–49.

XVI. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Violencia en la Pareja (hombres y mujeres)

Indique con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su relación de pareja.

| | Nunca (1) | Algunas Veces (2) | Bastante (3) | Con mucha frecuencia (4) | Siempre (5) |
|--|--------------|----------------------|-----------------|-----------------------------|----------------|
| 1. Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable. | | | | | |
| 2. Mi pareja me ha empujado con fuerza. | | | | | |
| 3. Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que quiere | | | | | |
| 4. Mi pareja me critica como amante. | | | | | |
| 5. Mi pareja me rechaza cuando quiero tener relaciones sexuales con él (ella) | | | | | |
| 6. Mi pareja vigila todo lo que yo hago | | | | | |
| 7. Mi pareja ha dicho que soy fea(o) o poco atractiva(o). | | | | | |
| 8. Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales. | | | | | |
| 9. Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con amistades. | | | | | |
| 10. Mi pareja utiliza el dinero para controlarme | | | | | |
| 11. Mi pareja ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme. | | | | | |
| 12. Mi pareja me ha amenazado con dejarme. | | | | | |
| 13. He tenido miedo de mi pareja | | | | | |
| 14. Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enferma(o) o está en riesgo mi salud o me siento mal. | | | | | |
| 15. Mi pareja me molesta con mis éxitos y mis logros. | | | | | |
| 16. Mi pareja me ha golpeado. | | | | | |
| 17. Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir estudiando | | | | | |
| 18. Mi pareja me agrede verbalmente si no cuando a mis hijos como piensa que debería ser | | | | | |
| 19. Mi pareja se enoja si no atiendo a mis hijos como piensa que debería ser. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 20. Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da o gano | | | | | |
| 21. Mi pareja se enoja si no está la comida o el trabajo hecho cuando cree que debería estar. | | | | | |
| 22. Mi pareja se pone celoso(a) y sospecha de mis amistades. | | | | | |
| 23. Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta. | | | | | |
| 24. Mi pareja me chantajea con su dinero. | | | | | |
| 25. Mi pareja ha llegado a insultarme | | | | | |
| 26. Mi pareja me limita económicamente para mantenerme en casa o se enoja cuando no aporto o doy el gasto que cree que debería ser. | | | | | |
| 27. Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo. | | | | | |
| 1. Le he dicho es culpable de nuestros problemas. | | | | | |
| 2. He llegado a gritarle a mi pareja. | | | | | |
| 3. Me he enojado cuando me contradice o no está de acuerdo conmigo. | | | | | |
| 4. He llegado a insultar a mi pareja. | | | | | |
| 5. He amenaza a mi pareja con abandonarlo(a). | | | | | |
| 6. Cuando no atiende a los hijos como yo creo lo(a) agredo verbalmente. | | | | | |
| 7. No tomo en cuenta las necesidades sexuales de mi pareja. | | | | | |
| 8. Le he prohibido a mi pareja que se junte o reúna con sus amistades. | | | | | |
| 9. He llegado a lastimar físicamente a mi pareja | | | | | |
| 10. Me molesta que mi pareja gaste su propio dinero | | | | | |
| 11. He exigido a mi pareja me dé explicaciones detalladas de la forma en que gasta el dinero. | | | | | |

Anexo 2. Escala de Tácticas de Conflicto en la Pareja (hombres y mujeres)

Señalé con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su relación de pareja.

| | Nunca (1) | Alguna vez en la vida (2) | En últimos doce meses (3) |
|--|------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Mi pareja me zarandéo | | | |
| 2. Mi pareja me golpeó | | | |
| 3. Mi pareja me abofeteo | | | |
| 4. Sentí dolor físico aún al día siguiente por la pelea que tuvimos | | | |
| 5. Mi pareja me empujó o jaloneo | | | |
| 6. Mi pareja me insultó o maldijo | | | |
| 7. Mi pareja me aventó contra la pared | | | |
| 8. Mi pareja me torció el brazo o me jaló el cabello | | | |
| 9. Mi pareja me llamó gorda o fea | | | |
| 10. Mi pareja me gritó | | | |
| 11. Mi pareja usó la fuerza para hacerme tener sexo | | | |
| 12. Mi pareja me amenazó para hacer que tuviera sexo | | | |
| 13. Mi pareja usó la fuerza para hacerme tener sexo oral o anal | | | |
| 14. Mi pareja me acusó de ser mal amante | | | |
| 15. Mi pareja me hizo tener sexo sin condón | | | |
| 16. Mi pareja me pateó | | | |
| 17. Necesité ver un doctor a causa de una pelea con mi pareja, pero no lo hice | | | |
| 18. Mi pareja me ahorcó o intentó ahorcarme | | | |
| 19 Fui al doctor a causa de una pelea con mi pareja | | | |
| 20. Mi pareja usó un cuchillo o una pistola contra mí | | | |
| 21 Me rompí un hueso en una pelea con mi pareja | | | |

Anexo 3. Cuestionario Breve para Conductas Alimentarias de Riesgo (hombres y mujeres)

En los últimos tres meses (Marca una opción para cada inciso)

| | Nunca o Casi Nunca | A veces | Con frecuencia (Dos veces en una semana) | Con mucha frecuencia (Más de dos veces en una semana) |
|---|-----------------------------------|----------------|---|--|
| 1. Me ha preocupado engordar. | | | | |
| 2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida. | | | | |
| 3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer). | | | | |
| 4 He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso. | | | | |
| 5 He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso. | | | | |
| 6 He hecho dietas para tratar de bajar de peso. | | | | |
| 7 He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso | | | | |
| 8 He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____ | | | | |
| 9 He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____ | | | | |
| 10 He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____ | | | | |

Anexo 4. Escala Visual de Siluetas para hombres: imagen corporal

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal. Marca con una X la letra de la silueta que escojas.

