



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

---

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

EFECTO DE VARIABLES PSICOLÓGICAS SOBRE LAS CONDUCTAS  
ALIMENTARIAS DE RIESGO Y EL PERFIL ANTROPOMÉTRICO EN  
UNIVERSITARIOS

## TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

CASTELÁN OLIVARES ARIANA IBETH

MARTIN TOVAR ARMANDO

DIRECTORA: DRA. MARÍA LETICIA BAUTISTA DÍAZ



SAN AGUSTÍN TLAXIACA HGO. JULIO 2019



05 de julio de 2019  
 Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA  
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA  
 Head of academic psychologyc area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de los pasantes **Ariana Ibeth Castelán Olivares y Armando Martín Tovar**, bajo la modalidad de Tesis Colectiva cuyo título es: **"Efecto de variables psicológicas sobre las conductas alimentarias de riesgo y el perfil antropométrico en universitarios"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña	Presidente	
Dra. María Leticia Bautista Díaz	Primer Vocal	
Dra. Norma Angélica Ortega Andrade	Segundo Vocal	
Dra. Karina Franco Paredes	Tercer Vocal	
Dr. Rubén García Cruz	Secretario	
Dra. Angélica Romero Palencia	Suplente	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Suplente	



Ciudad Ex Hacienda La Concepción S/N  
 Carretera Pachuca Actopan  
 San Agustín Tlaxiela, Hidalgo, Mexico, C.P. 42160  
 Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4325, 4326, 4344 y 4313  
 psicologia@uaeh.edu.mx

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)

## Agradecimientos

La presente tesis se realizó como parte del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) UAEH-PTC-749 (2017-2018) otorgado a la Dra. María Leticia Bautista Díaz.

A la UAEH, ICSa y todos los docentes que nos ayudaron a crecer académicamente y a formar las bases de conocimiento para la realización de esta investigación.

## Dedicatorias

Ariana Ibeth Castelán Olivares:

Desde mi perspectiva, las muestras de gratitud son las acciones más valiosas que te ayudan a crecer y demostrar lo alto en que tienes a las personas que han aportado algún aprendizaje directa o indirectamente a lo largo de tu vida. Hasta el día de hoy sé que me quedo corta ya que, me hace falta emprender muchas acciones de agradecimiento a cada una de las personas que se han cruzado en mi camino, sin embargo, quiero que sepan que mediante este escrito les dejo una parte de mi corazón lleno de alegría y orgullo hacia ustedes.

Durante el desarrollo de este proyecto, comparto la idea y el sentir con mi compañero de trabajo, ya que nos vimos muchas veces desanimados, desesperados y enojados, al no tener muchas veces una idea clara de que redactar, al pasar horas tratando de hallar fundamentos de ciertos aspectos a indagar, y sobre todo sentirnos presionados por exigencias externas que no nos permitían avanzar debidamente, pero sé que todos esos tropiezos valieron la pena porque son parte del paquete y nos hicieron más fuertes en conocimiento. Pero cabe mencionar que, en lo personal, la paz dentro de la tormenta es también por ustedes.

En primer lugar, agradezco a Dios, por permitirme llegar hasta este momento y no soltar mi mano ante las desesperanzas.

A ti Papá (Ternurito) hace poco acudimos al evento que festeja tus 25 años de servicio y créeme que me sentí aún más orgullosa de haber seguido tus máximos ejemplos y hoy día ser la persona que soy. Sabes que eres y serás siempre mi ejemplo a nivel personal y profesional y es por eso que, quiero que sepas que esta tesis te la dedico con mi alma como muestra de todos los años que me enseñaste a crecer con esa humildad tan tuya de la cual siempre me sentiré orgullosa.

Mamá de mi corazón, mi orgullo y ejemplo de vida, gracias a ti he aprendido muchas cosas que desconocía y créeme que sigo aprendiendo todos los días. Siempre me has dado las fuerzas necesarias cuando estoy decaída y con tu forma tan positiva, me haces ver que la vida no debe ser tan complicada y que para todo hay una solución, y es por eso que este proyecto también de lo dedico con el alma, ya que, parte el esfuerzo está puesto en ti.

Zuri y Lupita, gracias porque con ustedes he encontrado y he podido expresar el cariño y amor más puro que pueda existir, ustedes siempre serán mi motor de vida y agradezco que estén creciendo siendo unas grandes personas con valores precisos de calidez humana,

saben que las amo y que siempre podrán contar conmigo pase lo que pase, por eso esta tesis también va por ustedes “mis nanis”.

Abuelitos: Minda, Juana, Goyo y Froy. Mis otros padres que siempre me educaron con la palabra esperanza y por eso que, aunque me desesperé muchas veces, siempre tuve confianza y esperanza de lograr lo que me propongo.

Padrino y primo Carlos, obviamente no podría dejar este escrito sin plasmar mis eternos agradecimientos a su persona, pues cuando yo cursaba la primaria, noté sin duda alguna, que usted ya tenía la vocación de enseñanza, pues gracias a las clases que me daba cuando venía de paseo desde León, yo aprendí a redactar, en especial le agradezco sobre aquella ocasión cuando aprendí a realizar paráfrasis, es por eso que le agradezco infinitamente el haberme compartido esos conocimientos.

Gracias en general a toda mi familia, aunque no los mencione directamente en este escrito, saben que los guardo en mi corazón y les debo miles de agradecimientos por todo lo que me han apoyado desde siempre.

Armando, mi amor, compañero, amigo, etc. Gracias infinitas porque desde que te conocí, me has enseñado miles de cosas en la vida y que hasta hoy me sigues sorprendiendo de tanto conocimiento que tienes tanto profesional como en aspectos de la vida cotidiana. Definitivamente estoy muy contenta de que el tema de este proyecto nos uniera más para seguirnos compartiendo ideas y gracias por brindarme la calma cuando me estresaba demasiado.

Karen, Issac, Magys, Abigail, Julieta, Marlen, Nic y Alma. En ustedes veo a unas súper personas y estoy muy agradecida de encontrarlos, su inteligencia en verdad que me sorprende demasiado y en ustedes siempre pude resolver muchas dudas, igual gracias por su amistad e incondicional apoyo.

Dra. Lety infinitas gracias, por siempre quedará guardada en una gran parte de mi corazón, pues realmente Usted es muy grandiosa personal y profesional, eso es de enaltecerse ya que, siempre he considerado que no importa que tan grande seas profesionalmente, si eres una persona que no tiene calidez humana, humildad y sencillez, así, no tiene sentido su grandeza profesional, y afortunadamente usted tiene todo eso. Nunca nos ha negado su apoyo y siempre nos ha acompañado con impulso a seguir adelante con toda la actitud, es de admirarse que, entre todas las personas, tuvimos la gran suerte de encontrarnos con usted.

A todos los miembros del comité, les agradezco sinceramente por el apoyo de este trabajo.

Armando Martín Tovar:

A mis padres Juana y José, esto no hubiera sido posible sin su apoyo y que volvieron a creer en mí, a mi compañera de vida Ary quien me apoyo en toda la carrera desde el día en que nos conocimos y fue de gran ayuda para lograr que yo pudiera interesarme más en la investigación, a mis docentes de quienes aprendí mucho a lo largo de la carrera, a Paco, Juan y Miguel ex compañeros de Caroline quienes son grandes personas y amigos de los que aprendí y pude sostener mi empleo gracias a ellos y así poder costear la Universidad, a mis nuevos amigos Isaac, Mariela y Karen de quienes aprendí mucho y me ayudaron a poder completar este proyecto, a Aby, Julieta, y Marlen por ser grandes amigas y ayudarme cuando lo requerí, a todo mi grupo de la universidad y finalmente a la Dra. Lety quien sin ella no estaría yo aquí presentando este gran proyecto, gracias a la Dra. Por creer en nosotros y enseñarnos muchas cosas y ser una gran docente, tutora y persona, siempre será una persona muy significativa.

## Índice general

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	2
<b>Introducción</b> .....	3
<b>Capítulo I. Conductas alimentarias de riesgo</b> .....	7
1.1. Definición de conductas alimentarias de riesgo .....	7
1.2 Consecuencias de las conductas alimentarias de riesgo.....	8
1.3 Datos epidemiológicos de las conductas alimentarias de riesgo y de los trastornos del comportamiento alimentario .....	10
1.4 Teorías y modelos explicativos de las conductas alimentarias de riesgo ....	14
1.5 Posibles causas de las conductas alimentarias de riesgo .....	20
1.6 Instrumentos de evaluación de las conductas alimentarias de riesgo .....	22
<b>Capítulo II. Imagen corporal</b> .....	25
2.1 Definición de la imagen corporal.....	25
2.2 Clasificación de la imagen corporal: satisfacción e insatisfacción corporal .	26
2.3 Modelos y teorías sobre la imagen corporal .....	29
2.3.4 Modelo de Raich, Torras y Mora .....	31
2.4 Instrumentos para evaluar la imagen corporal.....	35
2.5 Estudios previos sobre insatisfacción corporal .....	38
<b>Capítulo III. Modelo estético corporal</b> .....	42
3.1 Definición del modelo estético corporal .....	42
3.2 Factores involucrados en surgimiento del modelo estético corporal.....	43
3.3 Consecuencias de la influencia del modelo estético de delgadez .....	44
3.4 Teorías explicativas del modelo estético corporal .....	45
3.5 Instrumentos de evaluación del modelo estético corporal .....	50
3.6 Estudios relacionados con la influencia del modelo estético corporal .....	53
<b>CAPÍTULO IV. Composición corporal</b> .....	56
<b>4.1 ¿Qué es la composición corporal?</b> .....	56
4.2 Modelos clasificatorios de la composición corporal .....	57
4.3 Antropometría .....	61
<b>CAPÍTULO V. Planteamiento del problema</b> .....	70
5.1 Justificación .....	70
5.2 Objetivo general.....	82
5.3 Hipótesis .....	73
<b>CAPÍTULO VI. Método</b> .....	74

6.1 Diseño y tipo de estudio.....	74
6.2 Alcance de la investigación.....	74
6.3 Participantes y muestreo .....	74
6.4 Instrumentos de evaluación .....	75
6.5 Variables de estudio .....	78
6.6 Aspectos éticos.....	78
6.7 Procedimiento.....	81
6.8 Análisis de datos.....	81
<b>Capítulo VII. Resultados</b> .....	82
7.1 Análisis descriptivos.....	83
7.2 Análisis inferenciales .....	92
7.4 Análisis con alcance explicativo.....	99
<b>Capítulo VIII. Discusión</b> .....	104
<b>Referencias</b> .....	117
<b>Anexos</b> .....	137

## Índice de figuras

Figura 1. Modelo explicativo de la imagen corporal. ....	31
Figura 2. Modelo de los cinco niveles de composición corporal.....	61
Figura 3. Distribución porcentual de la muestra de acuerdo al semestre .....	83
Figura 4. Distribución porcentual de la muestra de acuerdo al género .....	84
Figura 5. Distribución porcentual de acuerdo a la orientación sexual .....	84
Figura 6. Distribución porcentual por la realización de ejercicio físico .....	85
Figura 7. Distribución porcentual de acuerdo con el punto de corte del EAT-26... 87	
Figura 8. Distribución porcentual del punto de corte del BSQ.....	87
Figura 9. Distribución porcentual por punto de corte del CIMEC- 40. ....	88
Figura 10. Distribución porcentual por punto de corte del CIMEC-17 .....	89
Figura 11. Distribución porcentual de acuerdo con los puntos de corte para circunferencia de cintura respecto al género.....	90
Figura 12. Distribución porcentual de acuerdo a las categorías del índice de masa corporal de acuerdo al género.....	91
Figura 13. Distribución porcentual del porcentaje de grasa corporal.....	92
Figura 14. Modelo de regresión lineal simple de las Influencias del Modelo Estético Corporal .....	111
Figura 15. Modelo de regresión lineal simple de la Insatisfacción Corporal.....	111

## Índice de tablas

Tabla 1. Categorías de acuerdo al índice de masa corporal .....	67
Tabla 2. Clasificación del porcentaje de grasa corporal .....	68
Tabla 3. Definición conceptual y operacional de las variables psicológicas .....	79
Tabla 4. Definición conceptual y operacional de variables biológicas .....	80
Tabla 5. Pruebas de normalidad de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> .....	93
Tabla 6. Comparación de variables con la Prueba de <i>U de Mann Whitney</i> .....	94
Tabla 7. Correlaciones de las variables de estudio .....	98
Tabla 8. Modelo de regresión lineal simple de las Influencias del Modelo Estetico Corporal .....	101
Tabla 9. Modelo de regresión lineal simple de la Insatisfacción Corporal .....	102

## Resumen

El objetivo general la investigación fue evaluar el efecto de variables psicológicas (insatisfacción corporal e influencias del modelo estético corporal) sobre las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y perfil antropométrico respecto al sexo en estudiantes universitarios. El diseño fue no-experimental-transversal, con un muestreo no-probabilístico intencional, participaron 336 estudiantes de licenciatura de una universidad pública del Estado de Hidalgo, de los cuales 90 (26.79%) fueron varones y 246 (73.21%) fueron mujeres, quienes cursaban de tercero a noveno semestre (rango de edad, 18 a 35 años). Los participantes contestaron el Test de Actitudes Alimentarias-26 (EAT-26, por sus siglas en inglés), el Cuestionario de imagen corporal (BSQ, por sus siglas en inglés), el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-40) versión mujeres y CIMEC-17 versión varones. Para medir las variables biológicas (Índice de masa corporal [IMC], porcentaje de grasa corporal (PGC) y circunferencia de cintura [CC]) se utilizó un analizador de composición corporal (*InBody*) y un estadímetro (marca *SECA*). Se encontró que, hubo diferencias estadísticamente significativas entre el sexo sólo para el BSQ y sus dos subescalas ( $p < .05$ ) con mayores puntuaciones en las mujeres. Respecto a las correlaciones de los indicadores antropométricos con todas las variables de estudio, se destacó la asociación más fuerte entre el PGC y la subescala Malestar Corporal y Reducción de Peso del CIMEC-40 ( $r_s = .56, p < .05$ ); en tanto que, en el EAT-26 y sus subescalas con las demás variables la más alta fue entre Dieta y Malestar Corporal Normativo del BSQ ( $r_s = .66, p < .05$ ); finalmente, entre el BSQ con el resto de las variables, la asociación más fuerte se encontró entre BSQ y el Malestar Corporal y Reducción de Peso del CIMEC-40 (mujeres;  $r_s = .87, p < .05$ ), de manera general, ésta última fue la asociación más fuerte de entre todas las correlaciones. En cuanto a los modelos de regresión lineal simple, se encontró que, la Influencia del Modelo Estético Corporal (IMEC) predijo significativamente ( $p < .01$ ) las CAR en mayor medida en los varones en comparación con las mujeres (49% vs. 33%, respectivamente); la Insatisfacción Corporal predijo significativamente ( $p < .01$ ) las CAR en mayor medida en los varones en comparación con las mujeres (49% vs. 35%, respectivamente;  $p < .01$ ). Mientras que, la Insatisfacción Corporal y la IMEC tienen mayor valor predictivo de IMC en las mujeres en comparación con los varones (16% vs. 5%, respectivamente); para PGC y CC, los modelos sólo fueron significativos para las mujeres (16% y 10% respectivamente). En conclusión, la IMEC predijo en mayor medida las CAR en varones, contrariamente, la Insatisfacción Corporal tiene mayor valor predictivo para IMC y para CAR en las mujeres. No obstante, para fortalecer estos hallazgos es necesario evaluar estos modelos en muestras clínicas.

**Palabras clave.** Insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, influencia del modelo estético de delgadez, universitarios.

## **Abstract**

The main objective of this research was evaluating the effect of psychological variables (body dissatisfaction and influences of the corporal aesthetic model) on risk eating behaviors (REB) and anthropometric profile, regarding to sex in college students. The design was not-experimental and cross-sectional, through to intentional non-probabilistic sampling participated 336 undergraduate students from a public University of the State of Hidalgo, of which 90 (26.79%) are men and 246 (73.21%) are women, enrolled from the third to the ninth semester (age range, 18 to 35 years). The participants answered the Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), the Body Shape Questionnaire (BSQ), the Questionnaire on Influences of the Corporal Aesthetic Model (CIMEC-40) to women version and CIMEC-17 to men version. To calculate the biological variables (body mass index [BMI], body fat percentage [BFP] and waist circumference [WC]), it was used a body composition analyzer (InBody) and a stadiometer (SECA). It was found that, there were statistically significant differences between sex only for the BSQ and its two subscales ( $p < .05$ ) with higher scores in women. Respect to the correlations of the anthropometric indicators with all the study variables, highlighted the strongest association between the BFP and the subscale Body Discomfort and Weight Reduction of the CIMEC-40 ( $r_s = .56$ ,  $p < .05$ ); whilst, among the EAT-26 and its subscales with the other variables, the highest was between Diet and Normative Body Discomfort of the BSQ ( $r_s = .66$ ,  $p < .05$ ); finally, between the BSQ and the rest of the variables, the strongest correlation was found among the total BSQ and the Body Discomfort and Weight Reduction of the CIMEC-40 ( $r_s = .87$ ,  $p < .05$ ), in general, this latter was the strongest among all the correlations. As for the simple linear regression models, it was found that, the Influence of the Aesthetic Body Model (IABM) predicted significantly ( $p < .01$ ) the REB but with a greater contribution in men compared with the woman (49% vs. 33%, respectively); Body Dissatisfaction predicted significantly ( $p < .01$ ) the REB but with a greater contribution in men compared to women (49% vs. 35%, respectively;  $p < .01$ ). Whilst, Body Dissatisfaction and the IABM had a higher predictive value on BMI in women compared to men (16% vs. 5%, respectively); for the BFP and WC, the models were only significant for women (16% y 10% respectively). In conclusion, ICAM predicted REB with a greater contribution in men; of way contrary, Body Dissatisfaction has a greater predictive value for the BMI and the REB in women. However, to strengthen these findings it is necessary to evaluate these models in clinical samples.

**Keywords:** body dissatisfaction, risk eating behaviors, influence of the aesthetic body model, college students.

## ***Introducción***

De manera general, en el ser humano se involucran tres dimensiones, la biológica, la social y la psicológica, en la primera incluye aquellas variables genéticas inherentes al organismo, en la segunda, existen variables que se adquieren del contacto con el otro u otros, en la dimensión psicológica se identifican variable de índole individual (variables psicológicas), aunque estas pueden también pueden ser adquiridas de lo social y lo cultural, de este modo, su estudio puede ser amplio, por lo que es útil, fraccionar su conocimiento para mayor comprensión. En la presente tesis, se entiende como variables psicológicas a las conductas alimentarias de riesgo (CAR), la insatisfacción corporal y las influencias del modelo estético corporal. La interacción de la dimensión biológica con la psicológica puede afectar la salud del ser humano, por ello es relevante su estudio.

Específicamente, las CAR son patrones de conducta alterados e insanos relativos a la ingestión de alimentos, de manera general, su base es psicológica, por lo que, en un continuo potencializa el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA; Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 [DSM-5] APA, 2014; Méndez, Vázquez-Velázquez, & García-García, 2008; Saucedo-Molina & Unikel, 2010a). A pesar de identificar la base, el origen específico de estos problemas de salud todavía no es concluyente, debido a la interacción multifactorial compleja.

Desde hace poco más de 50 años, diversos investigadores han realizado aportaciones relevantes para su comprensión, por lo que, hoy en día se conoce que

esta problemática de salud pública no excluye edades ni sexo, y aunque las investigaciones evidencian que un mayor número de mujeres llevan a cabo CAR, hay estudios que demuestran que el número de varones con CAR va en aumento (Díaz, Rodríguez, Martín, & Hiruela, 2003, López, 2012; Saucedo-Molina & Unikel, 2010; Gutiérrez et al., 2012; World Health Organization [WHO], 2005; Saucedo-Molina & Unikel, 2010a).

En cuanto a las etapas del desarrollo, los adolescentes se encuentran en riesgo alto de llevar a cabo este tipo de conductas alteradas. Sin embargo, desde la etapa de la niñez hasta la de tercera edad pueden padecer CAR. De acuerdo a su impacto, se sabe que este tipo de conductas dañan las tres esferas del ser humano (i.e., la física, psicológica y la social), aunado a que, en su tratamiento se involucran altos costos, además, la mayoría de los afectados no suelen acudir a tratamiento, y en casos de extremas consecuencias, las víctimas pueden llegar al suicidio (DSM-5, 2014; Méndez et al., 2008).

Diversas investigaciones muestran que las CAR se asocian a distintas variables, lo que ha sentado las bases de amplio conocimiento sobre factores de riesgo para su desarrollo. Por ejemplo, dichos factores son la insatisfacción corporal y las influencias socioculturales mismas que conducen a la búsqueda de un ideal estético basado en los cánones de belleza vigentes, estos dos factores solos o en interacción afectan el bienestar físico y emocional de las personas, no sólo en las mujeres sino también en los varones (Bautista-Díaz, Galván-Juárez, Martínez-Fernández, Álvarez-Ríos, & García-Cruz, 2017; Bautista-Díaz, 2018; Vargas, 2017).

Aunque, la insatisfacción corporal y las influencias socioculturales son punto clave en las CAR, es importante tomar en cuenta otro tipo de variables, como las biológicas, tal es el caso del índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa corporal (PGC) y la circunferencia de cintura (CC), las cuales han sido estudiadas de manera independiente, pero son escasas las investigaciones que consideren más de un indicador del perfil antropométrico en el origen de estas alteraciones alimentarias (Martínez, Berengüi, & Fayos, 2016).

Al respecto, los estudios con alcance descriptivo y correlacional han brindado excelentes aportaciones ente campo de estudio. Sin embargo, someter a prueba la predicción de ciertas variables, es un área de oportunidad. Por tanto, el objetivo general de la presente tesis fue evaluar el efecto de variables psicológicas (insatisfacción corporal e influencias del modelo estético corporal) sobre las conductas alimentarias de riesgo y perfil antropométrico, respecto al sexo en estudiantes universitarios.

Para cumplir dicho propósito, una vez que se delimitó el tema de estudio, fue pertinente hacer una revisión de la literatura para construir un panorama claro y amplio de las variables del presente estudio, por tanto, en el primer capítulo se pueden observar aspectos sobre el problema de salud (CAR), en este se detalla el concepto, algunos datos epidemiológicos mundiales, latinoamericanos, nacionales y estatales, seguido de factores predisponentes.

En el capítulo dos, se presenta información específicamente de la imagen corporal, se muestran datos conceptuales, modelos teóricos, instrumentos que

evalúan la imagen corporal y evidencia de investigaciones sobre dicha variable. Mientras que, en el capítulo tres, se abordan conceptos, características, modelos explicativos, instrumentos de evaluación y estudios relacionados al modelo estético corporal. En tanto que, en el capítulo cuatro se muestra información referente a la composición corporal y antropometría, desde los conceptos propios, hasta modelos teóricos, así como las principales medidas antropométricas, indicadores y procedimientos para obtener ciertas medidas antropométricas. En el capítulo cinco se detalla la metodología de la investigación, los aspectos éticos y el plan analítico de los datos. En el capítulo seis se exponen los resultados de la investigación en términos de análisis descriptivos, inferenciales, de asociación y de explicación de las variables.

Posteriormente, se presenta la discusión de los hallazgos y finalmente, la conclusión de la investigación, para cerrar con las referencias y anexos.

# ***Capítulo I. Conductas alimentarias de riesgo***

## **1.1. Definición de conductas alimentarias de riesgo**

El término conducta alimentaria está relacionado con la acción de ingerir alimentos, en el entendido que la alimentación es un proceso voluntario a partir de ciertas etapas, esta acción incluye la selección de los alimentos a consumir de acuerdo a ciertas necesidades, la preparación de acuerdo al gusto de cada persona y finalmente la ingestión, para que con esta última fase se abra paso a la nutrición, como proceso involuntario y automático que se lleva a cabo por las siguientes acciones: a) digestión de los alimentos, b) absorción, c) utilización y d) eliminación (Hernández, Plasencia, Jiménez, Martín, & González, 2008).

No obstante, se debe tomar en cuenta que el término es más complejo ya que, en primer lugar, la alimentación como tal puede estar en función de la necesidad fisiológica como es el hambre; en segundo lugar, puede estar mediada por los hábitos y costumbres tanto familiares como sociales; y, en tercer lugar, por estados emocionales, es decir, en la conducta alimentaria se involucran las tres dimensiones de ser humano (i.e., biológica, social y psicológica; Hernández et al., 2008).

Así, no sólo se trata del acto de ingestión de alimentos, ya que, en algunos casos se presentan alteraciones en dicha acción, tal es el caso de las conductas alimentarias de riesgo (CAR), mismas que son un tema de interés clínico y de investigación para la psicología de la salud (Saucedo-Molina & Unikel, 2010a; Unikel, Díaz de León, & Rivera, 2016).

Entre las CAR, se encuentran las siguientes: a) ingesta excesiva de alimentos, b) pérdida del control sobre la ingestión de alimentos, c) uso inadecuado de diuréticos y/o laxantes, d) práctica regular de dietas restrictivas, e) ayunos prolongados, f) vómitos autoinducidos. En el campo de estudio de las CAR, se ha referido que la realización de ejercicio excesivo también es una conducta de riesgo cuando esta se realiza con la intención de controlar el peso corporal. Se consideran de riesgo cuando el propósito de quienes las practican es controlar el peso corporal (Ortega-Luyando et al., 2015; Saucedo-Molina & Unikel, 2010a; Unikel et al., 2016).

## **1.2 Consecuencias de las conductas alimentarias de riesgo**

### **1.2.1 Consecuencias psicosociales**

Como se mencionó previamente, las CAR por sí mismas son clínicamente relevantes, pero una de las principales consecuencias de éstas es el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA; Staudt, Rojo, & Ojeda, 2006; Ureña-Molina, Pacheco-Milian, & Rondón-Ortega, 2015): a) Anorexia nerviosa (AN), trastorno que hace referencia a la persona que presenta miedo intenso a ganar peso además de una distorsión de la imagen corporal, esto conlleva a conductas anómalas con la finalidad de adelgazar (DSM-5 [APA] 2014); b) Bulimia nerviosa (BN) que se identifica claramente por diversos episodios de hiperingesta con pérdida de control alimentario en presencia de sentimientos de auto-culpabilidad y reproches que, ocasionan que la persona provoque vómitos posteriores a la ingesta, también se destaca el uso de diuréticos y laxantes (Chinchilla, 2003; DSM-5, 2014); c) El trastorno por atracón (TPA) refiere a comportamientos de alimentación

compulsiva en cuanto a cantidad y voracidad, estos episodios alimentarios son superiores a lo que consume cualquier persona, alcanzando las 20,000 Kcal. por episodio y la persona se viva en una sensación constante de pérdida de control (Baile, 2014; DSM-5, 2014).

Se ha referido que cuando aparece un TCA durante la adolescencia se afecta el curso natural del desarrollo de esta etapa, además, debido a los conflictos propios de dicha etapa se potencializa negativamente la interacción familiar y el aislamiento social (López & Treasure, 2011; DSM-5, 2014); también existe evidencia de que las víctimas de TCA presentan comorbilidad psiquiátrica, como la depresión; además, pueden tener desorganización cognitiva, expresar ira, autocastigarse, y presentan pérdida de interés social, (Gaete, López, & Matamala, 2012; Hunot, Vizmanos, Vázquez, & Celis, 2008; López & Treasure, 2011; Onis, 1990).

### 1.2.2 Consecuencias biológicas

Cuando las CAR involucran la restricción alimentaria, tal es el caso de las dietas restrictivas o ayuno prolongado, algunas de las repercusiones biológicas que se presentan son la disminución considerable de nutrimentos, desarrollo de cetosis metabólica (altas cantidades de grasa), desbalance hidroelectrolítico, amenorrea, infertilidad, reducción del pulso, reducción de frecuencia respiratoria y cardíaca, problemas renales, problemas en la tiroides, hipoglucemia, sangrado esofágico, entre otras (Gaete et al., 2012; Hunot et al., 2008; *National Eating Disorders Association* [NEDA], 2012a; 2016).

Específicamente, para el vómito y el uso de laxantes, existen evidencias de repercusiones médicas fundamentadas. En el caso del vómito autoinducido, debido al ácido contenido en cada episodio, la zona dental puede verse afectada por erosión, sensibilidad de encías y/o pérdida de piezas dentales; hipertrofia de la glándula parótida o sialadenosis; problemas gástricos como por ejemplo, reflujo gastroesofágico, úlceras en el esófago, sangrado, etc.; prolapso o sangrado rectal; problemas cardiovasculares como taquicardias, arritmias, entre otras consecuencias (Moncayo, 2016; Westmoreland, Mori, & Mehler, 2016).

Respecto a uso de laxantes se documenta que su uso excesivo provoca alteraciones electrolíticas como: deshidratación severa, hipopotasemia, lenta motilidad intestinal, debilidad muscular; a nivel intestinal puede provocar, ulceraciones en la mucosa del colon, hemorroides, neuropatía de colon, prolapso rectal, colon catártico, entre otros (Moncayo, 2016).

De acuerdo con Gaete et al. (2012) las complicaciones biológicas de las CAR pueden dejar secuelas irreversibles en el organismo de las personas, además, la comorbilidad médica en casos extremos puede conducir a la muerte.

### **1.3 Datos epidemiológicos de las conductas alimentarias de riesgo y de los trastornos del comportamiento alimentario**

Con la intención de visualizar un panorama general de la dimensión del problema, es importante conocer algunos datos epidemiológicos como la incidencia, mortalidad y prevalencia de TCA y de CAR, ya que en las últimas dos décadas su desarrollo ha aumentado significativamente (Ortega-Luyando et al., 2015).

### 1.3.1 Datos epidemiológicos a nivel mundial

De acuerdo a Álvarez-Malé, Bautista-Castaño y Serra-Majem (2015) los estudios sobre los TCA a nivel mundial aparecen a partir de los 70's, los cuales se realizaron en el centro y norte de Europa, Estados Unidos o Canadá, posteriormente los estudios epidemiológicos de tal problemática se extienden a España en los años noventa.

Con base a tales investigaciones se encuentra que el riesgo de tener un TCA oscila entre 4% y 12%, mientras que, para los TCA como tal, se presenta en 1% y 5% en la población (Calvo & Ruíz, 2012). El DSM-5 (2014) se muestra que la prevalencia al año de la anorexia nerviosa (AN) en mujeres es de 0.4% –en varones es mucho menor–; para la bulimia nerviosa (BN) el porcentaje es mayor, por ejemplo, la prevalencia puntual en mujeres jóvenes es de 1% a 1.5%; mientras que, el más prevalente es el trastorno por atracón (TPA) ya que, su porcentaje es de 1.6% para mujeres y 0.8% en hombres.

En el extranjero, se estima que la prevalencia de la AN va entre 0.5% y 1% y de BN entre 1-2% y 4%. Además, se precisa que las CAR (DSM- 5, 2014) son más frecuentes, ya que, llegan hasta 14% en la población en general (Gaete et al., 2012; DSM-5, 2014).

En países como China Japón y África el TPA es el que tiene mayor prevalencia (3.58%) en China, 3.32% en Japón y en África 4.45% (Hoek, 2016); todo esto en población general ya que, para clínicas de reducción de peso el porcentaje aumenta entre 12% y 30% (Bautista-Díaz et al., 2012).

La incidencia de los TCA para el siglo XX se encontraba en porcentajes altos principalmente en la población de países desarrollados, sin embargo, hoy en día han cambiado ya que, la problemática también se observa en países en vía de desarrollo (Mérida & López, 2013).

A partir de esta información, se puede visualizar que los porcentajes de TCA son importante, además el riesgo de padecer alguno de estos, afecta tanto a mujeres como a varones, aunque éstos últimos, en menor medida, pero se debe destacar que esta población puede estar realizando algún tipo de CAR (Álvarez-Malé et al., 2015; Gaete et al., 2012).

Un hecho clínicamente relevante, es que, en Estados Unidos, 50% de las mujeres de 11 a 13 años de edad se considera con sobrepeso aun teniendo peso normal y 80% de las personas mayores de 13 años han intentado bajar de peso con diferentes estrategias (Hoek, 2016).

### 1.3.2 Datos epidemiológicos de América latina

Estudios realizados en el Caribe, han reportado que hasta 31% de los estudiantes manifiestan insatisfacción con su peso, por lo que han utilizado diversos métodos para reducir peso, entre ellos la dieta restrictiva (15%), ejercicio (15%), uso de laxantes (15%), vómitos autoinducidos (8%) y pastillas para adelgazar (6%; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012).

### 1.3.3 Datos epidemiológicos nacionales

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), se muestran datos relevantes de la prevalencia de riesgo de desarrollar TCA debido a la presencia de CAR en adolescentes, indicando que 1.9% de las adolescentes y 0.8% de los adolescentes, presentan este riesgo. Asimismo, se destaca que otros comportamientos que no son precisamente de conducta alimentaria pero que también ponen en riesgo la salud de quien lo padece o experimenta, por ejemplo, en las mujeres, la preocupación por ganar peso se presenta en 19.7% y en el caso de los varones 12.7% hacen ejercicio para bajar de peso o controlar su figura corporal, en ambos casos pueden ser precursores de CAR o de TCA (Gutiérrez et al., 2012).

### 1.3.4 Datos epidemiológicos estatales

En el Estado de Hidalgo se reportaron datos de prevalencia de una muestra de 793 alumnos (577 mujeres y 216 varones) pertenecientes a instituciones públicas; 13.9% de estudiantes de secundaria y 12.1% de bachillerato presentaron riesgo de desarrollar algún TCA debido a la presencia de CAR, por lo que los autores recomendaron considerar medidas pertinentes para atender esta población en particular. Además, 16.3% se encontraba en el límite del peso normal tendiente hacia el bajo peso y 33.5% con sobrepeso u obesidad, por tanto, se indicó que más del 50% de la muestra, no tiene un peso correspondiente de acuerdo a su edad, reflejando inadecuados hábitos alimenticios ya sea por déficit o por exceso (Miranda, 2012).

Los datos de prevalencia tanto de las CAR como TCA, permiten conocer la magnitud del problema de salud, no obstante, algunos investigadores y clínicos proponen modelos teóricos para una mejor comprensión de la problemática por lo que a continuación se presentan los más relevantes.

## **1.4 Teorías y modelos explicativos de las conductas alimentarias de riesgo**

### 1.4.1 Teoría del *Continuum*

Gleaves, Brown y Warren (2004) aseveran que el diagnóstico de los TCA es un continuo que va de normal-anormal y su desarrollo, se basa en la preocupación por el peso corporal, mismo que posteriormente puede conducir a un comportamiento alimentario alterado. Lo anterior, se plasmó en la Teoría del *Continuum* Nylander (1971 como se citó en Altamirano, Unikel, & Vizmanos, 2011), esta teoría ha permanecido vigente casi durante 50 años. La Teoría del *Continuum* explica que las CAR se encuentran en la parte intermedia del *continuum*, ya que en un extremo se encuentran las conductas alimentarias normales y en el otro extremo se visualizan los TCA (Altamirano et al., 2011; Gleaves et al., 2004).

### 1.4.2. Modelos cognitivo-afectivos

De acuerdo con Sánchez, Villareal y Musitu (2010) este tipo de modelos aborda a la alteración con imagen corporal como principal componente psicológico desencadenante de las CAR y de los TCA, por lo que, otros autores desarrollan teorías explicativas a partir de este supuesto. Tal es el caso de Baile, Raich y

Garrido (2003) quienes asumen que las alteraciones cognitivo-afectivas relacionadas la insatisfacción corporal y sus alteraciones son la clave primordial de todos los demás factores que predisponen a las CAR.

En el análisis de los diversos factores involucrados en los TCA, se encuentra que los niveles altos de insatisfacción con la figura y la restricción alimentaria se relacionan con la ingesta anormal, bajo peso, sintomatología bulímica, un baja autoestima, depresión y problemas relacionados con el estrés, lo cual explica la forma en cómo se desarrolla un TCA mediante variables cognitivo-afectivas. Estos autores, al evaluar la capacidad predictiva de estas alteraciones, encuentran como determinantes la insatisfacción corporal y las dietas restrictivas como factores de riesgo para la salud física y psicológica (Johnson & Wardle, 2005).

### 1.4.3. Modelo multifactorial

La actividad científica se interesa en indagar los factores asociados al desarrollo de los TCA, e intenta replantear teorías a partir de un abordaje más holístico, para proporcionar explicaciones más amplias (Sánchez et al., 2010). A partir del Modelo Multifactorial (Garfinkel & Garner, 1982) se propone que las CAR o los TCA se pueden desarrollar a partir de diversos factores relacionados entre sí, si bien, esta teoría implica tomar en cuenta en su etiología el orden biopsicosocial, posteriormente, se debe incluir tres grupos importantes de factores, mismos que a continuación se describen.

*Factores predisponentes.* Incluyen los factores individuales tales como los cambios físicos de la etapa de desarrollo, edad, sexo, miedo a madurar,

preocupación de autonomía e identidad, aunado a factores familiares como edad de los padres, clase social de padres, aumento en la cultura de peso, deficiencias en la relación de padres e hijos lo cual dificulta la autonomía y separación, antecedentes familiares del trastorno afectivo, o bien factores culturales como la presión social hacia la expectativa de alcanzar los cánones de belleza y delgadez (Garfinkel & Garner, 1982).

*Factores precipitantes.* Son elementos que potencializan la aparición de CAR o TCA, en ellos se encuentran las dietas restrictivas o purgativas, las exigencias del medio que perciben, amenazas directas hacia la pérdida de la autoestima (Garfinkel & Garner, 1982).

*Factores mantenedores.* Son elementos que propician el mantenimiento de las CAR o de los TCA, como el síndrome de inanición (forma extrema de desnutrición debido a la elevada falta de nutrientes o vitaminas debida a la falta de ingesta de energía), alteraciones en la fisiología intestinal, el énfasis en la cultura de la delgadez, la personalidad y la precepción de la imagen corporal.

#### 1.4.5 Modelo del prototipo de complacencia

Más recientemente, se desarrolló el Modelo del Prototipo de Complacencia (*Prototype Willingness-Model* [PWM]; Gibbons, Gerrard, Ouellette, & Burzette, 2007) con la finalidad de intentar dar una explicación mejor sobre el comportamiento relacionado con la salud de los adolescentes, el cual se basa en la teoría de que la voluntad de las personas al momento de realizar un comportamiento se ve influenciada por la actitud o comportamiento de otra y de las normas subjetivas del

contexto en el que se desenvuelva, estos comportamientos pueden ser negativos o positivos es decir, que si una persona tiene como modelo a un fumador, este realizará ese comportamiento, por el contrario, si se cuenta con un modelo de una persona no fumadora y con buenas conductas de salud éste se verá influenciado de manera positiva.

El PWM se probó en un estudio por Dohnke, Steinhilber, y Fuchs (2014) con 356 adolescentes, en el cual se indagó sobre sus hábitos alimentarios y se encontró que aquellas personas con una percepción positiva hacia la buena alimentación tienden a comunicarse y a formar círculos de amigos con aquellas personas con patrones saludables de alimentación, por el contrario, cuando las personas tienen percepciones negativas hacia la alimentación, se comunican con personas de este tipo. Asimismo, se encuentra que las actitudes se ven fuertemente relacionadas con las intenciones, es decir, entre más fuerte sea la percepción sobre la norma subjetiva (por ejemplo, la delgadez) mayor es la actitud a la alimentación saludable y mayor es la intención de realizarlo.

De este modo, este modelo intenta predecir los factores que propician una buena alimentación o los patrones de una alimentación no saludable, basándose en un patrón general de alimentación a partir de las normas subjetivas de la sociedad. Finalmente, se propone que una disposición de cambio puede estar relacionada con una persona modelo de buena salud como determinantes conductuales que deben considerarse en la prevención y promoción de la salud del comportamiento alimentario (Dohnke et al., 2014).

#### 1.4.6 Modelo de campo psicosocial de los trastornos de la conducta alimentaria

Este modelo se plantea a partir de teorías explicativas que de un inicio no van dirigidas a un TCA pero que sirven para generar un modelo meta teórico para su estudio. Una de las bases para desarrollar este modelo, es la aportación de Bronfenbrenner con el modelo ecológico, quien brinda la explicación sobre cómo los individuos se desarrollan a partir de los intercambios que hay con el ecosistema, generando así ciertos cambios y adaptaciones y que aunado a eso es importante valorar los aspectos relacionados a los macrosistemas: las influencias culturales, exosistema: entornos sociales de influencia indirecta y microsistemas: contextos de influencia directa como la familia, escuela y amigos, así como las interrelaciones entre estos últimos (Sánchez et al., 2010).

Lo anterior se entrelaza con la teoría de García y Musitu (2000) en la que se destaca que las interrelaciones familiares o con amigos pueden conllevar a determinados factores de riesgo o protectores y es aquí, que también entra la aportación de Kantor (1971) ya que, menciona que durante este desarrollo de interrelaciones y adaptaciones se pueden ver reflejados cambios interconductuales que impactan el campo total. Entonces con esta base se explica que las CAR surgen de factores múltiples de riesgo derivados del macrosistema, exosistema y microsistema; por tanto, las influencias negativas de estos sistemas son relevantes en el desarrollo de las CAR, propiciando de esta manera cambios en el campo total del individuo que afecta su andar cotidiano con todo su ecosistema, al contrario, sí se presentan influencias positivas, interrelaciones sanas, convivencia y

aprendizajes positivos, los factores serían protectores contra el desarrollo de las CAR (Sánchez et al., 2010).

Ahora bien, en un sentido más amplio se trata de poder apreciar el valor de la teoría en un estudio realizado con el objetivo de conocer los factores que influyen en el origen de las CAR en adolescentes escolarizados. Así que, se explica que existe una influencia indirecta (o mediada) por contexto familiar, escolar y comunitario. En el caso específico del funcionamiento familiar, este tiene un efecto indirecto sobre las CAR, la autoestima y la conducta depresiva, así que, el funcionamiento familiar es un elemento importante que juega dos tipos de papeles, ya sea protector o de riesgo, es decir, en el caso de factor de riesgo, indica que un mal funcionamiento familiar puede dirigir a conductas depresivas aunadas a baja autoestima y a una insatisfacción con la imagen corporal que posteriormente encaminaría a las CAR (Sánchez et al., 2010).

A manera de síntesis respecto a los modelos teóricos, como se observó estos abordan el comportamiento alimentario desde distintas vertientes, pero algunos convergen en algún punto, por ejemplo: el multifactorial, el cognitivo afectivo y el del campo psicosocial, evalúan a las CAR como un problema relacionado a múltiples factores tanto personales como sociales, por lo que estos, son los que brindan un pilar sólido para la investigación. Mientras que, el modelo con menor fundamento para la investigación fue el PWM, ya que, aunque considera a las conductas alimentarias no saludables, su origen no fue este, sino que se extrapoló a este campo de estudio.

## **1.5 Posibles causas de las conductas alimentarias de riesgo**

De la misma forma que en las consecuencias de las CAR, se ha referido que los factores que predisponen a la práctica de éstas, se pueden encontrar aspectos biológicos, psicológico y socioculturales (Gonçalves, Machado, & Machado, 2011).

### **1.5.1 Factores biológicos predisponentes de las CAR**

Se ha postulado que existe una predisposición genética para el desarrollo de las CAR, en la que se identifican diversos aspectos como la vulnerabilidad biológica, los cambios físicos y endocrinológicos asociados con la pubertad (Gaete et al., 2012). La Fundación Nacional del Sueño refiere que la higiene del sueño tiene que ver con las prácticas necesarias sobre comportamientos para mantener un estilo de vida saludable en las personas (Islas, 2017).

Por tanto, como lo menciona Ardila (2010) la privación de sueño es un componente para contraer alguna consecuencia negativa en la salud física, perceptual, emocional y cognitiva, tales como alteraciones en la percepción y alucinaciones visuales. Lo anterior se muestra como punto de relevancia a estudiar debido a que puede verse fuertemente relacionado con el desarrollo de las CAR, principalmente se ha referido que la mala higiene del sueño, como es tener pocas horas de descanso al dormir, o acostarse más tarde de lo normal, se relacionan con el consumo descontrolado de alimentos, malas dietas y la obesidad en adolescentes (Chaput & Dutil, 2016)

## 1.5.2 Factores psicosociales

Entre los factores psicosociales que posibilitan el desarrollo de las CAR, se encuentran la búsqueda y preocupación por el sentido de identidad, autonomía, devoción a ideales estéticos y por ende, sentirse insatisfecho de su propio cuerpo, incluso la llegada de la etapa de la adultez puede ser un factor importante del origen de las CAR (Hunot et al., 2008; Unikel, Díaz de León, & Rivera, 2017).

Otro factor psicosocial importante que puede influir en el desarrollo de las CAR es la cultura de belleza que la sociedad impone desde hace algunos lustros, tal es el caso de la publicidad en los medios masivos de comunicación y en las redes sociales (Bojorquez, Saucedo-Molina, Juárez-García, Unikel- Santoncini, 2013; Hunot et al., 2008; Toro, Salamero, & Martínez, 1994).

Mientras que, Ciangherotti et al. (2003) y Kaewpradub, Kiatrungrit, Hongsanguansri, y Pavasuthipaisit (2017) sostienen que el estilo de vida sedentario, dietas altas en calorías, desbalance energético en la alimentación y la presencia de familiares con exceso de peso son factores que pueden contribuir al desarrollo de las CAR, desde edades tempranas.

## **1.6 Instrumentos de evaluación de las conductas alimentarias de riesgo**

### **1.6.1 Cuestionario de Actitudes Alimentarias**

El Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT, por sus siglas en inglés) fue elaborado por Garner y Garfinkel (1979) y validado para población mexicana, por Álvarez et al. (2004), el cual contiene 40 reactivos con una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que va de nunca a siempre. Su validez se demostró con un análisis factorial exploratorio que agrupó los reactivos en cinco factores: restricción alimentaria, bulimia, motivación para adelgazar, preocupación por la comida y presión social percibida; y su confiabilidad se reportó con un adecuado coeficiente de consistencia interna ( $Alfa = .90$ ). Se destaca que el EAT es el instrumento más utilizado a nivel mundial para evaluar las CAR, ya que, es un medio de tamizaje.

### **1.6.2 Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo**

El Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), consta de 10 reactivos que contienen una serie de conductas referentes a la pérdida de peso y preocupación de engordar. Contiene tres factores (Atracón purga: ítem 2,3 ,4 y 5; Medidas compensatorias: ítem: 8,9 y 10; Restricción: ítem 1, 6 y 7). Este cuestionario fue diseñado y validado para distinguir entre población general y muestra clínica, posee adecuada consistencia interna ( $\alpha = .83$ ; Bojórquez et al., 2013). Este cuestionario es ideal para realizar estudios epidemiológicos por tratarse de un instrumento breve.

### 1.6.3 Sick, Control on Fat Food questionnaire

El Sick, Control on Fat Food (SCOFF) questionnaire no tiene una traducción literal al español, no obstante, representa el acrónimo de palabras relacionadas con los TCA, como el vómito autoinducido, temor a la ingesta descontrolada, pérdida de peso- alteración con la imagen corporal y dependencia a la comida. Este cuestionario lo desarrollaron Morgan, Reid y Lacey (1999), con el objetivo de identificar signos de alarma para los TCA y consta de cinco ítems con opción dicotómica de respuesta. En México Sánchez-Armass et al. (2012) evaluaron la validez de constructo por medio de un análisis factorial confirmatorio del SCOFF en muestras de varones y de mujeres, encontrando en éstas una estructura unidimensional del SCOFF con adecuados índices de ajuste, pero su confiabilidad fue baja ( $KR-20 = .61$  para mujeres;  $KR-20 = .48$  para varones).

### 1.6.3 Escala de Factores Asociados con Trastornos Alimentarios

La Escala de Factores Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), fue diseñada y validada con el objetivo de detectar CAR en adolescentes mexicanos por Gómez-Peresmitré (2000) consta de 44 reactivos, ubicados en cinco factores (Conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria anormal, comer por compensación psicológica y dieta crónica y restrictiva), posee cinco opciones de respuesta que van de nunca a siempre. Posee una confiabilidad adecuada de  $\alpha = .85$ .

Hoy en día, se conocen distintos instrumentos de evaluación de tal problemática de salud, mismos que fueron desarrollados a partir de las aportaciones

de modelos que explican las CAR, situación que no es sencilla tomando en cuenta la interrelación y conexión entre diversos factores familiares, individuales y sociales, entre otros, pero se destaca que la percepción negativa de la imagen corporal juega un papel clave en el desarrollo mantenimiento de las CAR o de los TCA. De este modo, lo relacionado con la imagen corporal se desarrolla en el siguiente capítulo.

## ***Capítulo II. Imagen corporal***

### **2.1 Definición de la imagen corporal**

De acuerdo con Cash (2004) la imagen corporal es una experiencia psicológica multifacética (sentimientos autoconscientes, experiencias de influencias sociales, influencias en el comportamiento y procesos variados de información de lo que se siente o se piensa del propio cuerpo), tal concepto abarca las autopercepciones y las actitudes relacionadas con el cuerpo, incluyendo principalmente pensamientos, creencias, sentimientos y conductas.

Al respecto, algunos especialistas coinciden en que los indicadores de este constructo son diversos cuestionamientos, tal es el caso del cómo se percibe la persona, cómo se imagina, cómo se siente y qué hace respecto a su propio cuerpo, lo anterior, permeado por lo que dicta la sociedad a partir de modelos de belleza vigentes que condicionan la búsqueda de un ideal que se transmite entre sus miembros (Baile, 2003; Cash, 2004; Raich, 2004; Soto et al., 2015; Vaquero, Macías, & Macazaga, 2014).