Mi cuerpo se parece más a:



(A)

(B)

(C)

(D)

(E)



(F)

(G)

(H)

(I)

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que represente **el cuerpo más deseado**:

- 1) **Para ti:**
- 2) **Por el sexo opuesto:**



(A)

(B)

(C)

(D)

(E)



(F)

(G)

(H)

(I)

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que represente **el cuerpo que mantenía antes de vivir con su pareja:**



(A)

(B)

(C)

(D)

(E)



(F)

(G)

(H)

(I)

Anexo 5. Escala Visual de Siluetas para mujeres: imagen corporal

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal. Marca con una X la letra de la silueta que escojas.

**a**

▲ ▲ ▲

**b****c****d****e****f****g****h****i**

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que represente **el cuerpo más deseado**:

1) **Para ti:**

2) **Por el sexo opuesto:**



a



b



c



d



e



f



g



h



i

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que represente **el cuerpo que mantenía antes de vivir con su pareja:**

**a****b****c****d****e****f****g****h****i**

Anexo 6. Escala de Estima Corporal (hombres y mujeres)

Instrucciones: se han enumerado una serie de partes y funciones del cuerpo. Por favor, lea cada inciso e indique cómo se siente acerca de la función de su propio cuerpo, utilizando la siguiente escala:

| Partes y funciones del cuerpo | Tengo fuertes sentimientos negativos | Tengo sentimientos negativos moderados | No tengo sentimientos positivos ni negativos | Tengo sentimientos positivos moderados | Tengo fuertes sentimientos positivos |
|---|--------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|
| 1. Olor corporal. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Apetito. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Nariz. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Resistencia Física. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Reflejos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Labios. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Fuerza muscular. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Cintura. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Nivel de energía. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Muslos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Orejas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Bíceps. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Barbilla. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Estructura corporal. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Coordinación corporal. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Nalgas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Agilidad. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Anchura de los hombros. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Brazos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Pecho. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Aspecto de los ojos (forma, color). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Mejillas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Caderas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Piernas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Figura o apariencia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Deseo sexual. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Pies. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Genitales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Aspecto del abdomen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Salud. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Actividades sexuales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Vello corporal. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. Condición física. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Cara. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Peso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anexo 7. Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) (hombres y mujeres)

Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ) Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

| | | Nunca | Es raro | A veces | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
|----|--|-------|---------|---------|----------|--------------|---------|
| 1 | Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura? | | | | | | |
| 2 | ¿Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta? | | | | | | |
| 3 | ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo? | | | | | | |
| 4 | ¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)? | | | | | | |
| 5 | ¿Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme? | | | | | | |
| 6 | ¿Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a? | | | | | | |
| 7 | ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello? | | | | | | |
| 8 | ¿Has evitado correr para que tu piel no saltara? | | | | | | |
| 9 | ¿Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura? | | | | | | |
| 10 | ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas? | | | | | | |
| 11 | ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a? | | | | | | |
| 12 | ¿Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente? | | | | | | |
| 13 | ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)? | | | | | | |
| 14 | ¿Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a? | | | | | | |
| 15 | ¿Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura? | | | | | | |
| 16 | ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo? | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|--|
| 17 | ¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a? | | | | | | |
| 18 | ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura? | | | | | | |
| 19 | ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a? | | | | | | |
| 20 | ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo? | | | | | | |
| 21 | La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta? | | | | | | |
| 22 | ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)? | | | | | | |
| 23 | ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos) | | | | | | |
| 24 | ¿Te ha preocupado que la gente vea “llantitas” en tu cintura? | | | | | | |
| 25 | ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú? | | | | | | |
| 26 | ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a? | | | | | | |
| 27 | Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)? | | | | | | |
| 28 | ¿Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis? | | | | | | |
| 29 | Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura? | | | | | | |
| 30 | ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay? | | | | | | |
| 31 | ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)? | | | | | | |
| 32 | ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a? | | | | | | |
| 33 | ¿Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente? | | | | | | |
| 34 | ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio? | | | | | | |

Anexo 8. Cuestionario de Aspectos Sociodemográficos (AMAI)

Folio:

1. Sexo: () Hombre () Mujer 2. Edad: _____ (Años cumplidos)
3. Peso: _____
4. Estatura: _____
5. Estado Civil: () Soltero () Casado () Unión Libre () Viudo
6. Lugar de Nacimiento: _____
7. Tiempo viviendo junto a la pareja: _____ (Años) _____ (Meses)
8. Escolaridad: () Primaria () Secundaria () Bachillerato () Licenciatura () Posgrado
9. Número de hijos: _____
10. Ocupación: _____ ¿Te pagan por realizar este trabajo? _____
11. Ingreso mensual: () Menor a 5,000 () Entre 5,000 y 10,000 () Más de 10,000
12. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.
13. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?
14. ¿En hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños?
15. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?
16. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?
17. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?
18. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?
19. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó?

Anexo 9. Consentimiento Informado

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de investigación, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información.

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la investigación usted desea dejar de participar en el estudio, a partir de ese momento se dejarán de utilizar la información proporcionada.

Declaración de consentimiento

Yo _____ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del uso de la información proporcionada y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional.

Tomando lo anterior a consideración y en tales condiciones, consiento participar en el estudio, y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Fecha _____

Firma del participante