La imagen corporal durante la adolescencia y la adultez temprana representa un punto clave en el desarrollo y mantenimiento del autoconcepto, ya que, éste puede ser positivo o negativo, en el caso específico de autopercepciones y autovaloraciones negativas puede conducir a la búsqueda de un ideal corporal a cualquier costo y en casos extremos, puede desencadenar alteraciones psicológicas y conducir al desarrollo de comportamientos (actitudes y cogniciones)

riesgosos para la salud física y psicológica, tal es el caso de los TCA (Johnson et al., 2015; Soto et al., 2015; Voelker, Reel, & Greenleaf, 2015).

## **2.2 Clasificación de la imagen corporal: satisfacción e insatisfacción corporal**

La imagen corporal al ser una representación mental es un constructo dinámico que se va modificando a lo largo de la vida, en función de lo psicológico y de lo social (Argüello & Romero, 2012). En la autopercepción de la imagen corporal contribuyen la subestimación o sobrestimación que se tenga de sí mismo, de tal manera que, se puede identificar un *continuum* que va de la satisfacción a la insatisfacción corporal clínicamente relevante (Contreras, Gil, García, Fernández, & Pastor, 2012; Pino, López, Moreno, & Faúndez, 2010).

### 2.2.1 Satisfacción corporal

La satisfacción corporal (imagen corporal positiva) marca pautas de percepción más realista del cuerpo, es decir las personas se aceptan tal y como son porque establecen que el cuerpo no es el aspecto que determina su valor, así que, existe una aceptación a pesar de la sociedad (Contreras et al., 2012). De este modo, la satisfacción corporal genera sentimientos positivos y una autoestima elevada, por lo que, la autovalía se vuelve un factor protector de la salud mental (Fundación de Imagen y Autoestima [F-IMA], 2013; NEDA, 2012<sup>b</sup>).

No obstante, se debe destacar que se ha estipulado que existe *un malestar normativo respecto a la imagen corporal*, esto refiere a determinada inconformidad que presentan la mayoría de las personas en cierta parte del cuerpo, dicha inconformidad no es conflictiva, por tanto, no genera afectaciones en la vida diaria del individuo. Sin embargo, cuando este malestar presenta un grado elevado, conduce al extremo opuesto del *continuum*, es decir, se pasa de la inconformidad normativa a una condición clínicamente relevante, como lo es la insatisfacción corporal (Berengüi, Castejón, & Torregrosa, 2016; Vázquez et al., 2011).

### 2.2.2 Insatisfacción corporal

Conceptualmente hablando, el concepto de insatisfacción corporal es un tanto complicado pues no hay única definición de este, porque como antes se explica, hay diferentes grados que van desde un malestar normativo hasta un malestar de importancia clínica (Vázquez et al., 2011). No obstante, se ha propuesto que en la insatisfacción corporal intervienen percepciones, conductas y

componentes cognitivo-afectivos (Bautista, 2015; Bautista-Díaz et al., 2017; Thompson & Smolak, 2001).

Behar, Vargas y Cabrera (2011) explican que la insatisfacción corporal es una preocupación y malestar excesivo con la propia figura y peso, tal grado de preocupación puede estar acompañado por alteraciones cognitivo-conductuales que llegan a afectar al individuo, pues es considerado como factor predisponente, desencadenante, perpetuante y de pronóstico de los TCA.

La insatisfacción corporal entonces es la percepción negativa que se acompaña con la inconformidad elevada hacia el propio cuerpo, que se origina de la angustia o vergüenza (de relevancia clínica) de sí mismo y de cómo se percibe la figura y peso corporal. Las personas que experimentan dichas alteraciones a menudo reportan disfunción psicosocial porque hay una brecha importante entre la realidad y lo que se desea (F-IMA, 2013; McDermott et al., 2015).

Los rasgos de la insatisfacción corporal se pueden presentar en cuatro niveles de respuesta: 1) en el psicofisiológico, se encuentra la sudoración, temblor y dificultad respiratoria, entre otras reacciones; 2) en el nivel conductual, las personas realizan la evitación (aislamiento social o ayunos prolongados), dietas restrictivas, ejercicio físico en exceso; 3) en el nivel cognitivo se ha reportado la preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas (p.ej., juzgar continuamente su apariencia física y utilizar frases de desvalorización a su propia imagen); 4) a nivel emocional surgen emociones como asco, tristeza y vergüenza

respecto a la figura corporal, entre otras emociones (Rosen, 1995; Ortega-Roldán, 2012; Kollei, Brunhoeber, Rauh, Zwaan, & Martin, 2012; NEDA, 2012<sup>b</sup> ).

Por tanto, la insatisfacción corporal es un cuadro de cogniciones, emociones y conductas de relevancia clínica que atentan contra la salud física y psicológica de quien la experimenta. Es importante destacar que la insatisfacción corporal es una problemática que debe atenderse oportunamente porque es precursor de alteraciones y en casos extremos, puede desencadenar un TCA (F-IMA, 2013).

## **2.3 Modelos y teorías sobre la imagen corporal**

Las alteraciones de la imagen corporal han atraído la atención de clínicos, investigadores y teóricos quienes han desarrollado algunos modelos y teorías que explican los posibles precursores, variables mediadoras y consecuencias de una imagen corporal alterada.

### **2.3.1 Modelo dinámico del esquema estructural**

En los inicios del siglo XX, dominaron las teorías psicoanalíticas que explicaban aspectos psicológicos referentes a la imagen corporal, resaltando las manifestaciones inconscientes (Schilder, 1935).

Concretamente, tomando como base la teoría neurológica y psicoanalítica de Freud, este autor, propone el modelo dinámico del esquema postural, en el cuál se dictan los aspectos relacionales del cuerpo. En dicho modelo se señala que la imagen corporal no solo es cuestión de percepción, sino que tal representación es un concepto tridimensional agregándose el campo libidinal y el afectivo, de este

modo, se concluye que la imagen corporal se forma a partir de experiencias vividas del sujeto y del proceso psíquico que lo conforma (Schilder, 1935).

Es a partir del modelo de Schilder (1935) que se propone estudiar la imagen corporal enfrentando el problema psicológico central que sitúa la construcción de la percepción del cuerpo influida por la propia personalidad, la emoción y la vinculación estrecha que existe entre la imagen propia y los demás, refiriéndolas como proyección e identificación.

### 2.3.2 Modelo de la construcción evolutiva de la imagen corporal

Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) plantean el modelo de la construcción evolutiva de la imagen corporal. En este se plantea que los bebés de cuatro-cinco meses comienzan a distinguirse entre ellos, a los objetos y a sus cuidadores. Posteriormente, a los 12 meses pueden explorar el entorno, así entre esta edad y los 3 años, los niños experimentan la relación entre el cuerpo y medio ambiente desarrollando su motricidad y control de esfínteres, por ejemplo, el pequeño ya comienza aprender sobre el mismo y lo que hay en su entorno mediante su percepción y la observación, etc. y a partir de sus experiencias motrices el niño va haciendo conciencia de sus partes del cuerpo y de los demás (Papalia, Feldman, & Martorell, 2015). Para los cuatro-cinco años los niños logran hacer una descripción de sí mismos, plasmándolo en dibujos representado su cuerpo (Salaberria et al., 2007).

El proceso evolutivo de la edad mencionado anteriormente es relevante, sin embargo, la etapa clave para la construcción y alteración de la imagen se da en la

adolescencia. Esta etapa es crucial debido a que el cuerpo es una fuente de identidad, de autoconcepto y autoestima, por tanto, propicia la introspección, el autoanálisis de sí mismo y la comparación social, surgiendo la autoconciencia y autocrítica de la figura corporal que podría conducir a experimentar insatisfacción con la misma (Salaberria, et al., 2007).

### 2.3.3 Modelo de la representación mental del cuerpo

Slade (1994) presenta el Modelo de la representación mental del cuerpo el cual se sostiene que ésta recibe influencias de diversos factores como los históricos, culturales, sociales, biológicos e individuales, como se observa en la Figura 1.

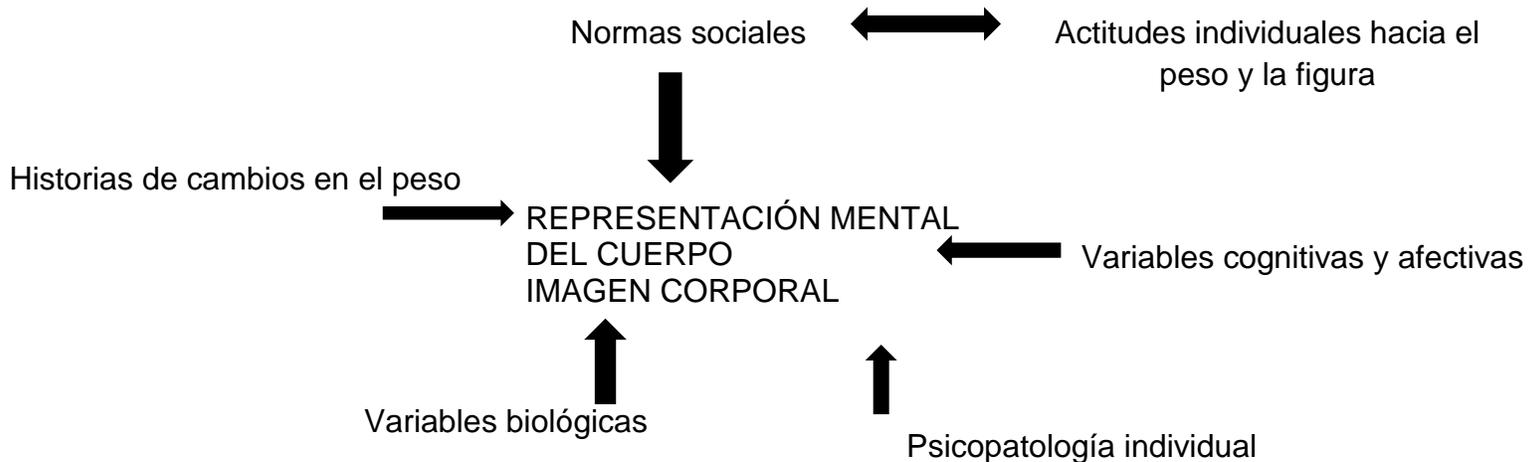


Figura 1. Modelo explicativo de la imagen corporal adaptado de Slade (1994).

### 2.3.4 Modelo de Raich, Torras y Mora

El Modelo de Raich, Torras y Mora (1997) integra diversos componentes de los modelos anteriores, estos autores detectan que el ser humano utiliza su imagen

como herramienta facilitadora ante las relaciones interpersonales, por lo que fija especial detalle en su apariencia, muchas veces suelen ser hirientes los pensamientos, afectos y decisiones ante lo que creen de su cuerpo, por lo que los autores al indagar en diversas investigaciones y desarrollar sus estudios, crean un modelo en el cual coloca a la baja autoestima, obesidad y cierto grado de psicopatología como predictores de la insatisfacción corporal, el modelo a su vez modelo señala que existen acontecimientos activadores, creencias sobre la apariencia, diálogo interno sobre distorsiones corporales, emociones negativas respecto al cuerpo y comportamientos relacionados con la apariencia y un desequilibrio entre estos, provocando un desajuste psicológico que conlleva a la insatisfacción corporal y sintomatología alimentaria, por tanto, un baja autoestima, problemas de sobrepeso (o solo creer que su peso no es normal), no son buenos indicadores para la imagen corporal.

### 2.3.5 Teoría de la objetivación

McKinley (1996) explica que las teorías feministas describen que la percepción de la imagen corporal femenina se va construyendo como un objeto para ser examinado por la sociedad, es por ello que, las mujeres aprenden a ver sus cuerpos como observadores externos, basándose en ciertos estándares marcados por la sociedad que se internalizan y después se lucha para poder alcanzarlos. Ahora bien, estas creencias apoyadas por gran parte de la población, refuerzan la objetivación de la conciencia corporal y esta experiencia en la mayoría de los casos es de orden negativo.

Es importante conocer que la objetivación de la conciencia corporal se rige por tres componentes importantes: A) Autoobservación corporal, esta es el inicio del modelo donde el cuerpo está constituido como un objeto de deseo masculino, por tanto, existe para recibir la mirada del otro, por lo que la autoobservación consta en verse así mismo como los demás lo marcan para garantizar que están cumpliendo con los estándares necesarios. Sin embargo, la autoobservación excesiva y constante trae consigo implicaciones negativas conduciendo a la insatisfacción consigo mismo; B) Internalización de las normas culturales que proporcionan un ideal corporal de comparación y de presión social; C) Creencias, en las cuales se implican los pensamientos hacia el propio cuerpo y las creencias que tiene los demás sobre el cuerpo femenino (McKinley, 1996).

### 2.3.6 Teoría de la discrepancia del yo-ideal o de la comparación social

Esta teoría se basa en la teoría sociocultural y plantea la hipótesis de que en cuanto mayor sea la discrepancia entre el yo percibido (es decir, cómo me veo) y el ideal del yo (lo que quiero alcanzar), mayor será la insatisfacción corporal que el individuo presente, de este modo, una mayor insatisfacción propicia ciertas conductas anómalas que conducen a los TCA. Es así como los teóricos socioculturales sugieren que cuando los individuos comparan su apariencia percibida con alguna otra ya idealizada o con aquellos aspectos que la cultura marca, se produce ansiedad, preocupación y angustia emocional sobre la imagen propia, lo que conlleva la realización de conductas que afectan la salud física y psicológica Festinger (1954; como se citó en Hsien-Jin, 2000).

### 2.3.7 Teoría de las imágenes corporales

Una teoría explicativa amplia que incluye tres componentes la exponen Prunzinsky y Cash (1990) en su libro *Integrative themes in body-image development, deviance, and change*. Estos autores proponen que la imagen corporal está compuesta de varias imágenes corporales interrelacionadas que el individuo conforma para determinar la idea de su propia figura, mismas que se describen a continuación:

I) Imagen perceptual, que indican los aspectos del cuerpo e incluye la información que se tiene de sí mismo sobre las partes del cuerpo, la forma y el tamaño; II) imagen cognitiva, que dicta los pensamientos y aquellas creencias sobre la figura; III) imagen emocional, que incluye las experiencias vividas del propio cuerpo, así como aquellas emociones que se experimentan ante el grado de satisfacción o insatisfacción con el cuerpo (Prunzinsky & Cash, 1990).

### 2.3.8 Teoría de la imagen corporal por Thompson en 1990

Thompson en 1990 presenta su teoría de la imagen corporal de acuerdo a tres componentes: a) perceptual, referido al cómo se percibe uno mismo en la totalidad o de algunas partes del cuerpo, este componente es relevante ya que, la alteración de éste puede direccionarse hacia una sobreestimación o subestimación del cuerpo; b) subjetivo (cognitivo-afectivo) que son todos aquellos, pensamientos, sentimientos y valoraciones que se creen del propio cuerpo, se dicen que estos procesos llevados a cabo son subjetivos debido a la realidad y visión propia de cada individuo; c) conductual, como aquellas acciones que el individuo ejecuta a partir de

lo que perciba y sienta de su cuerpo, este tercer componente es un eje primordial en la vida del individuo.

Como se puede observar, la Teoría de Thompson (1990), integra el componente conductual, ya que las conductas son parte del ser humano en la consideración corporal y el grado de satisfacción con el mismo, por tanto, el ser humano aplica conductas para la conservación o modificación de su imagen generando sentimientos que refuercen y provoquen ya sea, conductas evitativas, o de exhibición, entre otras. De este modo, los tres componentes, son el fundamento esencial para el origen de las alteraciones de la imagen, como la insatisfacción corporal (Baile, 2003; Thompson & Stice, 2001).

Con la revisión de estas teorías sobre la explicación de la imagen corporal, se puede determinar que el modelo *ad hoc* para la presente investigación es el propuesto por Thompson (1990), ya que los componentes que integran tal teoría son los de mayor peso, pues incluye los componentes perceptuales, subjetivos (cognitivo-afectivo) y también los aspectos conductuales. La interacción de estos componentes es punto clave para el desarrollo o mantenimiento de las CAR o de los TCA, por ello, resulta relevante contar con instrumentos apropiados y sensibles para su evaluación. En el siguiente apartado se describen los instrumentos para evaluación de la imagen corporal.

## **2.4 Instrumentos para evaluar la imagen corporal**

Los modelos y teorías del origen de la insatisfacción corporal, han permitido el avance y comprensión en este campo de estudio, por ello la evaluación se

convierte en punto central para el abordaje de este constructo, tal como lo menciona Cash y Smolak (2011) es importante que la evaluación de la imagen corporal, sea una medición cuidadosa de los componentes y dimensiones acorde a ciertos contextos culturales y personales.

En la evaluación de la imagen corporal, existen diversos medios para realizarla, no obstante, los cuestionarios son un medio ideal por tratarse de un autoreporte, que no implica la pregunta-respuesta cara a cara. En el siguiente apartado, se describen cuatro cuestionarios validados para población mexicana.

#### 2.4.1 Cuestionario de la Imagen Corporal

El Cuestionario de la imagen corporal (BSQ, por sus siglas en inglés) creado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairbum (1987) consta de dos factores: malestar corporal normativo y malestar corporal patológico (insatisfacción corporal), mediante 34 reactivos tipo Likert, con seis opciones de respuesta que van de 1(nunca) a 6 (siempre), este cuestionario fue validado para población mexicana en una muestra de 472 mujeres con un rango de edad de 13 a 30 años, de las cuales 256 pertenecen a una muestra comunitarias de estudiantes y 216 pacientes clínicas diagnosticadas con TCA, la investigación obtiene resultados favorables ya que, el instrumento presenta una elevada consistencia interna con un coeficiente *Alfa* de .98, mientras que en la validez un análisis factorial exploratorio (AFE), reveló una estructura de dos factores que explican 63.8% de la varianza total, por tanto, el BSQ es útil psicométricamente hablando para detectar la insatisfacción corporal en mujeres mexicanas (Vázquez, et al., 2011).

### 2.4.2 Escala de Imagen Corporal

La Escala de Imagen Corporal fue desarrollada y validada en población mexicana con mujeres entre 18 y 22 años, la cual consta de 26 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de 1 (nunca) a 5 (Casi siempre o siempre). El AFE demostró que su estructura la componen tres factores: insatisfacción corporal, interiorización del ideal estético e influencia social. Presenta un índice de confiabilidad elevado ( $Alfa=.94$ ; Rodríguez, Oudhof, González, & Unikel-Santoncini, 2010).

### 2.4.3 Escala de Estima Corporal

La Escala de Estima Corporal (BES, por sus siglas en inglés) fue creada por Franzoi y Shields (1984) y validada para población mexicana por Escoto et al. (2016) con una muestra de 554 estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad en un rango de edad de 11 a 33 años. El objetivo de la BES es evaluar la imagen corporal a partir de dos factores; (condición física y preocupación por el peso, atractivo físico y sexual), mediante 35 ítems tipo Likert que incluyen opciones de respuesta de 1 (me produce fuertes sentimientos negativos), 2 (me produce moderados sentimientos negativos), 3 (no me produce sentimientos ni positivos ni negativos), 4 (me produce sentimientos positivos moderados) y 5 (me produce fuertes sentimientos positivos).

El instrumento presenta muy buena consistencia interna que se demuestra con un  $Alfa$  de .91 para varones y .92 para mujeres por (Escoto et al., 2016).

### 2.4.4 Técnica Parcial del Mercado de la Imagen

La Técnica Parcial del Marcado de la Imagen fue desarrollada por Gómez-Peresmitré en 1995, mide la insatisfacción y satisfacción corporal y contempla seis siluetas, en continuas imágenes (1= figura más delgada, 3= normopeso, hasta 6= figura con obesidad), tal escala ha demostrado índices de confiabilidad de .75 y .80 en adolescentes y en preadolescentes de .70 a .75, es utilizado para la población mexicana (Guzmán-Saldaña, Saucedo-Molina, García, Galván, & del Castillo, 2017).

Además de los cuestionarios descritos, existen más variedad de instrumentos que pueden medir esta variable y que pueden ser de ayuda para detectar alguna anomalía en la percepción de la imagen que se tiene de sí mismo, solo que es importante considerar que para la aplicación de éstos, se debe contar con adecuada validez y confiabilidad. Al respecto, se destaca que el cuestionario más utilizado a nivel mundial y nacional en el campo de las conducta alimentarias anómalas o de los TCA, es el BSQ (Álvarez-Rayón, Franco-Paredes, López-Aguilar, Mancilla-Díaz, & Vázquez-Arévalo, 2009; Calleja, 2011).

## **2.5 Estudios previos sobre insatisfacción corporal**

En cuanto a las investigaciones empíricas sobre la imagen corporal, es relevante revisar los internacionales, nacionales y estatales, ya que esto, permite ampliar y comprender el conocimiento y avances en el estudio de la insatisfacción corporal (Molina, 2005).

Griffiths et al. (2017) realizaron un estudio en escuelas de Australia, con el objetivo de indagar la asociación de la insatisfacción corporal con el deterioro de la

calidad de vida de acuerdo al sexo, esto con 1135 mujeres y 531 varones de entre 12 y 18 años, Encontraron que, las mujeres reportaron niveles altos de insatisfacción corporal en comparación que los varones, las primeras indicaron mayor preocupación por piernas, estómago y caderas en las mujeres y niveles más altos en patología alimentaria. Por lo que, los investigadores concluyen que existe la necesidad de concebir la insatisfacción corporal como problema público, latente en este tipo de población que afecta la salud física y psicológica.

Otro estudio realizado en Murcia, España, analiza una serie de variables psicológicas vinculadas a los TCA con respecto a la satisfacción o insatisfacción corporal en una muestra de universitarios (148 mujeres y 116 varones) de 18 a 39 años. Su hallazgos permitieron documentar que más de la mitad de la muestra (59.1%) presentó insatisfacción corporal, y 73.2% había realizado CAR en los últimos 6 meses, en cuanto al número de CAR realizadas, 31.06% practicaba un solo tipo de CAR, 35.23% dos tipos y 6.82% confirmaron llevar a cabo tres tipos de conductas riesgosas (vómito, uso de laxantes y atracones), además, de ejercicio físico para controlar su peso, por tanto, se concluye que aquellos que se sienten insatisfechos con la imagen corporal corren un riesgo grave de padecer algún TCA (Berengüí et al., 2016).

Los medios electrónicos, también tienen un efecto en la salud de los adolescentes y jóvenes adultos, investigadores reportaron que el internet juega un papel importante en el desarrollo de CAR o de TCA, ya que, a mayor navegación mayor presencia de estas psicopatologías (Kaewpradubet al., 2017).

Un estudio realizado en el Estado de México ( $N = 467$ ) con el objetivo de explorar la interiorización del modelo estético corporal y la preocupación de la imagen corporal con una muestra conformada por cuatro grupos: 1) varones usuarios de gimnasio; 2) mujeres usuarias de gimnasio; 3) varones no usuarios de gimnasio; y 4) mujeres no usuarias de gimnasio. Se encontró que un mayor porcentaje de mujeres usuarias y no de gimnasio, presentaban mayor insatisfacción (16.4%, 13.0%, respectivamente) en comparación con los varones y mujeres no usuarias de gimnasio (13.7%. 10.9%, respectivamente).

No obstante, es importante destacar que las mujeres (usuarias y no usuarias gimnasio) presentan mayor preocupación hacia la delgadez; mientras que los varones de ambos grupos su preocupación es hacia la musculatura. Aunado a que de la muestra varones y mujeres usuarios de gimnasio, mayores porcentajes reportan Influencias del modelo estético corporal (IMEC; 77.50%, 74.60%, respectivamente) en comparación con las muestras de no usuarios de gimnasio (52%, 78%, respectivamente). Por lo que los investigadores, concluyen que las muestras de usuarios de gimnasio están más afectadas por la insatisfacción corporal, lo que indicaría que realizan más acciones para controlar su peso corporal en busca de una figura corporal ideal (Barrientos, Escoto, Bosques, Enríquez, & Juárez, 2014).

En un estudio realizado en el Estado de Hidalgo en el 2017, con el objetivo de examinar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la imagen corporal en 167 mujeres indígenas de 21 y 51 años de edad, se documentó que 83% de la muestra presentó insatisfacción corporal, principalmente hacia el deseo de una

silueta delgada. En cuanto a su composición corporal, jerárquicamente un mayor porcentaje de mujeres con obesidad (57%) presentaron insatisfacción corporal, seguidas de las normo peso (21%) y por último, las de bajo peso (20%; Guzmán-Saldaña et al., 2017).

Otro estudio realizado en Hidalgo por Bautista-Díaz, Martín, Valencia y Jiménez (2018), corrobora que la insatisfacción corporal se asocia significativamente con la influencia de la publicidad, malestar corporal, influencia con la delgadez e influencias de relaciones sociales, por lo que se analiza que la salud mental de las estudiantes se encuentra en riesgo y sería de gran mérito el implemento de medidas preventivas en este tipo de población. Con este hallazgo se juzga pertinente revisar el modelo estético corporal.

## ***Capítulo III. Modelo estético corporal***

A través del tiempo, la sociedad crea nuevos estilos de vida y con ello, se acompañan ciertos hábitos que se vuelven cotidianos; en el campo de estudio del comportamiento alimentario, muchos de esos hábitos giran en torno al vínculo cuerpo-alimentación, dicho vínculo se torna relevante cuando los valores estéticos corporales impuestos por la sociedad alteran la vida de las personas. Por ende, en los últimos años la delgadez corporal se ha convertido en un ideal a seguir, que trae consigo consecuencias negativas para la salud física y psicológica en búsqueda de dicho ideal (Figuroa-Rodríguez, García-Rocha, Revilla-Reyes, Villareal-Caballero, & Unikel-Santoncini, 2010).

### **3.1 Definición del modelo estético corporal**

Camargos, Mendoca y Duarte (2009) sostienen que modelo estético corporal es una construcción que se forma de manera social y que surge de características específicas de cada cultura. En la actualidad, en el surgimiento del modelo estético corporal se involucran diversos factores que pueden repercutir en la vida de las personas (Carrillo & del Moral, 2013).

El modelo estético corporal prevalente (de delgadez) es el estereotipo de un cuerpo construido por la sociedad occidental, el cual es promovido por la publicidad, ya que, los medios masivos de comunicación son quienes difunden tal canon de belleza; por ello, cuando ciertas personas vulnerables en cuanto a su imagen corporal desean conseguir lo que la sociedad impone, es tal el grado de influencia del modelo impuesto que pueden desarrollar insatisfacción con su propia figura o

imagen corporal, llegando a realizar conductas que atentan contra su salud física y psicológica (Carrillo & del Moral, 2013; Hernán,2015; Leiderman & Trisker, 2004).

Como se mencionó, el modelo estético corporal no es estático, ya que cambia de acuerdo a los ideales propuestos por la sociedad de acuerdo al tiempo en el que se vive; la sociedad actual, promueve un modelo estético corporal caracterizado por una figura delgada, angular y un poco curvilínea, que por definición, al ser un constructo explicado como estereotipo moldeado por la sociedad, es fácil encontrar influencias, que en primer lugar se refuerzan en los medios de comunicación y son mantenidos por la familia, amigos y cultura (Figueroa-Rodríguez et al., 2010; Rivarola, 2003; Rivarola & Penna, 2006).

### **3.2 Factores involucrados en surgimiento del modelo estético corporal**

Reconocer que en el surgimiento del modelo estético corporal actual interactúan diversos factores personales y socioculturales, permite visualizar de manera holística dicho constructo. Al respecto, se sostiene que la autoestima, el malestar o insatisfacción con la imagen corporal, la cultura, la familia y la publicidad son algunos factores que participan en la conformación de un ideal estético a alcanzar (Carrillo & Moral, 2013; Figueroa-Rodríguez et al., 2010; Stice, Schupak-Neuberg, Shaw, & Stein, 1994)

Desde inicios de la década de los noventa investigadores clásicos del estudio de la influencia sociocultural, evidencian que existen ciertos factores que pueden determinar la IMEC; así, después de diversas investigaciones plasmaron y

operacionalizaron cinco dimensiones en el Cuestionario de Influencias de Modelo Estético Corporal (CIMEC; Toro, Salamero, & Martínez, 1994), mismas que se describen a continuación 1) preocupación por la imagen corporal, la cual indica que la persona puede experimentar una serie de preocupaciones relacionadas con su figura o forma corporal, como por ejemplo, la envidia hacia algún modelo de delgadez; 2) Influencia de la publicidad, la cual conlleva a las personas a determinar sus pensamientos y acciones por anuncios publicitarios de las revistas, periódicos, cine o algún otro medio de comunicación con contenidos relacionados a la imagen corporal; 3) influencia de los mensajes verbales relacionados con la imagen corporal, los cuales puede ser escuchados frecuentemente y causar una preocupación excesiva; 4) Influencia de los modelos sociales, en esta dimensión se refleja aquella admiración o interés importante en personas con figuras corporales deseadas; 5) Influencia de situaciones sociales, que refleja la presión y o aceptación social hacia un modelo de delgadez, así mismo, el papel que juegan los círculos de familia y amigos en la promoción de los modelos estéticos.

### **3.3 Consecuencias de la influencia del modelo estético de delgadez**

Bazán y Miño (2015) sostienen que la publicidad es parte central en la creación del ideal de la belleza corporal, infortunadamente en muchos casos el ideal de belleza es difícil de alcanzar, por lo que, la búsqueda de dicho ideal ocasiona consecuencias psicológicas y físicas en las personas. De este modo, es importante reconocer que en la sociedad occidental el modelo de belleza corresponde al de la delgadez como consecuencia, se observa un rechazo a las personas con

complexión gruesa y en algunos casos a pesar ser personas delgadas, continúan buscando dicho ideal generando el surgimiento de algún tipo de TCA (Agesto, Barjam, & Santillan, 2016; Castiglia, 2015; Hernán, 2015). Es así que, el constante bombardeo de la publicidad, mensajes verbales, etc. conlleva al individuo a sentimientos de inseguridad consigo mismo, miedo, dudas, ansiedad, necesidad profunda de encajar y ser valorados por la sociedad (Rivarola & Penna, 2006; Salazar, 2008).

### **3.4 Teorías explicativas del modelo estético corporal**

Existen diversas teorías que intentan explicar teórica o empíricamente el surgimiento de la IMEC, no obstante, en este apartado se presentan cuatro teorías que incluyen la importancia de la interconexión entre los procesos cognitivos y conductuales, mismas que a continuación, se describen.

#### **3.4.1 La teoría de la espiral del silencio**

La teoría del espiral del silencio fue propuesta por la politóloga Noelle-Neumann (1974), en esta se postula que los individuos viven el día a día tratando de calibrar su clima de opinión de cierto momento o situación, exteriorizando sus puntos de vista solamente si esa opinión es compatible con lo que piensa la mayoría de la sociedad, en contraste, sí el pensamiento del individuo es notablemente diferente e incompatible con las ideas mayoritarias de la sociedad, como resultado el individuo se verá reprimido e incluso imposibilitado de ejercer su opinión.

Esta teoría abre el panorama con base a los supuestos teóricos de que la sociedad promueve las acciones o pensamientos, llevando al aislamiento, este hace

que los individuos autoevalúen constantemente, su forma de pensar, decir y actuar, como resultado, la mayoría de las veces de forma negativa, afectando el bienestar propio en un afán de ser como la mayoría de la sociedad cree que se debe ser (Noelle-Neumann, 1974).

Por tanto, esta teoría destaca que las personas en sus intentos de pertenecer y evitar el aislamiento social, actuarán evaluando el estado de opinión de su entorno, el cual depende de los medios de comunicación, pues estos son una fuente con gran peso que limitan la percepción de fenómenos sociales que en forma de espiral de silencio, surgen las opiniones y puntos de vista independientes de los individuos.

### 3.4.2 Teoría de la discrepancia de Higgins

Higgins (1987), experto en la psicología cognitiva, propuso la teoría de la discrepancia, la cual parte del autoconcepto y de la interrelación que existe entre los atributos personales y de las otras personas, tal teoría se extiende al plantear la premisa de que el individuo está conformado por varios “yo” que van en función de la propia personalidad. El *Yo real*, que es la persona tal cual, con características propias de sí misma; el *Yo ideal*, definido como lo que me gustaría ser, emplea los componentes de ciertos deseos y aspiraciones que el individuo quiere poseer; el *Yo debería*, que se complementa con las representaciones de las características y atributos que el individuo debería tener de acuerdo a la normativa; el *Yo potencial*, es el cómo puedo ser, es decir, son aquellas cualidades o el potencial que posee el individuo de sí mismo; finalmente el *Yo futuro*, que representa aquellos atributos que el individuo cree que tendrá en un futuro.

De acuerdo con Sánchez-Bernardos, Quiroga, Bragado y Martín (2004) la Teoría de Higgins respalda que cuando el individuo no equilibra su *Yo real* con los demás “Yo” anteriormente mencionados, éste tendrá grandes repercusiones en los estados emocionales. Ahora bien, dentro de los estudios realizados a partir de esta teoría, se han abordado prioritariamente el yo real/ el yo ideal y el yo real/ con el yo debería, se han encontrado asociaciones con estados emocionales como el ánimo negativo, tristeza, decaimiento, agitación, nerviosismo y tensión. Esto explica por qué el individuo sufre por lo que idealizan ser, lo que deberían ser y lo que es en realidad frente a un modelo estético dominante.

### 3.4.3 Teoría explicativa de tradición conductista

En el origen de la IMEC desde el modelo de la tradición conductista, Rodríguez (2013) presenta cómo es que un individuo se ve influenciado por diversos factores para intentar situarse ante un modelo estético corporal determinante por la sociedad.

Explica que desde los estudios del condicionamiento operante se entiende que el ser humano se rige a partir de ciertos patrones de conducta con un funcionamiento consolidado por los reforzamientos o castigos (esto dependiendo de la conducta que se ejecuta), por tanto, al ser trasladado a los individuos que se encuentran en el margen aceptable de un modelo estético dominante como lo es la delgadez, recibirán ciertos reforzadores positivos y por el contrario, aquellos que no se apeguen al margen social reciben castigos, lo que conlleva a que las personas permanezcan en constante presión por ejecutar conductas correctivas que les

permitan adaptarse a esos cambios estéticos, recibiendo reforzadores positivos y evitando en mayor medida los castigos, como el rechazo social (Rodríguez, 2013).

#### 3.4.4 Teoría social cognitiva de la comunicación de las masas de Albert Bandura

Como punto de partida para la explicación de la teoría social cognitiva de Bandura en 1986 se reconoce que los procesos cognitivos, vicarios, autorregulativos y autorreflexivos, son el pilar para la comprensión del entorno. Aquí, cabe mencionar que las influencias externas también forman un papel importante ya que, a través de procesos cognitivos hay repercusiones en el comportamiento. Tales procesos se generan al observar un evento en el entorno, al que se le otorga un significado, el cual provoca algún efecto, posteriormente, existe algún impacto emocional y finalmente, se organiza la información para su utilidad futura, por tanto, el ser humano genera sus modelos cognitivos que les fungirán como modelos de juicio y actuación (Bryant & Zillman, 1996).

Esta aportación de Bandura se enfoca en la perspectiva interactiva de los mecanismos de los factores sociales que influyen en el funcionamiento cognitivo, es por ello que, el ser humano ha adquirido y desarrollado en gran parte la capacidad de aprender por medio de la observación (aprendizaje vicario) y así es que, las acciones ajenas sirven como apuntador social en el comportamiento aprehendido del individuo que observa. Es aquí donde cabe la influencia de los modelos sobre la actuación, canalización y soporte del comportamiento ajeno tal es el caso de las IMEC, pues en diversos estudios se documenta que mediante a los diversos modos

de influencia humana, la persona puede ser altruista, o puede demostrar afecto, o seleccionar algún tipo de comida, o controlar su peso para ajustarse a un modelo corporal, etc.

Entonces se comprueba que la modelación y las influencias sociales afectan en las formas de adquirir nuevas prácticas y patrones de comportamiento en muy distintas maneras y cabe destacar que el patrón de influencia social no es único pues el método de adopción de nuevas ideas y comportamiento va de manera directa o de solo aquellos que quieren adoptarlas (Bandura, 1986 como se citó en Bryant & Zillman, 1996).

A manera de interpretación, se destaca que al complementar lo anterior con la teoría del aprendizaje por observación, las personas van determinando sus propias perspectivas a partir de lo que visualizan en el mundo exterior, y es así como elaboran sus propias conclusiones empleando asociaciones como el ser bella y aceptación social relacionado con éxito.

De este modo, el modelo estético es producto también de lo sociocultural apoyado por aprendizajes que tienden a reforzarse por la sociedad, principalmente en la sociedad actual el prototipo de belleza va en la línea de un cuerpo esbelto, pero se llega límites enfermizos. La teoría de aprendizaje sociocultural explica, cómo el medio donde se desarrolla el individuo ocupa un lugar central para el aprendizaje sociocultural, entonces al estar en un contexto en el cual prevalece una figura delgada, es lógico que los individuos sientan presión por alcanzar el prototipo impuesto.

Estas son algunas de las teorías que explican el origen de las IMEC; para la evaluación de dicho constructo se han desarrollado diversos instrumentos de evaluación, mismos que se describen en el siguiente apartado.

### **3.5 Instrumentos de evaluación del modelo estético corporal**

En este apartado se describen cuatro instrumentos para evaluar las IMEC validados para Latinoamérica.

#### **3.5.1 Escala de Impacto de las Imágenes Femeninas Presentadas por los Medios de Comunicación sobre Adolescentes Mujeres**

La Escala de Impacto de las Imágenes Femeninas Presentadas por los Medios de Comunicación sobre Adolescentes Mujeres, se desarrolló en Chile y su objetivo es medir el impacto de las Imágenes Femeninas presentadas por los medios de comunicación sobre adolescentes mujeres (11 a 18 años), la cual consta de 45 reactivos. Es una escala tipo Likert que va de 1(nunca) a 5 (siempre), tales reactivos se dividen en tres factores: dieta patológica, disconformidad corporal y objetivación al cuerpo. El instrumento posee alta consistencia interna con un *Alfa* = .96 (Larraín, Camus, Orellana, & Arrieta, 2009).

#### **3.5.2 Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia**

El Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia, tercera versión (SATAQ, por sus siglas en inglés; Thompson, Van Den Berg, Roehring, Guarda, & Heinberg, 2004), es una prueba de auto informe de 15 reactivos que evalúa las influencias socioculturales sobre la imagen corporal, fue validada para

población mexicana y se identificaron dos dimensiones: internalización y conciencia que se distinguen entre la internalización de la delgadez y el conocimiento social de la delgadez, el cual posee una alta confiabilidad de .93 (Unikel, Juárez, & Gómez, 2006).

### 3.5.3 Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal

El Cuestionario de Influencias de Modelo Estético Corporal (CIMEC) es uno de los cuestionarios pioneros en el estudio de este constructo, se creó en España y existen dos versiones de este, a continuación, se describen.

#### *CIMEC-40*

El CIMEC-40 es un instrumento creado por Toro et al. (1994) y validado para población mexicana por Vázquez et al. (2000), mide la interiorización de los ideales corporales, a través de 40 reactivos con tres opciones de respuesta tipo Likert, está conformado por cuatro factores: 1) Influencia de la Publicidad, 2) Malestar por la Imagen Corporal y Conductas para Reducir de Peso, 3) Influencia de los Modelos Sociales y 4) Influencia de las Relaciones Sociales, y posee excelente confiabilidad (Alfa = .94). Se destaca que a pesar de que el CIMEC-40 se creó hace 25 años, es un cuestionario muy utilizado en población de habla hispana.

#### *CIMEC V-17*

El CIMEC- V -17 es la versión para varones desarrollada por Toro, Castro, Gila y Pombo (2005) el cual mide la interiorización de modelo estético corporal, consta de 17 reactivos con tres opciones de respuesta tipo Likert, constituido por

cuatro factores: 1) Influencia de los Anuncios y la Información; 2) Preocupación por ser Gordo; 3) Influencia de los Modelos Musculosos; 4) Alimentación Social y Ejercicio; presenta coeficientes Alfa de que van de .80 a .88. No existe como tal un estudio de validación con las propiedades psicométricas para la población mexicana sin embargo, Barrientos et al., (2014) reportaron un rango adecuado de coeficientes de consistencia interna en una muestra de estudiantes mexicanos (*Alfa* = .80 a .88).

### 3.5.4 Cuestionario de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria

El Cuestionario de Factores de Riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria (FRATAP) es una versión desarrollada por Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010b) específicamente para púberes mexicanos (mujeres y varones), con el objetivo de medir conductas alimentarias y aspectos socioculturales, este instrumento proviene de otros dos que son el CIMEC y la EFRATA ambos validados para población mexicana.

Aunque no es un instrumento para medir exclusivamente la IMEC, es utilizado para este fin entre la población mexicana. El FRATAP-H (versión para varones) está conformado por 22 reactivos que se agrupan en cinco factores que son: influencia de la publicidad, conducta alimentaria normal, malestar de la imagen corporal, desarrollo puberal y tiempos de comida, mientras que el FRATAP-M (para mujeres) contiene 23 reactivos agrupados en cinco factores que son: influencia de la publicidad, desarrollo puberal, tiempos de comida, malestar con la imagen corporal y dieta restringida ambos instrumentos tienen una escala de repuesta tipo

Likert que va de nunca 1), pocas veces 2), muchas veces 3) y siempre 4). Finalmente, ambas versiones poseen adecuada consistencia interna (*Alfa* = .75 para el FRATAP-H) y (*Alfa* = .83 para el FRATAP-M; Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010b).

### **3.6 Estudios relacionados con la influencia del modelo estético corporal**

Se ha documentado que, en Estados Unidos, aproximadamente, más de mil mensajes en los medios masivos de comunicación bombardean a los individuos diariamente cuyo el contenido promueven la belleza y la extrema delgadez como símbolo del atractivo sexual, por lo que en su mayoría mujeres se encuentran en constante presión por las influencias y la retroalimentación que reciben de su alrededor como la familia, amigos y medios de comunicación, aunque se destaca que las cifras para varones con IMEC van en aumento. Este fenómeno ha servido de punto focal de investigación para conocer a mayor profundidad las problemáticas relacionadas con tal situación (Bazán & Miño, 2015; Larraín et al., 2009).

Las influencias por la que el ser humano se ve expuesto, en muchos casos pueden parecer inofensivas, sin embargo, no es así, ya que en la película, *Sicko* que proyecto en el año 2007, emplea la trama sobre compañías de salud, quienes recompensan económicamente a las personas con un cuerpo delgado y sancionaban a aquellas con sobrepeso, ya que, al estar más propensas a enfermedades, las veían como pérdidas para los sistemas de salud, por lo que, se hipotetiza que a partir de esta película, la preocupación por el peso y la figura,

alcanzó límites alarmantes y se confirmó que los medios de comunicación masiva representan protagonismo en la IMEC (Bazán & Miño, 2015).

Como se mencionó en su momento, el ideal de belleza y delgadez es un constructo dinámico, que ha ido cambiando con el tiempo, en mayor medida en las mujeres se ven influenciadas por un modelo estético corporal femenino delgado, que se aleja niveles de peso normal, por lo que, con este fundamento se recopila información de diversos estudios recabando que, después de la primera guerra mundial se creía que las mujeres occidentales púberes, adolescentes y jóvenes de clase social media alta, son las más afectadas por el ideal estético delgado. Al respecto, en un estudio realizado por Bazán y Ferrari (2011) con una muestra de 123 mujeres argentinas se encuentra que la preocupación por la dietética y la delgadez, está presente sin importar edad o clase de pertenencia.

Este es un hecho preocupante porque actualmente hay mayor acceso a los medios de comunicación en el cual se ubican las redes sociales y como consecuencia se potencializan las IMEC. Por tanto, se vuelve imperante la intervención primaria sobre la regulación de la información de los medios de comunicación, para coadyuvar en la salud física y psicológica de la población (Bazán & Miño, 2015).

En otro estudio realizado en Argentina sobre la relación entre la insatisfacción corporal y la IMEC en 314 alumnos de secundaria de entre 15 y 19 años de edad, se encuentra que los motivos de un mayor porcentaje de mujeres realiza ejercicio principalmente con la finalidad de bajar de peso (46.7% mujeres y 6% varones),

mientras que un mayor porcentaje de varones reportó que el motivo principal fue porque tienen gusto por el deporte (35.3% en varones y 17.4% en mujeres). En cuanto a las IMEC un mayor promedio se encuentran influenciadas en tanto que, respecto a la insatisfacción 91% de los varones no presenta insatisfacción y el porcentaje restante tiene algún tipo de insatisfacción ya sea, leve, moderada extrema y en el caso de las mujeres 32.4% no tiene insatisfacción y el restante presenta algún tipo de insatisfacción, por lo que resulta relevante, indagar a mayor profundidad tales variables en esa población para fortalecer o refutar dichos hallazgos (Hernán, 2015).

En un estudio transcultural Mancilla-Díaz et al. (2010) para evaluar el rol de las influencias socioculturales sobre las conductas alimentarias no saludables en universitarios de España y México se encontró que no hay diferencias significativas entre los estudiantes de cada país, pero se observaron mayores puntuaciones en influencia sociocultural y en sintomatología alimentaria. En cuanto al análisis de las interacciones entre país por sexo, se encuentra que las mujeres mexicanas están más influenciadas por la publicidad que las mujeres españolas y al mismo tiempo, tanto mujeres españolas y mexicanas obtuvieron mayores puntajes que los varones. Finalmente, se comprueba la hipótesis de que la interiorización del modelo estético de belleza media la relación entre la presión sociocultural de la delgadez, además de que aquellas personas con sintomatología de patología alimentaria muestran mayores índices de influencia sociocultural. De este modo, el perfil antropométrico juega un papel relevante en este campo de estudio.

## ***CAPÍTULO IV. Composición corporal***

### **4.1 ¿Qué es la composición corporal?**

Antes de describir una definición explícita sobre la composición corporal, es debido hacer hincapié en la importancia de su estudio y análisis ya que, desde las últimas décadas del siglo pasado ha cobrado un creciente interés en varias ramas científicas. A pesar de que sus descubrimientos están situados en la antigüedad, es hasta 1850 que se realizan las primeras mediciones corporales con la disección de cadáveres, posteriormente se realizan modelos matemáticos para estimar componentes corporales y para el siglo XXI el estudio de composición corporal se encuentra más completo y se centra en generar modelos para su medición y explicación (Carnero, Alvero-Cruz, Giráldez, & Shardina, 2015).

Desde hace casi tres décadas se indicó que para evaluar la composición corporal es necesario cuantificar ciertos elementos del cuerpo humano, así como las relaciones entre sus componentes, sus cambios y factores influyentes de esa composición. El estudio y análisis de la composición corporal es importante para comprender algunos procesos de salud-enfermedad (Valtueña, Arijá, & Salas, 1996). Por lo que en cuanto a definición, Santana y Espinosa (2003) sostienen que la composición corporal es la manera en cómo se encuentra conformado el organismo a partir de su connotación biológica, que requiere de métodos analíticos con modelos físicos, matemáticos y estadísticos para ayudar a comprender la constitución humana, sus divisiones y su interacción.

Se debe precisar que dentro del bagaje de elementos que conforman el organismo, cada elemento corporal está sujeto a factores genéticos, pero también de manera importante a factores ambientales (p.ej., hábitos dietéticos, culturales y estéticos), por lo que la composición corporal no puede fijarse como propiedad estática, sino por el contrario, se asume como propiedad variable a lo largo del tiempo (Santana & Espinoza 2003; Wang, Pierson, & Heymsfield, 1992).

Ahora bien el análisis de la composición corporal en la evaluación realizada por diferentes métodos, de las fracciones corporales con respecto al peso total, es una práctica fundamental en el ámbito de la salud humana, pues es necesaria para la comprensión nutricional del individuo, enfermedades y otro tipo de factores ambientales que recaen en el organismo (Rodríguez, 2017).

## 4.2 Modelos clasificatorios de la composición corporal

Con base al número de componentes, existen tres modelos que permiten clasificar la composición corporal, en estos se propone fraccionar o delimitar los componentes corporales para una mayor comprensión de su estudio, evaluación y diagnóstico, tanto en el ámbito clínico como de investigación (González, 2013; Martínez, 2010; Santana & Espinosa 2003).

### Modelo de dos componentes (bicompartimental)

Behnke, Feen y Welham (1942) asumen que la composición corporal del ser humano se encuentra dividida en dos partes importantes, hablando a nivel molecular: 1) *masa grasa total*, que prácticamente es la reserva energética y aislante nervioso, compuesta en un 83% de tejido graso, definitivamente no contiene

proteínas y es anhidra (aunque el adulto sano puede llegar a tener un 13% de hidratación y puede incrementarse en situaciones de obesidad), además tal componente puede presentar variaciones en la persona de acuerdo a variables como la edad, sexo y trascurso de tiempo; 2) *Masa libre de grasa*, que se encuentra compuesta por minerales, proteínas, glucógeno y agua corporal intracelular y extracelular, lo que quiere decir que esta parte contiene un 73% del grado de hidratación, el agua ubicada en el interior de las células representa un 30-40% del peso corporal y es el compartimento acuoso más importante del organismo, finalmente, cabe destacar que el contenido de agua corporal total aumenta con la edad y disminuye durante el crecimiento de los niños.

En cuanto al agua corporal es importante destacar que se divide así, respecto a que ambos tipos corresponden a funciones diferentes, mientras que, el agua corporal intracelular se encuentra con mayor proporción y contiene nutrientes importantes como el potasio y el magnesio, el agua extracelular se encuentra en bajo nivel (aproximadamente 10 L.) el sodio, el cloro y el carbonato son los más abundantes dentro de esta división, por lo que se recomienda no sobrepasar el sodio dentro de la alimentación del individuo, además de que es importante no subir en altos niveles el agua extracelular ya que, una acumulación excesiva en este espacio es denominada edema (González, 2013).

## Modelo de cuatro componentes (tetracompartimental)

El modelo tetracompartimental propuesto por Matiegka (1921 como se citó en González, 2013), como su nombre lo dice, se basa en cuatro componentes que a continuación se mencionan:

- Masa ósea: es toda la medida de cantidad de minerales que contiene cierto volumen de hueso, también se incluye el cartílago
- Masa grasa: tejido adiposo que se genera en el cuerpo
- Masa muscular: referida al conjunto de músculos que tiene todo el cuerpo humano
- Masa residual: Órganos vitales y viseras consistentes tejido conectivo, ligamentos, nervios, vasos sanguíneos y sangre coagulada

La importancia de clasificar el cuerpo humano en cuatro componentes es para facilitar los estudios cineantropométricos (Sillero, 2005).

## Modelo multicompartimental de cinco componentes

También se ha propuesto un modelo de composición corporal compuesto por componentes ubicados en cinco niveles: atómico, molecular, celular, hístico y global (Santana & Espinosa 2003; Wang et al., 1992). En la figura 2 se pueden observar dichos niveles.

Nivel atómico: Este nivel se encuentra dirigido a los elementos químicos como el oxígeno, carbono, nitrógeno, hidrógeno, calcio, fósforo, potasio, azufre, magnesio, cloruro, y magnesio (Santana & Espinosa 2003; Wang et al., 1992).

Nivel molecular: Dividido en seis componentes los cuales son: proteínas, carbohidratos, lípidos, agua, minerales óseos y no óseos (Pietrobell, Heymsfield, Wang, & Gallagher, 2001; Santana & Espinosa, 2003).

Nivel celular: Este nivel es uno de los que más ayudan a comprender enfermedades como la obesidad o desnutrición y está distinguido por tres componentes principales (células, líquidos extracelulares y sólidos extracelulares; Santana & Espinosa, 2003)

Nivel hístico: comprende tejidos, músculos, sistemas, órganos y vísceras temas, etc., de este modo la composición corporal es la suma todos estos los componentes (Barone et al., 2010; Santana & Espinosa, 2003).

Nivel global: posibles como, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), superficie corporal, densidad corporal, grasa corporal, etc. (Santana & Espinosa, 2003).

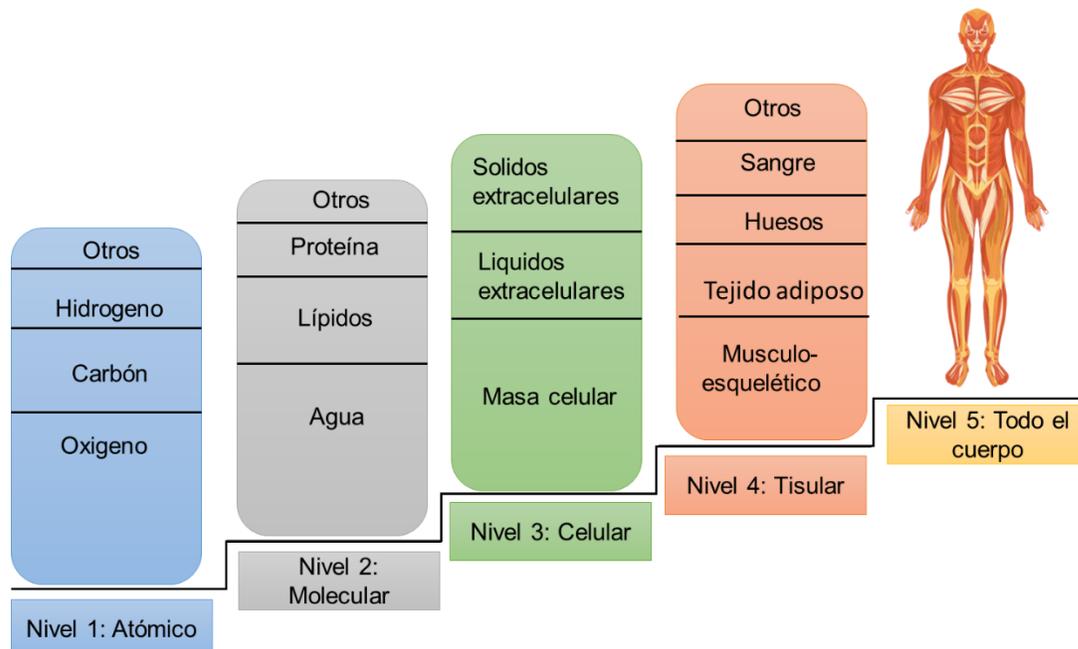


Figura 2. Modelo de los cinco niveles de composición corporal adaptado de Wang et al. (1992).

### 4.3 Antropometría

El matemático Adolphe Quelet es considerado como el padre de la antropometría, su publicación de 1870 denominada *Anthropometrie*, lo lleva a tal distinción. Sin embargo, en el mismo siglo XVIII, Linneo, Buffon y White (1870 como se citó en Panero & Zelnik, 1984), fueron los primeros en desarrollar la ciencia de la antropometría racial comparativa. La etimología del concepto antropometría proviene del griego *anthropos* (hombre) y (medida), por tanto, se encarga de estudiar las medidas del cuerpo, con la finalidad de establecer diferencias, en individuos (Panero & Zelnik, 1984; Valero, s.f).

Se define a la antropometría como una técnica que permite medir y delimitar las dimensiones físicas y la composición del cuerpo humano, con el propósito de

conocer parte del estado nutricional del individuo (COANUTRICIÓN, 2014). El uso de las medidas antropométricas es importante para conocer y comprender ciertos aspectos y funciones del organismo (INFONUTRICION, 2012; Panero & Zelnik, 1984). En la práctica clínica y en la investigación se estudian diversas medidas antropométricas para conocer el balance energético, nutricional y de composición corporal (COANUTRICIÓN, 2014).

#### 4.3.1 Principales medidas antropométricas

A partir del breve marco previamente descrito, es relevante explicar aquellas medidas comunes de la antropometría, en el estudio de la composición corporal (COANUTRICIÓN, 2014; Farré, 2012; INFONUTRICIÓN, 2012);

##### **Peso**

Cantidad de masa que alberga el cuerpo humano medida en “*k*” y es un parámetro importante para la evaluación del estado nutricional del individuo, considera la composición corporal del ser humano en su totalidad (Farré, 2012; Pérez & Merino, 2013).

- *Peso real*

Es la suma completa de componentes orgánicos y es el resultado que se realiza durante la valoración del individuo, al ser una variable, es importante tomar en cuenta ciertos factores como, la deshidratación, edemas, masa muscular, localización de grasa, entre otros (Farré, 2012; Rodríguez, 2017).

- *Peso habitual*

Es la medida que el individuo ha presentado constantemente antes de una modificación actual, esto no quiere decir que el peso habitual sea el más saludable ya que puede ser índice de sobrepeso o infrapeso (Farré, 2012; Rodríguez, 2017).

- *Peso ideal*

Este tipo de peso se establece a partir de marcadores estandarizados que van en función con el sexo, talla y complejión, además este peso es el que confiere la esperanza de vida máxima del individuo (Cabañas, 2008; Farré, 2012; Rabat & Rebollo, s.f.).

#### Procedimiento para la medición del peso

De acuerdo con Frenk et al. (2002), se presenta el procedimiento para la medición de peso en el adulto:

- La báscula debe tener una posición firme en el suelo
- Verificar que la báscula encuentre calibrada
- Para la medición es necesario que la persona cuente con la menor ropa posible y menor cantidad de accesorios.
- Pedir a la persona que se quite los zapatos para la medición.
- La persona debe colocarse sobre la báscula, con los pies en el centro, espalda recta y mirando hacia enfrente.
- Los brazos deben colgar de forma natural y mientras se realiza la medición, tratar de no moverse.

- Finalmente, realizar el registro de peso.

### **Estatura**

Es la altura medida en cm que tiene el individuo y abarca desde la cabeza hasta el talón de los pies, a continuación, se describe el procedimiento para determinar una estatura entre mediciones homogénea (Frenk et al., 2002).

#### Procedimiento para la medición de estatura

- Para la medición se hace uso del estadiómetro, el cual debe de estar localizado en un ángulo recto
- La persona a medir debe quitarse zapatos, gorros o adornos que impidan la medición.
- La persona debe colocarse recta y con los pies centrados en medio de la base del estadiómetro.
- Tanto la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con la barra del estadiómetro o la pared (depende el caso).
- Principalmente, la cabeza debe formar un ángulo de 90°.
- Los brazos deben caer naturalmente a los lados del cuerpo.
- Realizar la toma de estatura en cm.

### **Circunferencia de cintura**

La circunferencia de cintura es el perímetro que rodea la cintura, regularmente se mide en centímetros y es útil para poder estimar la grasa corporal

a nivel de abdomen (Intramed, 2007; López et al., 2010). Tal medición es útil para la evaluación del riesgo cardiovascular y metabólico, por lo que ha sido aceptada como un indicador simple pero importante para evaluar la composición corporal (Martínez, 2010; Mason & Katzmarzyk, 2009). En la NOM-043-SSA2-2 (Secretaría de Salud [SSa], 2012), se establece el riesgo para la salud de acuerdo al sexo. Para varones es >90 cm y para mujeres es > 80.

#### Procedimiento para la medición de circunferencia de cintura

De acuerdo con la NOM-043-SSA2-2 (SSa, 2012), se obtiene la medición de la siguiente manera:

- El individuo debe estar de pie
- Debe descubrirse el abdomen y estar relajado
- Localizar el punto inferior de la última costilla y el punto superior de la cresta iliaca, en la mitad de esta distancia se marca, en ambos costados y se coloca la cinta alrededor del abdomen a este nivel, se debe asegurar que la cinta no apriete y se encuentre en paralelo con el piso
- Finalmente, al término de una expiración normal se registra la medida en cm

## **Índice de masa corporal**

El Índice de masa corporal (IMC) es un estándar de medición corporal adoptado a nivel internacional ya que, es considerado como una herramienta eficaz para la detección de la desnutrición, sobrepeso u obesidad. Este indicador se obtiene de manera económica y fácil (Lizardo & Díaz, 2011; Quintana-Guzmán, Salas-Chávez, & Cartín-Brenes, 2014). Aunque, en las últimas décadas se evalúa con aparatos más precisos como es la bioimpedancia o analizadores de composición corporal más sofisticados.

### **Categorías del índice de masa corporal**

En la Tabla 1 se muestran las categorías de acuerdo con el IMC propuesto por la OMS (2013) para evaluar el estado de salud de la persona adulta, esto sin importar el sexo. Sin embargo, es importante tomar en cuenta diversos factores, por ejemplo, los fisicoculturistas pueden tener un IMC alto, pero no es señal de un mal estado de salud ya que, el músculo pesa más que la grasa; en el caso de adultos mayores es recomendable un IMC entre 25 y 27 pues este puede ayudar a proteger contra el adelgazamiento de los huesos (Centros para el Control y la prevención de Enfermedades, 2015; Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, 2019; Ssa, 2012).

Tabla 1

*Categorías de acuerdo con el índice de masa corporal*

<b>Índice de masa corporal</b>	<b>Categoría</b>
< 18.5	Bajo del peso
18.5 a 24.9	Normopeso (Saludable)
25.0 a 29.9	Sobrepeso
30.0-34.9	Obesidad tipo I
35.0 a 39.9	Obesidad tipo II
> 40	Obesidad extrema tipo III

#### Procedimiento para calcular el IMC

Lizardo y Díaz (2011) proponen el siguiente procedimiento para calcular el IMC.

- En primer momento es necesario conocer el peso y la estatura de la persona (Tomar en cuenta las recomendaciones hechas por Lizardo y Díaz (2011))
- Como segundo paso se eleva al cuadrado, la estatura de la persona
- Posteriormente, se divide, el peso en kilos con el cuadrado de la estatura de la persona
- Finalmente, se ubica la categoría

#### **Porcentaje de grasa corporal**

Este es un indicador en porcentaje de la grasa almacenada en el cuerpo humano (Bray, 1998). La utilidad de conocer el porcentaje de grasa corporal (PGC) radica en aportar información del estado de salud del individuo, un indicador normal

de grasa corporal ayuda a prevenir ciertos padecimientos tales como la resistencia a la insulina, diabetes, hígado graso, artritis, artrosis, Alzheimer, Parkinson e incluso algunos tipos de cáncer (González, 2011).

#### Categorías del porcentaje de grasa corporal

De acuerdo a Campo, González y Gámez (2015) sugieren la clasificación que se muestra en la Tabla 2, misma que se aplica para población mexicana, basándose en los parámetros propuestos por Suverza y Haua (2010).

Tabla 2

#### *Clasificación del porcentaje de grasa corporal*

Porcentaje de grasa corporal		Clasificación
Varones	Mujeres	
≤ 5	≤ 8	No saludable (muy bajo)
6-15	9-23	Aceptable (bajo)
16-24	24-31	Aceptable (alto)
≥ 25	≥ 32	No saludable (obesidad)

#### Procedimiento para calcular el porcentaje de grasa corporal

Es importante mencionar que hoy en día se cuenta con impedancia bioeléctrica u otros equipos especializados para analizar el porcentaje de grasa corporal, sin embargo, es conveniente saber que existen fórmulas descritas por (Bray, 1998) y (Deurenberg, Weststrate, & Seidell, 2007) respectivamente:

- Fórmula de Bray (1998):

Se calcula de acuerdo a la fórmula:  $(4.95/D) - 4.50 \times 100$ . D = a - (b x log de tríceps + subescapular).

Donde:

D = densidad corporal

A y b = constantes de acuerdo con sexo y edad.

- Fórmula de Deurenberg et al., (2007)

- Calcular el IMC
- Conocer la edad
- Tener en cuenta el sexo ya que, la fórmula presenta una variación de acuerdo con esta variable:

Aplicar la siguiente fórmula para mujeres: % de grasa corporal=  $(1.2 \times \text{IMC}) + (0.23 \times \text{edad}) - (10.8 \times 0) - 5.4$

Aplicar la siguiente fórmula para varones: % de grasa corporal=  $(1.2 \times \text{IMC}) + (0.23 \times \text{edad}) - (10.8 \times 1) - 5.4$

A manera de resumen, es importante mencionar que es necesario realizar un perfil antropométrico con diversas medidas o indicadores, no obstante, no siempre es posible hacerlo, pero podría ser recomendable registrar al menos dos indicadores, ya que un solo, puede ser una limitante para contar con un panorama completo del estado de salud del individuo, por lo que el IMC y el porcentaje de grasa son indicadores básicos para conocer cómo se encuentra la persona o la población, ya que el primero no considera el sexo, pero el segundo si lo hace, de este manera son dos indicadores complementarios (Cardoso, Cuervo, & Murcia, 2016).

## ***CAPÍTULO V. Planteamiento del problema***

### **5.1 Justificación**

La prevalencia de los TCA a nivel mundial se presenta entre 1% y 5% en la población general, mientras que, el rango de riesgo para desarrollar un TCA es más amplio y se ubica entre un 4% y 12% (Calvo & Ruíz, 2012). Ahora bien, a nivel nacional la prevalencia de riesgo de desarrollar TCA debido a la presencia de CAR en adolescentes es de 1.9% para las adolescentes y 0.8% para los adolescentes (Gutiérrez et al., 2012). Respecto al estado de Hidalgo no se tuvo acceso a evidencia epidemiológica (Zaragoza, 2012).

Sin embargo, estudios realizados indican la presencia de CAR en la población hidalguense. En estudiantes de preparatoria y licenciatura de una institución pública Saucedo-Molina y Unikel (2010a), encontraron que, 9.0% de las adolescentes investigadas presentaron CAR. Mientras que, sólo en estudiantes de licenciatura se reporta 1.2% de CAR, específicamente en cuanto a la conducta alimentaria compulsiva; 2.3% comía por compensación psicológica; y 2.5% realizaba dieta restringida (Jiménez-Valderrama, 2007).

De este modo, las CAR para desarrollar un TCA, se han convertido en un campo de estudio relevante y prioritario, debido a que, estas alteraciones van más allá de la esfera psicológica afectando la física y la social, al respecto, es complejo separar las consecuencias de cada una de estas ya que, se si se considera que el ser humano es un ser biopsicosocial, se entiende que las dimensiones se encuentran interconectadas por tanto, se afecta la salud integral de quien las

padece (Urzúa, Avendaño, Díaz, & Checura, 2010). Las CAR no pueden verse como causa única en el desarrollo de los TCA ya que, pueden verse involucradas diversas variables, por lo que, su identificación oportuna, así como la determinación del papel que juegan ciertas variables puede ayudar a generar programas de prevención primaria en poblaciones en riesgo.

En el caso específico del estudio de la insatisfacción corporal, diversas investigaciones han evidenciado su asociación con las CAR (Berengüi et al., 2016; Kaewpradub et al., 2017; F-IMA, 2013).

En cuanto a los medios masivos de comunicación, se ha establecido que estos promueven el estereotipo de delgadez como sinónimo de modelo de belleza, transmitiendo este mensaje tanto para mujeres como para varones, pero no sólo es la transmisión del mensaje lo que pone en riesgo a ciertas poblaciones, sino la internalización de dicho ideal corporal por lo que, en muchos casos la búsqueda del modelo de delgadez pueden llevar a realizar CAR, mismas que atentan contra la salud física y psicológica (Bautista-Díaz et al., 2018; Larraín et al., 2009).

Ahora bien, no se pueden dejar de lado las variables biológicas, concretamente algunas medidas antropométricas o el sexo, ya que, pueden fungir como otra vía importante en el origen de las CAR, al respecto, algunos estudios indican que un elevado IMC y una percepción distorsionada del cuerpo afecta la salud física y psicológica de quien las experimenta (Martínez et al., 2016). Es trascendental, mencionar que este campo de estudio hasta hace algunos años, se dirigía hacia las mujeres, sin embargo, se conoce que tal problemática tiene

repercusiones también en los varones, por lo que estudios han indagado sobre tal situación en esta población (Bautista-Díaz et al., 2017; Hernán, 2015; Saucedo-Molina, Unikel, 2010). Al respecto, Olvera (2015) indica que al menos de cada 10 pacientes con TCA, uno es hombre y que debido a la falta de criterios diagnósticos apropiados para este tipo de población la incidencia puede ser mucho mayor a la mencionada, pues hoy en día los varones suelen sentirse inconformes con su cuerpo y así modificar su comportamiento atentando contra su salud física y psicológica.

Estudios correlacionales, corroboran la hipótesis sobre la asociación entre variables psicológicas con las CAR, sin embargo, la importancia de someter a prueba la predicción, es decir la causalidad de las variables, es un campo fértil que posteriormente, permitirá abrir mayores áreas de oportunidad en estudios con población que incluya a ambos sexos, ya que, un estudio de este tipo aportará frutos para que en un futuro próximo, se puedan planear intervenciones y ejecutar estrategias de cambio en esta problemática que atañe a varones y mujeres a nivel prevención primaria. Por lo que, el presente estudio posee relevancia para el ámbito social y psicológico en el campo de la salud, surgiendo la pregunta de investigación siguiente:

¿Cuál es el efecto de las variables psicológicas (Insatisfacción corporal e Influencia del Modelo Estético Corporal) sobre las conductas alimentarias de riesgo y el perfil antropométrico (índice de masa corporal, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal) respecto al sexo?

## 5.3 Hipótesis

### 5.3.1 Estadísticas

**H<sub>0</sub>** Hay efecto estadísticamente significativo de las variables psicológicas (insatisfacción corporal e influencias del modelo estético corporal) sobre las conductas alimentarias de riesgo y el perfil antropométrico respecto al sexo.

**H<sub>1</sub>** No hay efecto estadísticamente significativo de las variables psicológicas (insatisfacción corporal e influencias del modelo estético corporal) sobre las conductas alimentarias de riesgo y el perfil antropométrico respecto al sexo

### 5.3.2 De trabajo (conceptual)

La insatisfacción con la imagen corporal y las influencias del modelo estético corporal de delgadez son variables psicológicas que juegan un papel importante en el desarrollo o mantenimiento de las conductas alimentarias de riesgo y del perfil antropométrico, pero de manera diferencial de acuerdo con el sexo.

## ***CAPÍTULO VI. Método***

### **6.1 Diseño y tipo de estudio**

En la presente investigación se realizó la evaluación (observación) de las variables de estudio por medio de un trabajo de campo, por tanto, no hubo manipulación deliberada de variables, así el diseño de investigación es no experimental. Debido a que el estudio se llevó a cabo en un solo periodo, la investigación es de corte transversal (Coolican, 2005; Hernández, Fernández, & Baptista, 2014; Ríos, 2017).

### **6.2 Alcance de la investigación**

El alcance del objetivo de la presente tesis corresponde a uno de tipo explicativo, porque se evaluó el efecto o grado de explicación de variables predictoras sobre una variable criterio (Hernández et al., 2014; Ríos, 2017; García, 2009).

### **6.3 Participantes y muestreo**

Participaron 336 estudiantes de la licenciatura en Psicología adscritos al Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), seleccionados mediante un muestreo no-probabilístico por conveniencia. En cuanto al criterio central de inclusión, fue la participación voluntaria; mientras que, de eliminación fue no responder la batería completa o no haber concluido el procedimiento de mediciones antropométricas.

## 6.4 Instrumentos de evaluación

*Cédula de Datos Generales (CDG)*: El contenido de la CDG, corresponde a datos sociodemográficos, antecedentes de enfermedades y aspectos generales de dieta y ejercicio (Ver anexo 1).

*Cuestionario de Actitudes Alimentarias 26 (EAT-26)*, por sus siglas en inglés, desarrollado por Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982), este es la versión breve del EAT-40. El EAT-26 se validó para población mexicana por Ochoa (2011) el cual mide las conductas, preocupaciones y actitudes hacia la alimentación relacionada con los TCA, el cual consta de tres dimensiones: 1) Dieta, 2) Bulimia y preocupación por la comida, 3) control oral. Los reactivos presentan seis opciones de respuesta que van de Nunca, a Siempre (Ver anexo 2). El EAT-26 se puede usar en muestras de varones porque sus reactivos son útiles para ambos sexos y no se pregunta por la amenorrea. Tiene un punto de corte  $\geq 20$ , cuenta con  $Alfa = .90$  y para este estudio se obtuvo un  $Alfa = .86$ .

*El Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ)*, por sus siglas en inglés) creado por Cooper et al. (1987) para evaluar la imagen corporal mediante 34 reactivos tipo Likert, con opciones de respuesta que van de 1(nunca) a 6 (siempre). El BSQ fue validado para población mexicana por Vázquez et al., (2011), un análisis factorial exploratorio derivó dos factores: malestar corporal normativo y malestar corporal patológico (insatisfacción corporal), se reportó un punto de corte  $\geq 110$  y una excelente confiabilidad ( $Alfa = .98$ ; ver anexo 3). Es importante destacar que la validación se realizó para población femenina, sin embargo, el BSQ se ha utilizado

para varones modificando la redacción para ajustarse a ellos, por ejemplo, “Cuando estás desnudo(a)...”. Para la presente investigación se obtuvo un *Alfa* para el total de la muestra (varones y mujeres) de .97.

*Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-40)*, este cuestionario se creó en España para mujeres por Toro et al. (1994), contiene 40 reactivos que miden la interiorización de los ideales corporales con tres opciones de respuesta tipo Likert. Está conformado por cuatro factores: 1) Influencia de la publicidad; 2) Malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso; 3) Influencia de los modelos sociales y; 4) Influencia de las relaciones sociales.

El CIMEC está validado para población mexicana por (Vázquez et al., 2000), con base en un análisis factorial confirmatorio, se obtuvo una solución de cuatro factores que explican 45.3% de la variabilidad total. Tiene un punto de corte  $\geq 24$  y posee excelente confiabilidad (*Alfa* = .94; ver anexo 4). Para este estudio se obtuvo un *Alfa* = .93

*Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-V 17)*, este cuestionario es la versión del CIMEC para varones, desarrollado por Toro et al., (2005) para medir la interiorización de modelo estético corporal, con un punto de corte  $\geq 5$ , consta de 17 reactivos con tres opciones de respuesta tipo Likert, constituido por cuatro factores: 1) Influencia de los Anuncios y la Información; 2) Preocupación por ser Gordo; 3) Influencia de los Modelos Musculosos; 4) Alimentación Social y Ejercicio. Algunas investigaciones en México (Ver anexo 6; Barrientos et al., 2014; Vázquez et al., 2005; Vázquez, López, Álvarez, Mancilla, & Ruiz, 2006) han apoyado los datos de confiabilidad de este instrumento para población mexicana con adecuados coeficientes de confiabilidad (*Alfa* = .80 a .88;

ver anexo 5), para la presente investigación el coeficiente de confiabilidad fue adecuado ( $Alfa = .89$ ).

### **Perfil antropométrico**

Se registraron *expreso* las siguientes medidas antropométricas:

- ✓ La circunferencia de cintura (CC) con un analizador de composición corporal, siguiendo las recomendaciones para una medida más precisa de acuerdo a la NOM-043-SSA2-2 (SSa, 2012).
- ✓ La estatura se determinó con un estadímetro portátil, considerando las recomendaciones para una medida estandarizada (Frenk et al., 2002).
- ✓ El porcentaje de grasa y el IMC se calcularon con un analizador de composición corporal, para ello, se siguieron los pasos sugeridos por (Centros para el Control y la prevención de Enfermedades, 2015; Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, 2019; NOM-043-SSA2-2 (SSa, 2012).

### **Aparatos**

Para obtener la CC con un analizador de composición corporal.

Para recabar los datos de estatura de manera estandarizada se utilizó un estadiómetro marca SECA, modelo 213, el cual tiene un rango de medición de 20 – 205 cm, de uso portátil con un peso de 2.4 kg.

Mientras que el peso, IMC y PGC se determinó con un análisis de composición corporal mediante tecnología de bioimpedancia de multi-frecuencia

segmenta directa, de la marca *InBody*, modelo 270 que ofrece medición precisa en 15 segundos, es de peso ligero y con diseño plegable para portabilidad.

## **6.5 Variables de estudio**

En la Tabla 3 se describen las variables de estudio, su definición conceptual y operacional, mientras que, en la Tabla 4 se presentan las medidas antropométricas con su respectiva definición conceptual y operacional.

## **6.6 Aspectos éticos**

Los participantes firmaron un consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo y procedimiento de la evaluación psicológica y antropométrica. Preservando en todo momento la confidencialidad de los datos. Considerando el Código Ético del Psicólogo (Ver anexo 6; Sociedad Mexicana de Psicología, 2010)

Tabla 3

*Definición conceptual y operacional de las variables psicosociales de estudio*

Variable		Definición	
		Conceptual	Operacional
<b>Conductas alimentarias de riesgo</b>	<b>de</b>	Las conductas alimentarias de riesgo son patrones disfuncionales o alterados de consumo de alimentos, se incluye a los atracones, seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, abuso de laxantes o diuréticos (Altamirano et al., 2011).	Puntaje obtenido en el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26, por sus siglas en inglés) creado por Garner, et al. (1982) validado para población mexicana por Ochoa (2011), el cual consta de tres factores: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral, el punto de corte es $\geq 20$ y posee un coeficiente de .90
<b>Imagen corporal</b>		La insatisfacción corporal es un malestar excesivo con la propia figura y peso, que puede acompañarse por alteraciones perceptivas, cognitivo y conductuales, mimas que forman un factor predisponente, desencadenante, perpetuante y de pronóstico de los TCA (Cash, 2004).	Puntaje obtenido en el Cuestionario de la imagen corporal (BSQ, por sus siglas en inglés) creado por Cooper et al. (1987) y validado para población mexicana por Vázquez et al. (2011), consta de 34 reactivos tipo Likert, con dos factores: malestar normativo y malestar patológico, su punto de corte es $\geq 110$ y posee un <i>Alfa</i> = .98.
<b>Influencias del modelo estético corporal</b>	<b>del estético</b>	El modelo estético corporal es una construcción que se forma de manera social y que surge de características específicas de cada cultura, para formar un estándar de belleza, su influencia de determina por realizar conductas que alteran la salud física y psicológica (Carrillo & del Moral, 2013)	Puntaje obtenido en el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-40) versión para mujeres creado en España por Toro et al. (1994) y validado por Vázquez et al. (2000), dividido en cuatro factores: Influencia de la publicidad, malestar por la Imagen corporal y conductas para reducir de peso, influencia de los modelos sociales e influencia de las relaciones sociales. El CIMEC-40 tiene un punto de corte $\geq 24$ y posee un <i>Alfa</i> = .94.  Para varones, el CIMEC-17 (Toro et al., 2005) y utilizado por (Barrientos et al., (2014) contiene cuatro factores: Influencia de los Anuncios y la Información, preocupación por ser gordo, influencia de los modelos musculosos, alimentación social y ejercicio. Posee un punto de corte $\geq 5$ y un <i>Alfa</i> de .80 a .88.

Tabla 4

*Medidas antropométricas con su respectiva definición conceptual y operacional de proceso*

Indicador antropométrico	Definición	
	Conceptual	Operacional
Circunferencia de cintura	La circunferencia de cintura es el perímetro que rodea la cintura, regularmente se mide en centímetros y es útil para poder estimar la grasa corporal a nivel de abdomen (Intramed, 2007; López et al., 2010).	La circunferencia de cintura se registró con el analizador de composición corporal marca <i>InBody</i>
Estatura	Altura medida en cm que tiene el individuo y abarca desde la cabeza hasta el talón de los pies (Frenk et al., 2002).	La estatura se registró con un estadímetro portátil marca SECA
Índice de masa corporal	Indicador útil para medir la adiposidad del organismo a través de la proporción entre la estatura y el peso corporal al cuadrado. Es considerado como una herramienta eficaz, para la detección de la desnutrición, sobrepeso u obesidad (Lizardo & Díaz, 2011; Quintana-Guzmán et al., 2014).	El índice de masa corporal se determinó con el analizador de composición corporal marca <i>InBody</i>
Porcentaje de grasa corporal	Indicador en porcentaje de la cantidad de grasa almacenada en el cuerpo humano (Bray, 1998).	El porcentaje de grasa corporal se registró con el analizador de composición corporal marca <i>InBody</i>

## 6.7 Procedimiento

Después de firmar la carta de consentimiento informado en las aulas correspondientes, se condujo a los alumnos a aulas de cómputo de la institución, donde los participantes de manera grupal contestaron en línea en una sola sesión de 30 minutos la batería de instrumentos, en todo momento, personal capacitado permaneció atento a las dudas de los participantes, las cuales fueron relacionadas con el uso del formulario pero no de los reactivos. Posteriormente, los estudiantes de manera individual, pasaron a un cubículo acondicionado para registrar las medidas corporales por personal capacitado para garantizar medidas estandarizadas. Los universitarios no recibieron ningún tipo de compensación por su participación.

## 6.8 Análisis de datos

Los datos se capturaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) versión 22. Para los análisis descriptivos se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión (medias y desviación estándar); para el análisis inferencial en cuanto al sexo se llevaron a cabo pruebas para muestras no paramétricas en este caso *U de Mann Whitney* para muestras independientes; mientras que para determinar la asociación entre variables se calculó la prueba estadística *r<sub>s</sub> de Spearman*, finalmente se condujeron modelos de regresión lineal simple.

## **5.2 Objetivo general**

Evaluar el efecto de las variables psicológicas (insatisfacción corporal e influencias del modelo estético corporal) sobre las conductas alimentarias de riesgo y el perfil antropométrico (índice de masa corporal, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal) respecto al sexo en estudiantes universitarios.

### **5.2.1 Objetivos específicos**

1. Caracterizar a la muestra respecto a los datos sociodemográficos, a las conductas alimentarias de riesgo, a la insatisfacción corporal, a las IMEC y al perfil antropométrico.
2. Comparar las variables de estudio respecto al sexo.
3. Correlacionar las variables de estudio.

## ***Capítulo VII. Resultados***

En el cumplimiento del objetivo general propuesto para la presente tesis, se propusieron tres objetivos específicos: 1) caracterizar a la muestra del estudio respecto a los datos sociodemográficos, conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal, influencia del modelo estético corporal y perfil antropométrico; 2) llevar a cabo análisis inferenciales para comparar a la muestra en función del sexo; y 3) evaluar la predicción de las variables de estudio. A continuación, se presentan los análisis antes mencionados.

## 7.1 Análisis descriptivos

La muestra total estuvo conformada por 336 estudiantes de cuarto hasta noveno semestre de la licenciatura en Psicología, la distribución porcentual específica se observa en la figura 3; del total de los participantes, 90 son varones y 246 son mujeres (ver figura 4), todos alumnos adscritos a una universidad ubicada en el estado de Hidalgo, de éstos 145 (43%) indicaron ser originarios y residentes de Pachuca, Hgo. y 191 (57%) señalaron ser foráneos, es decir, rentan o habitan con algún familiar. El rango de edad de la muestra fue de 18 a 35 años, con un promedio de 21.79 ( $DE = 1.95$ ). Respecto a la orientación sexual, como se muestra en la figura 5, la de mayor frecuencia fue la heterosexual y la de menor frecuencia fue la pansexual.

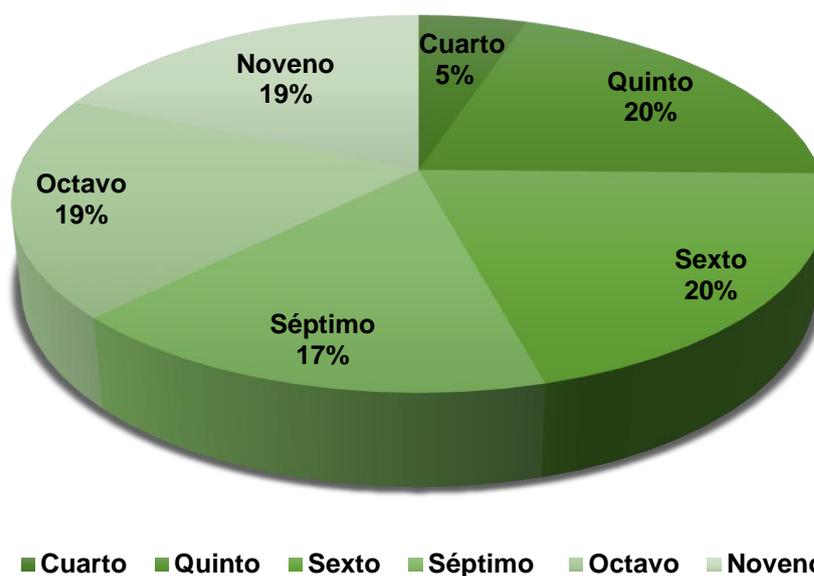


Figura 3. Distribución porcentual de la muestra de acuerdo al semestre ( $n = 336$ )

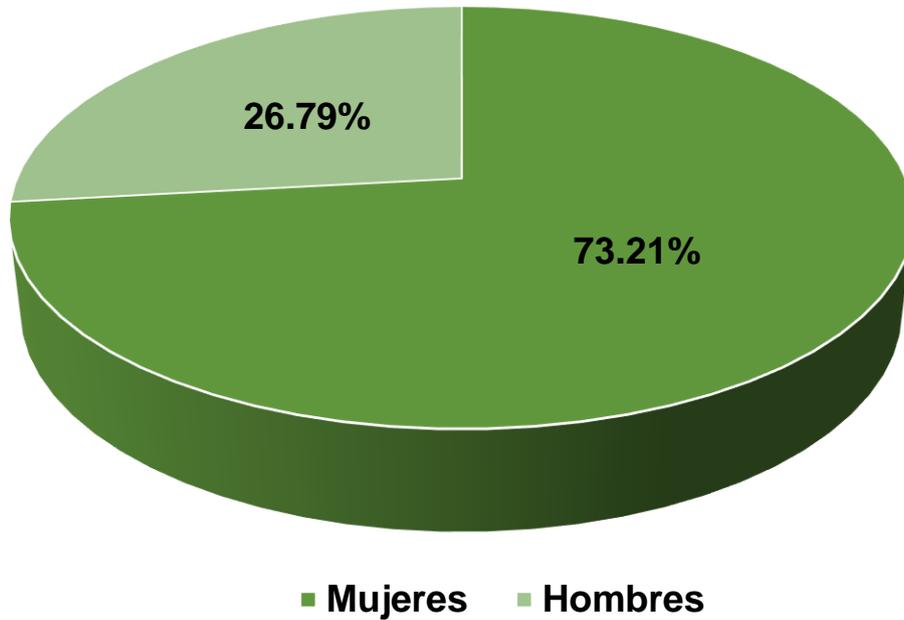


Figura 4. Distribución porcentual de la muestra de acuerdo al sexo ( $n = 336$ )

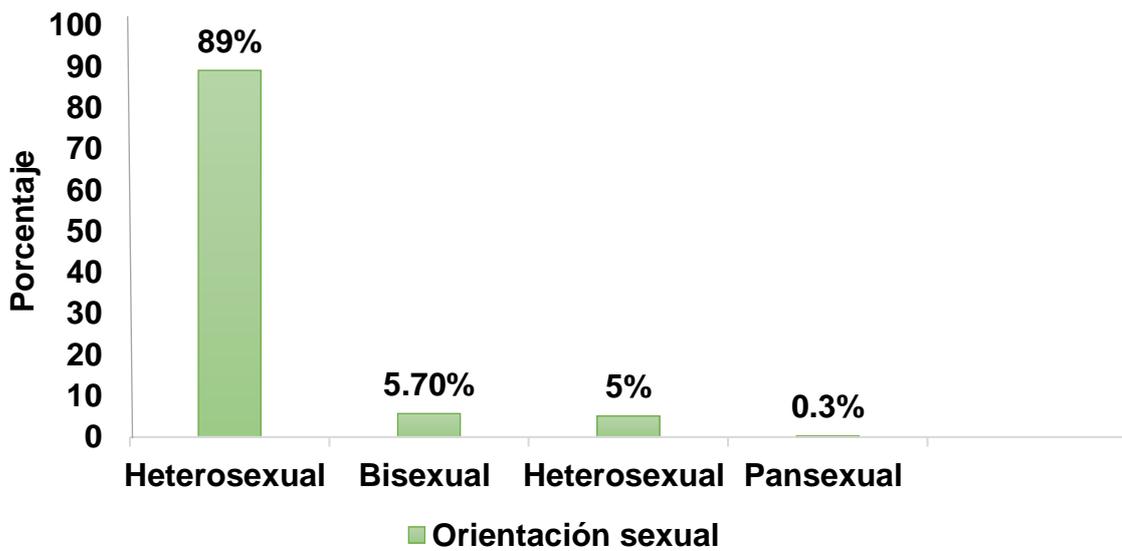
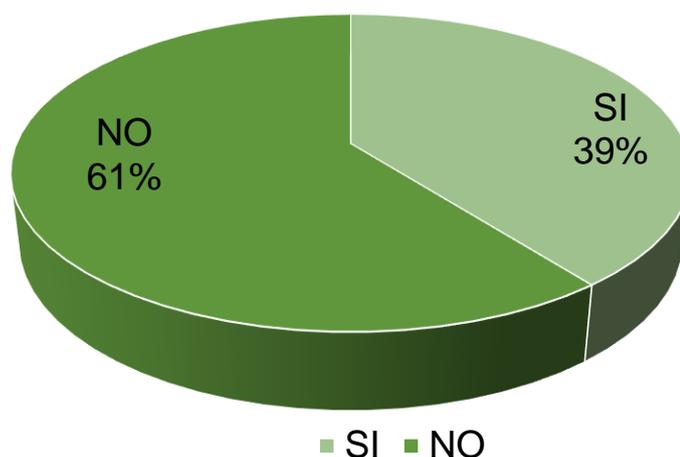


Figura 5. Distribución porcentual de acuerdo a la orientación sexual ( $n = 336$ )

Por otro lado, en cuanto a la presencia o ausencia de realización de actividad física, en la figura 6 se aprecia que la mayoría de los estudiantes no realiza la práctica.



*Figura 6.* Distribución porcentual de acuerdo con la realización de ejercicio físico ( $n = 336$ ).

Ahora bien, respecto a los datos derivados de la batería de evaluación psicológica. En primer lugar, en cuanto a las CAR tomando como referencia el punto de corte (PC)  $\leq 20$  del EAT-26 (en riesgo para TCA), se encontró, como se muestra en la Figura 7, que la mayoría de los estudiantes (varones y mujeres) no presentan dicho riesgo. No obstante, vale la pena destacar que, aunque la presencia de riesgo de TCA en ambos grupos es baja, en las mujeres es mayor en 1.6 puntos porcentuales en comparación con los varones. Al respecto, el rango de puntuaciones del EAT-26 entre las mujeres con riesgo de TCA, fue de 23 hasta 64, lo que indica que las CAR pueden ser graves.

En cuanto a la insatisfacción corporal, la cual se evaluó con el BSQ, este arrojó datos interesantes en ambos sexos. En la Figura 8 se observa que la mayoría de los participantes varones y mujeres no presentan insatisfacción corporal, no obstante, aunque los porcentajes para insatisfacción corporal o malestar patológico ( $PC \geq 110$ ) son bajos, en el caso de las mujeres el porcentaje es poco más del doble comparado con el de los varones.

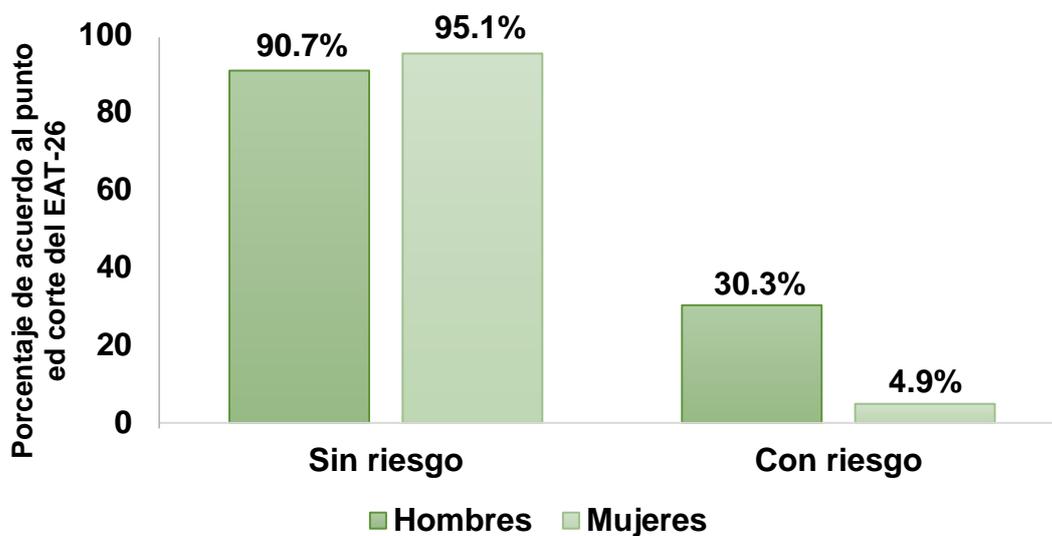


Figura 7. Distribución porcentual de acuerdo con el punto de corte del Test de Actitudes Alimentarias-26 (EAT, por sus siglas en inglés;  $n = 336$ ).

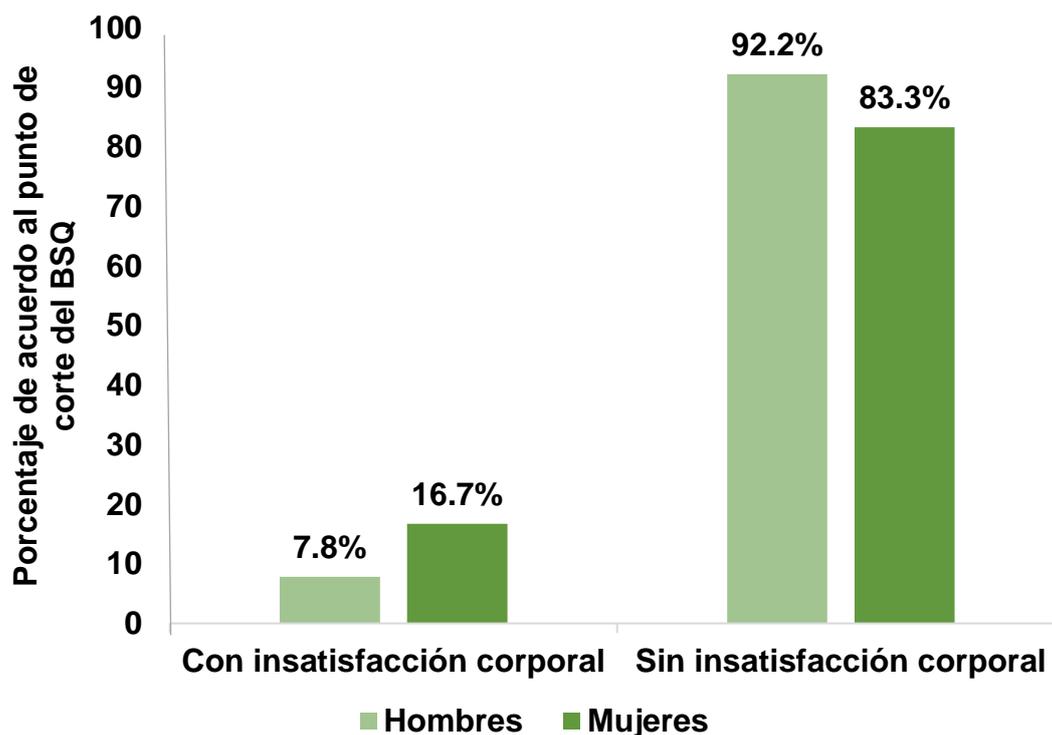


Figura 8. Distribución porcentual del punto de corte del Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés) de acuerdo al sexo ( $n = 336$ ).

Para medir la interiorización del modelo estético corporal se usó el CIMEC-40 para las mujeres con un PC  $\geq 24$  y CIMEC-17 para los varones con un PC  $\geq 5$ . Se encontró que casi un tercio de las mujeres (25.6%) presenta influencia de la publicidad, malestar con la imagen corporal y conductas para reducir de peso, influencia de modelos sociales e influencia de las relaciones sociales, mientras que, el porcentaje restante (74.4%) no presenta IMEC (Figura 9).

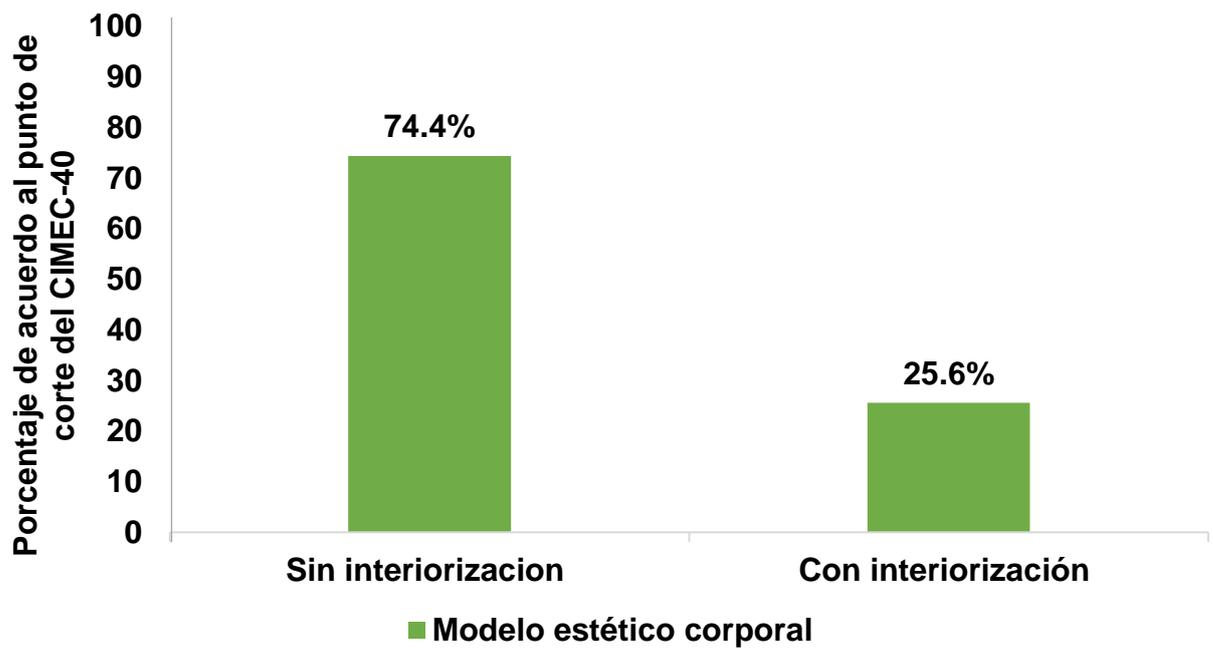


Figura 9. Distribución porcentual de acuerdo con el punto de corte del CIMEC-40, para las mujeres del estudio ( $n= 246$ ).

En el caso de los varones se encontró que, más de la mitad (52.2%) de manera general presentan alta IMEC, y más específicamente, interiorización de los anuncios e información, preocupación por ser gordo, influencia de modelos musculosos, alimentación social y ejercicio, mientras que el porcentaje restante (47.8%) no presenta interiorización de dichas dimensiones (Figura 10). Estos datos evidencian el aumento de la interiorización del modelo estético en los varones y el seguimiento de patrones para lograr un ideal corporal.

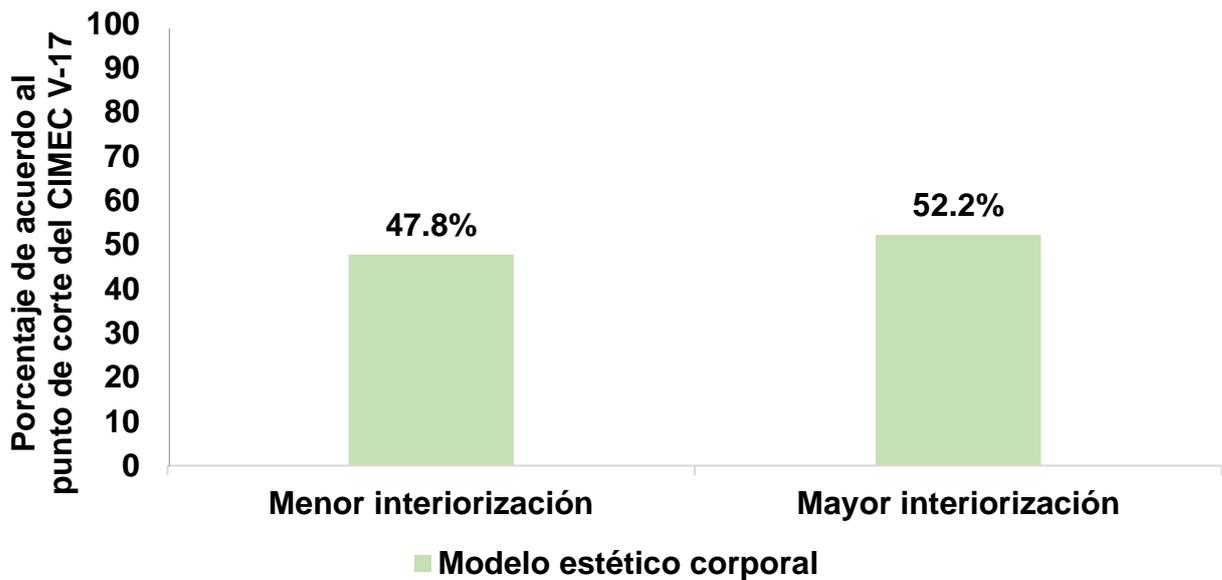


Figura 10. Distribución porcentual de acuerdo con el punto de corte del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corpora-17 para los participantes varones del estudio ( $n = 90$ ).

### Perfil antropométrico

Con el propósito de determinar un perfil más completo del estado de salud de la muestra, se valoraron tres medidas antropométricas como son: circunferencia de cintura, IMC y porcentaje de grasa corporal, con base en sus respectivos PC se clasificaron con y sin riesgo para la salud.

**Circunferencia de cintura (CC):** en el caso de las mujeres se encontró que casi la mitad (42.2%) presenta riesgo para la salud ya que, poseen una  $CC \geq 90$  cm (Figura 11). Concretamente, los varones, la mayoría se encuentra en riesgo (64.2%;  $CC \geq 80$  cm), estos datos muestran un incremento de más de 20 puntos porcentuales en comparación con las mujeres.

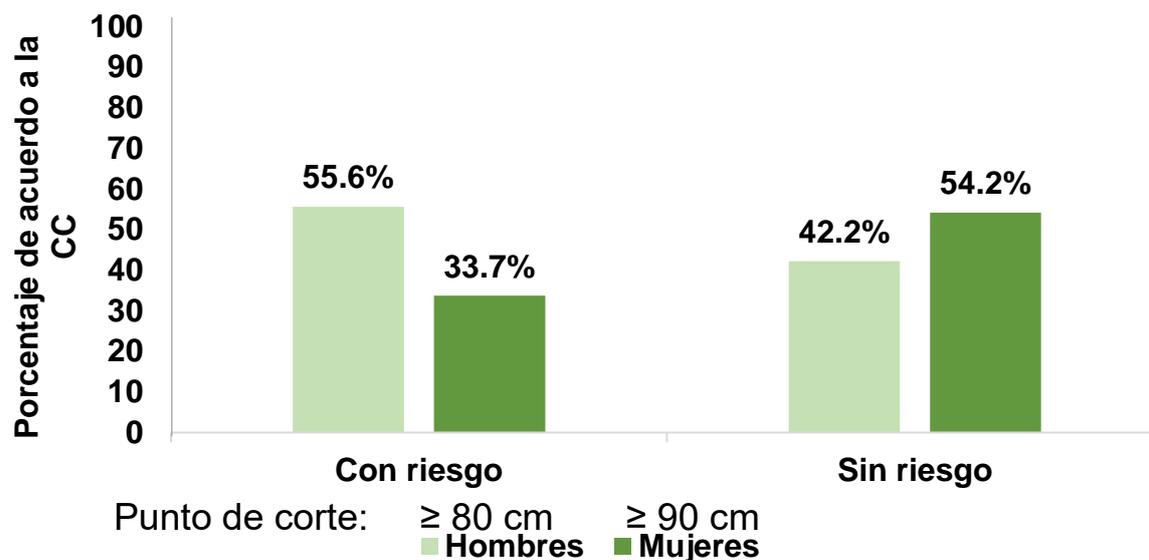


Figura 11. Distribución porcentual de acuerdo con los puntos de corte para circunferencia de cintura respecto al sexo ( $n = 90$  varones;  $n = 246$  mujeres).

**Índice de masa corporal (IMC):** En la Figura 12 se visualizan los porcentajes de las categorías del IMC. Se encontró que, en ambos sexos, un porcentaje menor tiene bajo peso, y aunque, más de la mitad de las muestras (51.6 % y 56.7% de mujeres y varones, respectivamente), se encuentran en la categoría de peso normal, la tercera parte de mujeres y varones tienen sobrepeso (30.9% y 31.1%, respectivamente). Ahora bien, en las categorías de obesidad, se encontró que en promedio 10% de varones y mujeres padecen obesidad tipo I y a pesar de que, no se encontraron casos con obesidad tipo II, se registraron casos con obesidad tipo III en los varones. Estos datos revelan que 43.1% de las universitarias y 40.0% de los universitarios tienen exceso de peso.

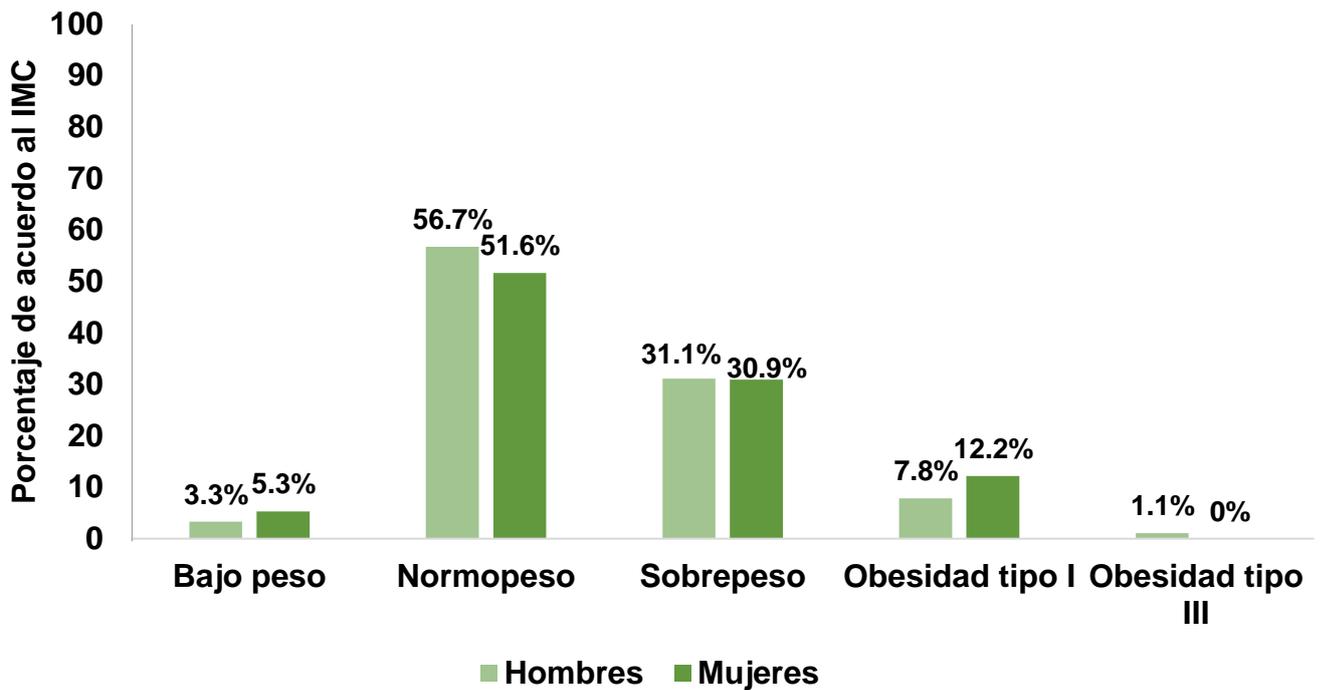
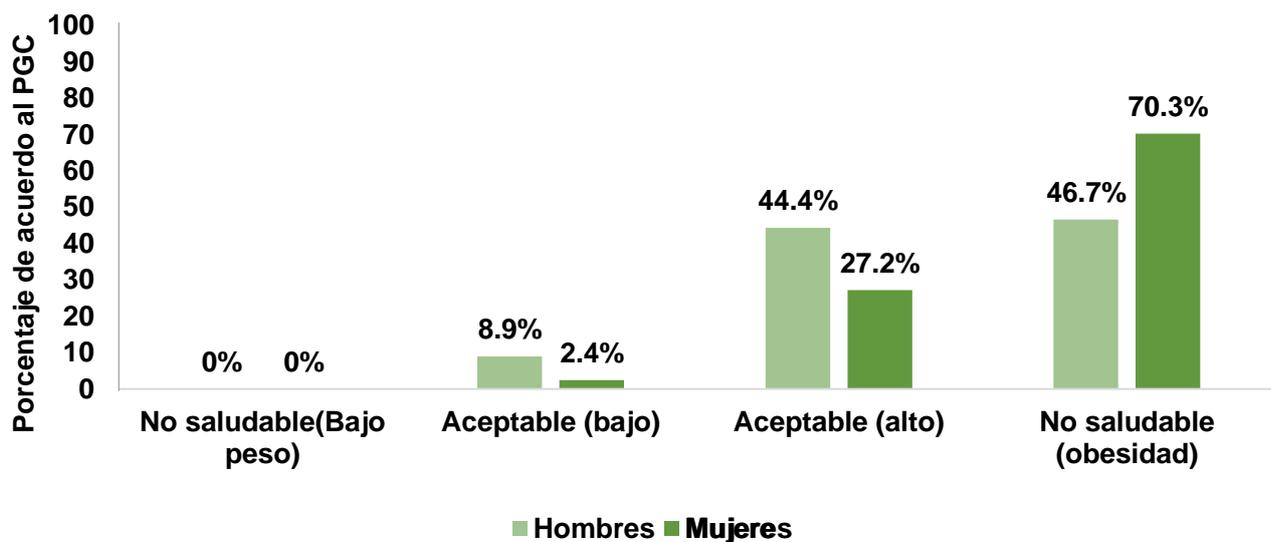


Figura 12. Distribución porcentual de acuerdo a las categorías del índice de masa corporal de acuerdo al sexo ( $n = 90$  varones;  $n = 246$  mujeres).  
 Nota: IMC = índice de masa corporal.

**Porcentaje de grasa corporal (PGC):** Este es otro indicador útil para detectar riesgo para la salud en cuanto a perfil antropométrico. En la figura 13 se observa que, casi tres cuartas partes de las mujeres (70.3 %) y casi la mitad de los varones (46.7%) se encuentran en riesgo, ya que sus mediciones puntuaron por arriba de lo aceptable (PGC = 33% para mujeres y 25% para varones). Cabe destacar que, los porcentajes en la categoría de un PGC aceptable (alto), son importantes (27.2% mujeres y 44.4% varones).



*Figura 13.* Distribución porcentual del porcentaje de grasa corporal de la muestra de estudio ( $n = 90$  varones;  $n = 246$  mujeres). Nota: La categoría no saludable = bajo peso, Varones  $\geq 5\%$ , Mujeres  $\geq 8\%$ ; Aceptable (pero bajo): Varones de 5-15%, Mujeres de 9-23%; Aceptable (pero alto): Varones de 16-24%, Mujeres de 24-31%; No saludable (exceso de peso): Varones  $\geq 25$ , Mujeres  $\geq 32$ .

## 7.2 Análisis inferenciales

En un segundo momento se realizaron análisis inferenciales respecto al sexo, para tal propósito, se verificó el criterio para determinar el tipo de pruebas estadísticas (paramétricas o no paramétricas), de este modo, se calculó la normalidad de los datos a través de la prueba *Kolmogorov-Smirnov* y se encontró que las puntuaciones de los instrumentos usados para varones y mujeres no presentan una distribución normal (ver Tabla 5).

Tabla 5

*Pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para el IMC y el total del BSQ y el EAT-26*

Variable o Cuestionario	Sexo	Prueba de Kolmogorov-Smirnov	$p$
Índice de masa corporal	Hombre	.10	.01
	Mujer	.07	.01
Body Shape Questionnaire	Hombre	.18	.001
	Mujer	.12	.001
Eating Attitudes Test – 26	Hombre	.27	.001
	Mujer	.24	.001

*Nota:* IMC= Índice de Masa Corporal; BSQ= Body Shape Questionnaire

Ahora bien, con base a las pruebas de normalidad se calcularon pruebas estadísticas no paramétricas. Se puntualiza que, para las medidas antropométricas sólo se consideró al IMC para los cálculos ya que, los demás indicadores del perfil antropométrico poseen diversos puntos de corte lo que haría compleja la comprensión. Para este caso, se calculó la prueba de *U* de *Mann Whitney*, para determinar las diferencias respecto al sexo. En la Tabla 6 se observa que, para el IMC, el total del EAT-26 y sus factores, no existe diferencia estadísticamente significativa respecto al sexo. No obstante, para el total del BSQ y sus factores, existen diferencias significativas entre varones y mujeres, éstas últimas obtienen los rangos más amplios. Es importante, recordar que no se calcularon las diferencias de las IMEC, debido a que se evaluaron con dos cuestionarios diferentes.

Tabla 6  
 Comparación de las variables de estudio con la prueba de U de Mann  
 Whitney, respecto al sexo

Variable, cuestionario o subescala	Sexo	Mediana	Rango		U de Mann Whitney (Z)	p
			Mínimo	Máximo		
Índice de masa corporal	M	24	16.8	39.5	-0.05	.96
	H	24	17.4	40.4		
Total	M	3	0	64	-0.61	.54
	H	3	0	58		
Dieta	M	0	0	37	-1.73	.83
	H	0	0	33		
EAT-26 Bulimia y preocupación por la comida	M	0	0	12	-0.18	.85
	H	0	0	12		
Control oral	M	1	0	18	-0.98	.33
	H	1	0	17		
Total	M	51	34	193	-4.47	.01
	H	69	34	204		
BSQ Malestar corporal normativo	M	18	10	60	-4.32	.01
	H	26	10	60		
Malestar corporal patológico	M	13	11	63	-3.98	.01
	H	15	11	66		

Nota: EAT-26 = Eating Attitudes Test -26; BSQ = Body Shape Questionnaire; M = mujer; H = hombre

### 7.3 Análisis de asociación entre variables

En el caso de los análisis estadísticos de asociación entre variables, en virtud de no contar con una distribución normal de los datos, se procedió a calcular la prueba no paramétrica *Rho* de *Spearman* ( $r_s$ ). En la Tabla 7 se detallan las correlaciones de los datos derivados de los cuestionarios y sus respectivas subescalas. Como se puede apreciar, en cuanto al perfil antropométrico, existen fuertes correlaciones estadísticamente significativas entre las variables que componen dicho perfil, lo que evidencia la utilidad de

estos como indicadores de riesgo para la salud en cuanto a composición corporal.

En el caso de la asociación entre las variables del perfil antropométrico y las CAR (EAT-26 y sus subescalas), se destaca que, hubo correlaciones leves pero estadísticamente significativas entre el IMC, PGC, CC y la Dieta; sin embargo, no las hubo entre los tres indicadores del perfil antropométrico y EAT-26 total y la subescala Preocupación por la Comida; en cuanto al Control Oral, las asociaciones fueron leves, estadísticamente significativas pero negativas, lo que quiere decir, que en la muestra de estudio a mayor IMC, PGC y CC, menor Control Oral.

En cuanto a la correlación entre el perfil antropométrico y la imagen corporal, misma que se evaluó con el total del BSQ y sus dos subescalas, se presentaron asociaciones estadísticamente significativas, positivas de leves a moderadas (rango entre  $r_s = .26, p < .05$  y  $r_s = .46, p < .05$ ), lo que se interpreta que a mayor IMC, PGC y CC, mayor es la Insatisfacción Corporal, destacando la asociación más fuerte entre el total del BSQ y el PGC ( $r_s = .46, p < .05$ ).

En cuanto a las asociaciones entre las variables del perfil antropométrico y el total del CIMEC-40 (mujeres) y sus subescalas, se presentaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas con un rango entre  $r_s = .17, p < .05$  y  $r_s = .56, p < .05$ , excepto entre el IMC, la CC y las IMEC.

Con relación al perfil antropométrico y el CIMEC V-17 (varones) y sus subescalas, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el IMC, CC y la subescala preocupación con ser gordo ( $r_s = .30, p < .05, r_s = .25, p$

< .05, respectivamente), no obstante, se subraya el hecho de que, la mayoría de las asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

En cuanto a las correlaciones de las variables psicológicas (EAT-26, BSQ, CIMEC-40 y CIMEC V-17). Existen correlaciones positivas y estadísticamente significativas de leves a moderadas como se observa en la Tabla 7 para el total del EAT-26 y sus respectivas subescalas, con el total del BSQ y sus subescalas. Identificando la asociación más fuerte entre dieta y malestar corporal normativo ( $r_s = .66, p < .05$ ), por el contrario, la más débil fue entre control oral y el total del BSQ ( $r_s = .11, p < .05$ ), pero se debe destacar que la única correlación no significativa fue entre el control oral y el malestar corporal patológico.

En cuanto al EAT-26 con el CIMEC-40, la asociación más fuerte fue entre Dieta y CIMEC-40 total ( $r_s = .59, p < .05$ ), y la más débil fue entre Control Oral e IMEC-40 total ( $r_s = .14, p < .05$ ). Ahora bien, en cuanto al EAT-26 con el CIMEC-17, se observa que el EAT-26 total y su subescala Dieta, se asociaron significativamente con todas las variables del CIMEC-17, destacando la más fuerte entre Dieta y Modelo Musculoso ( $r_s = .53, p < .05$ ) y las asociaciones más débiles se observaron entre EAT-26 total con la Influencia de Anuncios e Información y con la Influencia de las Relaciones Sociales ( $r_s = .21, p < .05$ ). Pero Control Oral no se asoció significativamente con ninguna de las variables del CIMEC-17. De este modo, al comparar las asociaciones de las CAR con el CIMEC-40 y CIMEC-17, se observan un mayor número de estas entre las mujeres en comparación con los varones.

Por otro lado, respecto a la asociación entre el BSQ con el CIMEC-40 total y con el CIMEC-17 total, es importante puntualizar que todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas. Así, entre el BSQ y el CIMEC-40, la asociación más fuerte fue entre el Malestar Corporal Normativo con la subescala Malestar Corporal y Reducción de Peso ( $r_s = .85, p < .05$ ) y la más débil se observó Relaciones Sociales ( $r_s = .26^{**}, p < .05$ ; respectivamente). Mientras que, entre el BSQ y el CIMEC-17, la asociación más fuerte se observó entre el Malestar Corporal Normativo con el CIMEC-17 total. Así, entre el BSQ y el CIMEC-40 la asociación fue fuerte ( $r_s = .67, p < .05$ , en tanto que, la más débil fue entre el Malestar Corporal Patológico con la Influencia de las Relaciones Sociales ( $r_s = .40, p < .05$ ).

Tabla 7  
 Correlaciones (Rho de Spearman) entre las variables de estudio (N= 336)

Constructo	Variable/subescala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Perfil antropométrico	1. Índice de masa corporal	1	.71**	.85**	-.07	.18**	.07	-.29**	.40**	.37**	.44**	.41**	.25**	.54**	.12	.18**	.15	.04	.30**	-.06	.23*	
	2. Porcentaje de grasa corporal		1	.51**	-.03	.20**	.04	-.25**	.46**	.43**	.45**	.41**	.20**	.56**	.13*	.20**	.02	-.05	.18	-.13	.07	
	3. Circunferencia de cintura			1	-.08	.14*	.05	-.26**	.28**	.26**	.33**	.36**	.19**	.47**	.11	.17**	.11	-.01	.25*	-.08	.16	
	4.Total EAT-26				1	.74**	.41**	.64**	.43**	.45**	.39**	.36**	.34**	.31**	.37**	.08	.35**	.21*	.26*	.43**	.21*	
Conductas alimentarias de riesgo	5.Dieta					1	.17**	.25**	.63**	.66**	.58**	.59**	.48**	.58**	.47**	.19**	.51**	.38**	.43**	.53**	.26*	
	6.Bulimia						1	-.05	.16**	.15**	.20**	.21**	.20**	.20**	.18**	.04	.19	.08	.20	.17	.24*	
	7.Control Oral							1	.11*	.12*	.09	.03	.06	-.05	.14*	-.02	.10	.05	.03	.18	.11	
Imagen corporal	8.Total BSQ								1	.97**	.92**	.85**	.64**	.87**	.68**	.29**	.67**	.48**	.56**	.59**	.44**	
	9. Malestar corporal normativo									1	.87**	.84**	.64**	.85**	.68**	.26**	.66**	.48**	.55**	.59**	.45**	
	10.Malestar corporal patológico										1	.78**	.59**	.81**	.61**	.26**	.59**	.48**	.52**	.49**	.40**	
Influencias del modelo estético corporal Mujeres	11.Total CIMEC-40											1	.79**	.90**	.79**	.51**	-	-	-	-	-	
	12.Influencia publicidad												1	.65**	.61**	.27**	-	-	-	-	-	
	13. Malestar corporal y reducción de peso													1	.64**	.32**	-	-	-	-	-	
	14.Influencia modelo estético														1	.27**	-	-	-	-	-	
	15. Influencia de relaciones sociales															1	-	-	-	-	-	
Influencias del modelo estético corporal varones	16.Total CIMEC-17																1	.75**	.81**	.76**	.72**	
	17. Influencia anuncios e información																		1	.44**	.49**	.44**
	18.Preocupación por ser gordo																			1	.47**	.64**
	19. Influencia del modelo musculoso																				1	.42**
	20. Influencia de relaciones sociales																					1

Nota: EAT-26 = Eating Attitudes Test 26; BSQ =Body Shape Questionnaire; CIMEC = Cuestionario del Modelo Estético Corporal; el guion medio indica que no se calculó la correlación porque se utilizaron dos versiones del CIMEC, uno para mujeres y otro para varones

#### 7.4 Análisis con alcance explicativo

Para evaluar el valor predictivo de las variables, se llevaron a cabo modelos de regresión lineal simple, la IMEC y la Insatisfacción Corporal, de manera independiente fueron las variables predictoras (Variables independientes, estadísticamente) y las CAR, IMC, PGC y CC fungieron como variables criterio (Variable dependiente, estadísticamente).

En la Tabla 8 se pueden observar los datos de los modelos para IMEC de acuerdo con el sexo. Como se puede apreciar, la IMEC predice significativamente ( $p < .01$ ) las CAR en mayor medida en los varones en comparación con las mujeres (49% vs. 33% de varianza explicada, respectivamente); en cuanto a la predicción del IMC, PGC y la CC los modelos sólo fueron significativos para las mujeres con varianzas bajas (12%, 14% y 10%, respectivamente).

En cuanto a la Insatisfacción Corporal como variable predictora de CAR, IMC, PGC y CC de acuerdo con el sexo, en la Tabla 9, se describen los datos correspondientes. Se encontró que, la Insatisfacción Corporal predice significativamente ( $p < .01$ ) las CAR en mayor medida en los varones en comparación con las mujeres (49% vs. 35%, de varianza explicada, respectivamente); mientras que, para IMC, PGC y CC tienen valor predictivo solo en las mujeres, aunque en varianzas bajas (16%, 15% y 10% respectivamente).

De manera general, los modelos que mayor valor predictivo son el de IMEC y la Insatisfacción Corporal, respectivamente sobre las CAR en los varones.

En la Figura 14 se muestra el modelo de regresión lineal simple de las Influencias del Modelo Estético Corporal como variable predictora y su efecto lineal sobre la variable psicológica (CAR) y las biológicas (IMC, PGC y CC), estas como criterio independientemente.

En la Figura 15 se muestra el modelo de regresión lineal simple de la Insatisfacción Corporal como variable predictora y su efecto lineal sobre la variable psicológica (CAR) y las biológicas (IMC, PGC y CC), estas como criterio, independientemente.

Tabla 8

*Modelos de regresión lineal simple de las Influencias del modelo estético corporal sobre las conductas alimentarias de riesgo y el perfil antropométrico de acuerdo al sexo*

Variables criterio	Variable predictora											
	Influencias del modelo estético corporal Mujeres <i>n</i> = 246						Influencias del modelo estético corporal Varones <i>n</i> = 90					
	<i>r</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>B</i>	<i>F</i>	% <i>Varianza Explicada</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\beta$	<i>F</i>	% <i>Varianza explicada</i>	<i>p</i>
CAR	.58	.33	.35	121.57	33	.01	.70	.49	.959	83.6	49	.10
IMC	.35	.12	.12	33.65	12	.01	.07	.006	.048	4.9	.6	.49
PGC	.38	.14	.20	40.08	14	.01	.01	0	-.013	.02	0	.91
CC	.29	.08	.27	22.13	8	.01	.02	0	-.38	.04	0	.84

Nota: CAR = Conductas Alimentarias de Riesgo; IMC = Índice de Masa Corporal; PGC = Porcentaje de Grasa Corporal; CC = Circunferencia de Cintura

Tabla 9

*Modelos de regresión lineal simple de la insatisfacción corporal sobre las conductas alimentarias de riesgo y el perfil antropométrico de acuerdo al sexo*

Variables criterio	Variable predictora											
	Insatisfacción corporal Mujeres <i>n</i> = 246						Insatisfacción corporal Varones <i>n</i> = 90					
	<i>r</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\beta$	<i>F</i>	% Varianza explicada	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>B</i>	<i>F</i>	% Varianza explicada	<i>p</i>
CAR	.59	.35	.12	132.9	35	.01	.70	.49	.21	84.9	49	.01
IMC	.40	.16	.05	47.3	16	.01	.23	.05	.03	5.0	5	.03
PGC	.40	.16	.07	48.1	16	.01	.22	.05	.05	4.5	5	.04
CC	.33	.10	.10	28.7	10	.01	.15	.02	.06	2.1	2	.14

Nota: CAR = Conductas Alimentarias de Riesgo; IMC = Índice de Masa Corporal; PGC = Porcentaje de Grasa Corporal; CC = Circunferencia de Cintura

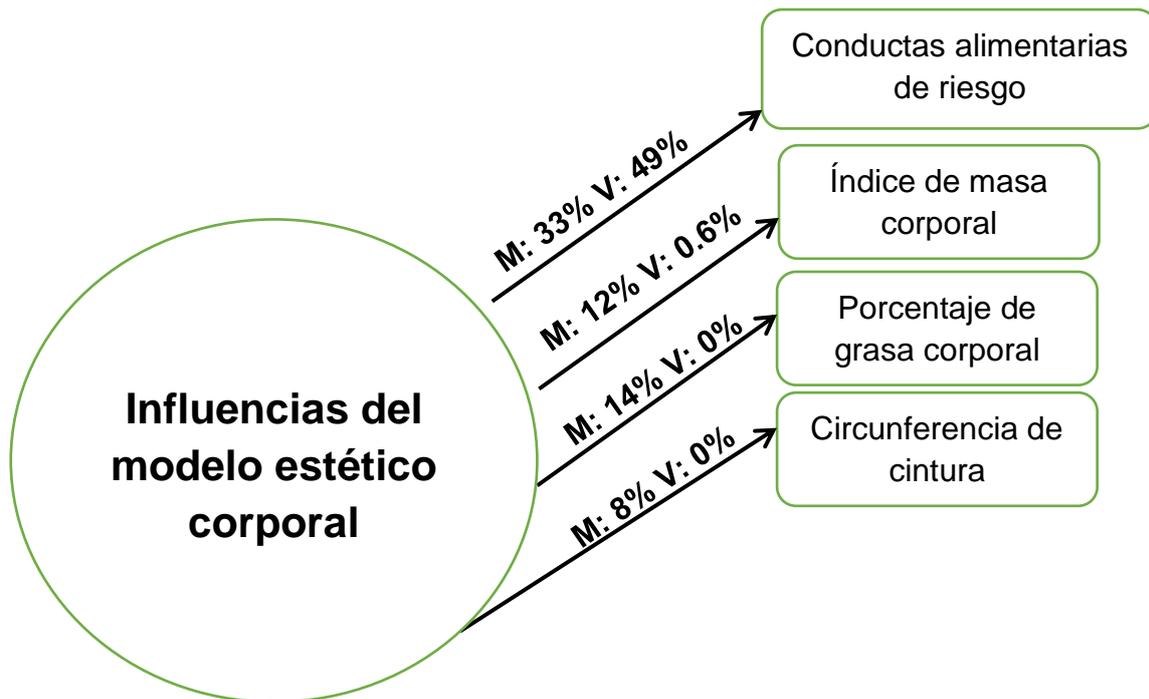


Figura 13. Modelo de regresión lineal simple de las influencias del modelo estético corporal como variable predictora y su efecto lineal sobre variables psicológicas y biológicas, estas como variables criterio.  
 Nota: M = mujeres V = varones

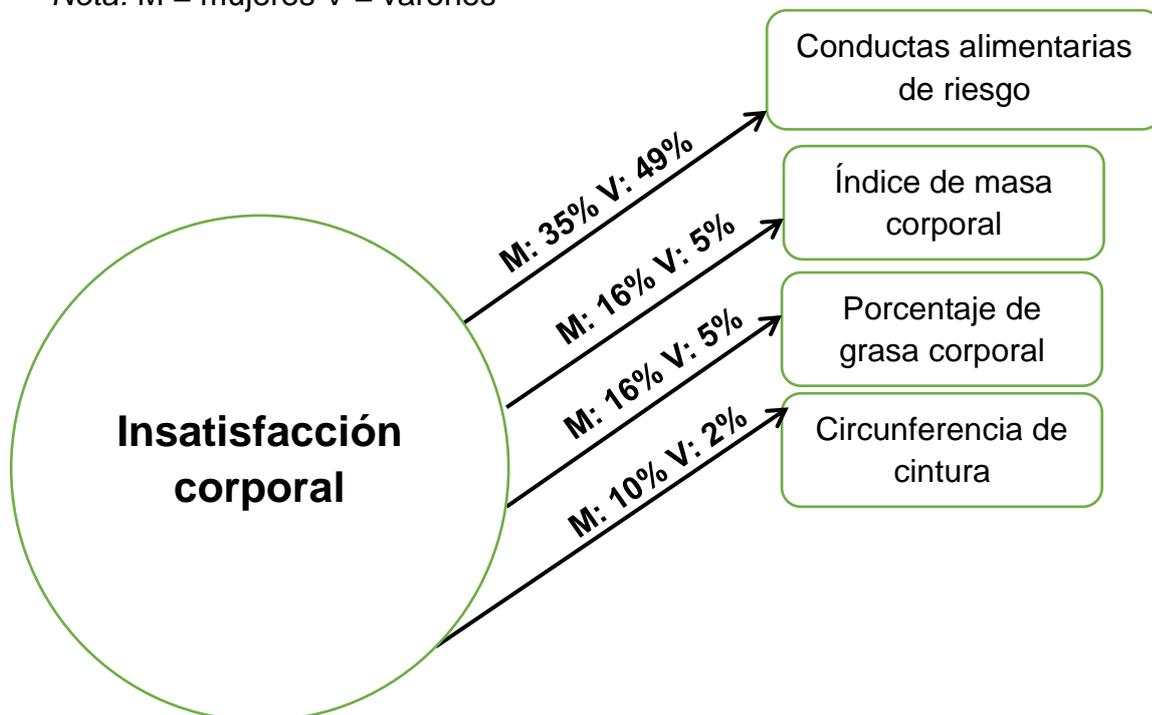


Figura 14. Modelo de regresión lineal simple de insatisfacción corporal y su efecto lineal sobre variables psicológicas y biológicas, estas como variables criterio.  
 Nota: M = mujeres V = varones

## ***Capítulo VIII. Discusión***

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el efecto de variables psicológicas (insatisfacción corporal e IMEC) sobre CAR y el perfil antropométrico (IMC, PGC y CC), respecto al sexo, de estudiantes universitarios. De este modo, con relación a la caracterización de la muestra de estudio, concretamente, del perfil sociodemográfico, los hallazgos de esta investigación coinciden con lo que se expone en la literatura, pues la mayoría de la muestra universitaria específicamente, tienden a ser mujeres (Franco, Martínez, Díaz, López-Espinoza, Aguilera, & Valdés, 2010; Gámez, Marrero, Díaz, & Urrutia, 2015; Lagos, Quilodrán, Viñuela, 2012; Villalobos-Pérez, 2008).

En cuanto a la caracterización antropométrica, la evaluación de tres indicadores (IMC, CC y PGC) permitió determinar un estado de salud más completo, ya que, con estos indicadores de manera independiente, es más complicado concluir en cuanto al riesgo para la salud de los participantes, por ejemplo, es preciso puntualizar el inconveniente de sólo usar el IMC, ya que, en el cálculo de este indicador no toma en cuenta en el sexo, ni el PGC que es diferente para varones y para mujeres y sólo se toma en cuenta el peso y la estatura (del Campo, González, & Gámez, 2015; Rangel, Rojas, & Gamboa, 2015; Ojeda & Cresp, 2011); al respecto se ha recomendado evaluar otros indicadores con el propósito de contar con datos más completos y precisos, ya sea en la clínica o en investigación (Shama, Cuevas, Rivera, & Hernández, 2016). Sin embargo, actualmente el uso del IMC es ideal para hacer comparaciones entre estudios, ya que se debe tomar en cuenta que los otros dos indicadores de composición corporal también presentan limitaciones.

Así, al considerar sólo el IMC, tanto varones y mujeres, presentan porcentajes altos (40.1%) en exceso de peso (sobrepeso u obesidad), no obstante, estos datos son menores de los reportados en la ENSANUT-MC ya que los porcentajes de sobrepeso y obesidad en mayores de 20 años fueron de 72.5% (Shama et al., 2016). Específicamente, en cuanto a obesidad, se destaca que, 1.1% de los universitarios varones padece obesidad tipo III, al respecto, estos datos son similares con los de la ENSANUT-MC (1.7%) pero se debe destacar que en dicha encuesta se observó una prevalencia de 4.1% para las mujeres (Shama et al., 2016) y en el presente estudio no se detectó ninguna mujer con esta condición de peso.

Sin embargo, en Ecuador se encontró que 6.6% de los universitarios presenta esta condición corporal (Obesidad tipo III; Robles, Llimaco, & Villamar, 2014); en tanto que, a nivel nacional se reportó 0.4% (Maldonado-Gómez, Gallegos-Torres, García-Aldeco, & Hernández-Segura, 2017); por tanto, el porcentaje encontrado en esta investigación se encuentra en este rango, esto es especialmente importante, porque esta condición potencializa el riesgo para la salud debido a la comorbilidad y riesgo prematuro de muerte (OMS, 2019), al respecto, se ha referido que a mayor IMC mayor riesgo para la salud (*International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders*, 2013; Bautista, 2015; Navarro et al., 2017). Estos datos evidencian que, –aunque el porcentaje es bajo–, es importante, atender esta condición de salud, sobre todo, en los futuros profesionales de la salud, por lo que, es necesario emprender charlas educativas sobre los hallazgos a los estudiantes para que tomen medidas pertinentes sobre su estado de salud.

Algunos estudios, han reportado que no hay diferencias estadísticamente significativamente entre varones y mujeres, respecto al IMC, pero las hay, en la actividad física, ya que los varones tienden en mayor medida al sedentarismo, mientras que las mujeres presentan mayores porcentajes de la realización de dietas saludables (Alemán & Salazar, 2006; Pinel et al., 2017).

Con relación a la CC, concretamente para los varones más de la mitad se encuentra en riesgo (55.6%;  $CC \geq 80$  cm), lo que representa más de 20 puntos porcentuales en comparación con las mujeres (35.0%), en la literatura, algunos estudios demuestran que la alimentación de los universitarios es caótica respecto a los horarios y tipo de alimentos (Alemán & Salazar, 2006; López et al., 2010; Vereda, 2014). Sin embargo, los datos de la presente investigación difieren de manera importante con los encontrados en Aguascalientes (29.8% y 24.7%, varones y mujeres, respectivamente). Independientemente, de dicha diferencia, estos resultados, son relevantes porque colocan la necesidad de desarrollar de programas de intervención entre los universitarios ya que, se ha propuesto que por cada centímetro de CC aumenta 2% de probabilidad el riesgo para la salud (del Campo, González, & Gámez, 2015).

Respecto al tercer indicador (PGC), se confirma la importancia de atención a la problemática de obesidad ya que, casi la tercera parte de las mujeres (70.3%) y casi la mitad de varones (44.4%), se encuentra dentro de los parámetros no saludables, lo que pone en mayor riesgo la salud de los universitarios. A nivel internacional, en Colombia se encontró que 100% de las universitarias y 69% de los universitarios presentan un PGC por arriba de los parámetros normales (Cardoso et al., 2016). A nivel nacional (Aguascalientes), también se observó una tendencia similar respecto al sexo (21.1% y 7.9%,

mujeres y varones, respectivamente; del Campo et al., 2015). Sin embargo, estos últimos datos difieren sustancialmente, de lo encontrado en esta investigación.

Con los tres indicadores (CC, IMC y PGC) evaluados, se evidencia una alerta entre los universitarios, ya que la ENSANUT-MC (2016; Shama et al., 2016), muestra que la obesidad en jóvenes mayores de 20 aumentó en 1.3 puntos porcentuales del 2012 al 2016, por lo que se deben tomar medidas correspondientes a esta condición de salud. Una situación de mayor relevancia es que, en dicha encuesta la mayoría de los universitarios con obesidad, se perciben sólo con sobrepeso.

Por otro lado, con relación a la evaluación de variables psicológicas, se encontró que la mayoría de la muestra es relativamente sana, no obstante, en cuanto al riesgo de TCA, las mujeres presentan un porcentaje mayor en comparación que los varones (4.9% y 3.3%, respectivamente), este hallazgo está en línea con lo reportado en algunos estudios, que a pesar de ser porcentajes bajos, estos son importantes para su intervención de manera preventiva (Saucedo-Molina & Unikel, 2010a; Urzúa et al.,

Específicamente, en varones Mancilla-Díaz et al., (2010) en un estudio transcultural (México y España) obtuvieron porcentajes de 2.7% y 1.1%, respectivamente, de riesgo de TCA en comparación con la muestra de este estudio que obtuvo 3.3 %, lo que evidencia un aumento de riesgo entre los varones. Mientras que en las mujeres de acuerdo al estudio de Saucedo-Molina y Unikel (2010a) el porcentaje de riesgo en universitarias fue de 8.4%, comparado con este estudio el porcentaje fue menor. Sin embargo, en estudios con niños (M = 10.8 años de edad), se reporta un porcentaje mayor (14.1%) lo

que indica la necesidad de continuar con las investigaciones en la población infantil (Franco-Paredes, Díaz-Reséndiz, Santoyo-Téllez, & Hidalgo-Ramussen, 2017).

Ahora bien, en cuanto a la insatisfacción corporal, se ha documentado tanto a nivel nacional e internacional que un mayor porcentaje de mujeres están insatisfechas con su imagen en comparación con los varones, de este modo, los presentes hallazgos se suman a la literatura (Kaewpradub et al. 2017; Lameiras, Calado, Rodríguez, & Fernández, 2003; Trejo, Castro, Facio, Mollinedo, Valdez, 2010; Zueck, Solano-Pinto, Benavidez, & Guedea, 2016).

Por otro lado, en cuanto a la IMEC, en este estudio el porcentaje de varones supera el doble que el de las mujeres. Al respecto, en un estudio de corte cualitativo con varones, se documentó que la influencia e interiorización de dicho modelo, ha cobrado importancia en este sexo, ya que, los varones se encuentran en búsqueda de un modelo estético, porque les hace sentirse satisfechos con su imagen corporal y les brinda autoconfianza y autovalía en diferentes esferas de su vida, como es la educativa y la laboral (Bautista-Díaz et al., 2017).

El hecho de encontrar mayores porcentajes de varones con IMEC, es un hallazgo inesperado, ya que, algunas investigaciones, demuestran que un mayor número de mujeres presentan IMEC (Esnaola, 2005; Hernán, 2015; Mancilla-Díaz et al., 2010). No obstante, independientemente del sexo, se ha demostrado que la IMEC es punto clave para el desarrollo de CAR, lo que pone en riesgo su salud física y psicológica (Bautista-Díaz et al., 2017; Esnaola, 2005; Saucedo-Molina & Unikel, 2010a).

Actualmente, hay una apertura hacia la orientación sexual y aunque en la presente investigación se encontró que la mayoría de los participantes son heterosexuales (89%), hallazgo que coincide con otros estudios (83.3% y 98.3%; Paredes & Polanski, 2016; Moral, 2011, respectivamente); sería interesante que, en futuras investigaciones, se profundizara en el estudio de la orientación sexual en el campo de los trastornos alimentarios, ya que, recientemente se reportó que, varones bisexuales u homosexuales, muestran mayor preocupación con su imagen corporal y mayor IMEC, en comparación con los varones sin estas preferencias (Cervantes-Luna, Escoto, Camacho, & Bosques, 2019).

Ahora bien, en cuanto a las CAR y conductas relacionadas, las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre el sexo, ya que, varones y mujeres suelen realizar las mismas conductas como el ayuno, dieta restrictiva, vómitos autoinducidos, ejercicio excesivo, etc. Estos hallazgos coinciden con otras investigaciones que reportan que no hay diferencias significativas a excepción de la realización del ejercicio físico excesivo en los varones (Escolar-Lamazares et al., 2017; Saucedo-Molina & Unikel, 2010a).

Respecto a la insatisfacción corporal, se encontraron diferencias significativas respecto al sexo, con mayores puntuaciones las mujeres. La literatura documenta dicha tendencia, ya que, las mujeres desean un cuerpo más delgado o estilizado (insatisfacción hacia la delgadez) y los varones desean un cuerpo musculoso (Meneses & Moncada, 2008; Thompson & Cafri, 2007).

En cuanto a la asociación entre variables, se apreciaron fuertes correlaciones entre las tres variables antropométricas utilizadas, tales resultados difieren con algunos estudios ya que, se identifican bajas correlaciones entre

PGC, IMC y CC, sin embargo todos estos fundamentan que es importante, no solo utilizar un indicador para confirmar el estado de salud, sino que hay que conjuntarlos con otros y así la utilidad de tales indicadores se vuelve más fuerte, pues como se mencionó, un indicador como el IMC no es exacto ya que, no indica el valor de grasa corporal contenida (del Campo, González, & Gámez, 2015; Cedeño et al., 2016; Villatoro-Villar, Mendiola-Fernández, Alcaráz-Castillo, & Mondragón Ramírez, 2015).

De acuerdo a la asociación entre el perfil antropométrico y las variables psicológicas se obtuvieron relaciones de leves a moderadas pero significativas. Específicamente, en el caso de las CAR no hay correlación con el total del EAT-26 y en una de sus subescalas, este hallazgo coincide con lo encontrado por otros investigadores (Unikel, Díaz de León, & Rivera, 2016; Castejón et al., 2016; Chacón-Quintero, Angelucci-Bastidas, Quintero-Arjona, 2016; Lara-Cortez & Saucedo-Molina, 2006). En el caso concreto de la asociación entre el perfil antropométrico y la imagen corporal, está en línea con lo documentado en otros estudios, que evidencian que a mayores medidas corporales mayor es su preocupación o insatisfacción con la figura corporal (Lara-Cortez & Saucedo-Molina, 2006; Zaragoza, Saucedo-Molina, & Fernández, 2011). Asimismo, ocurre con las IMEC, ya que, algunos investigadores indican que las influencias socioculturales están estrechamente relacionadas con indicadores antropométricos en mujeres (Zaragoza, et al., 2011).

Ahora bien, entre las asociaciones de variables psicológicas, se encuentran correlaciones significativas, diversos estudios han comprobado dichos hallazgos, específicamente entre CAR e insatisfacción corporal, tanto en pacientes con normopeso como con obesidad (Álvarez-Rayón et al., 2009; Bautista, 2015;

Berengüi et al., 2016). Un punto interesante para investigaciones futuras sería el estudio del malestar corporal normativo con la práctica de las CAR, ya que en este estudio se encontró que el factor de dieta excesiva con malestar corporal normativo muestra una fuerte asociación, lo que habla de que aún con malestar con la imagen corporal hay realización de CAR.

Respecto a la asociación entre las CAR y la IMEC en el caso de las mujeres, se pudo visualizar que la práctica de dieta restrictiva se relaciona con las influencias publicitarias, con malestar corporal y reducción de peso, con influencia de modelos corporales y con las relaciones sociales, estos datos son consistentes con lo reportado en un estudio de corte cualitativo que indica que en mujeres las redes sociales son punto clave para el desarrollo o mantenimiento de las CAR y de la IMEC (Cortez et al., 2016).

Sin embargo, la sintomatología de Bulimia y el Control Oral (atracción) no tiene que ver con las influencia de sus relaciones sociales, lo que evidencia que las relaciones sociales tienen influencias con una tendencia hacia la restricción y no a la desinhibición alimentaria (atracción; Cortez et al., 2016), no obstante, esta asociación se encontró en un estudio con pacientes que acudían a un programa de reducción de peso (Bautista-Díaz et al., 2016).

En una revisión bibliométrica se encontró que la IMEC se presenta con mayor gravedad en las jóvenes entre 15 y 19 años, por lo se puede considerar como una población vulnerable (Mariscal, 2013). Sin embargo, otros investigadores, encontraron correlaciones significativas en las CAR e IMEC sólo en las adolescentes y adultas, pero, con las jóvenes no existe relación estadísticamente significativa entre las CAR e IMEC (Álvarez-Rayón et al., 2009).

Al respecto, se ha recomendado que es necesario emplear estrategias de evaluación e intervención diferenciales de acuerdo al sexo (Hernán, 2015). Finalmente, la alta correlación entre la insatisfacción con la imagen corporal y las IMEC, se ha documentado en algunos estudios mostrados en la literatura (Cortez et al., 2016; Esnaola, 2005; Figueroa-Rodríguez et al., 2010; Hernán, 2015).

Por último, en cuanto a los modelos de regresión lineal es más complejo hacer una discusión porque son escasos los hallazgos aquí reportados, sin embargo, un estudio en el que se realizan regresiones múltiples con datos procedentes de mujeres encontrando que la interacción entre insatisfacción corporal, IMC e influencia de publicidad predicen el riesgo de TCA, pero se puntualiza que la insatisfacción corporal es la que más aporta a los modelos (Franco, López-Espinoza, Díaz-Reséndiz, Escoto, & Camacho, 2013). Por el contrario, en el presente estudio se encontró que la insatisfacción corporal y la IMEC en los varones predicen en mayor medida las CAR, comparada con las mujeres.

Lo anterior se fundamenta a partir de un estudio que demuestra que la influencia de publicidad e insatisfacción corporal son importantes en la predicción de los TCA, no obstante, respecto al IMC no se encuentran predicciones fuertes (Franco, Díaz, & López-Espinoza, 2013; Saucedo-Molina & Unikel, 2010a).

Cabe mencionar que los modelos de mayor predicción fueron el de insatisfacción corporal y la IMEC sobre las CAR, en ambos sexos, pero en mayor porcentaje en los varones, esto ya se había documentado por algunos autores que exponen que estas variables son factores importantes en las mujeres para el desarrollo de las CAR (Franco et al., 2013; Figueroa-Rodríguez et al., 2010;

Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez, & Mancilla, 2012). Concretamente, se ha reportado que la dieta restricta es predictora de riesgo para la salud física y psicológica (Johnson & Wardle, 2005).

Respecto al valor predictivo débil de estas variables sobre el IMC, se puede contrastar con lo reportado en un análisis de senderos en el cual se encontró que el valor predictivo está mediado por la ansiedad y a su vez por la depresión (Cruz-Sáez, Pascual, Włodarczyk, Polo-López, & Echeburúa, 2016).

De manera general, se puntualiza que se rechazó hipótesis nula y se corroboró la de investigación, así como la hipótesis de trabajo, lo que permitió el cumplimiento del objetivo general y de los específicos. Ya que, existe efecto estadísticamente significativo en ambos modelos planteados de manera diferencial en cuanto al sexo.

## **Conclusiones**

De acuerdo con el perfil antropométrico (IMC, CC y PGC), porcentajes importantes de universitarios varones y mujeres se encuentran en riesgo para su salud. Mayores porcentajes de varones comparados con las mujeres se encuentren en busca de un ideal corporal influenciados por el modelo estético corporal, no obstante, un mayor porcentaje de mujeres realizan CAR y experimentan insatisfacción corporal.

La influencia del modelo estético corporal y la insatisfacción corporal son variables predictoras de las CAR en mayor medida en los varones en comparación con las mujeres. La influencia del modelo estético corporal y la insatisfacción corporal predicen sólo en mujeres –aunque con aportaciones leves pero significativas–, las variables del perfil antropométrico.

Este estudio confirma el postulado derivado de la Teoría Multifactorial propuesta, que indica que las CAR son una entidad proveniente de varias dimensiones interrelacionadas y que, en un *continuum*, se puede desarrollar algún tipo de TCA. Asimismo, se puede visualizar a partir de modelos psicosociales, las influencias socioculturales se promueven en la familia, amigos, a través en la publicidad y hoy también, en las redes sociales, internalizando ideales corporales, que en ocasiones es difícil alcanzar, conduciéndolos a experimentar conductas alimentarias no sanas que atentan contra la salud física y psicológica de los universitarios. Al respecto, los Modelos cognitivo-afectivos muestran cómo es que las CAR se comportan a partir del procesamiento de la información, las percepciones y también las emociones en torno a lo individual y a lo social.

En cuanto a la insatisfacción corporal, los presentes hallazgos corroboran el Modelo de Raich et al. (1997), ya que se postula la interacción entre los componentes perceptivo, cognitivo y conductual, es decir, cómo se percibe el cuerpo, cómo se valora y qué se hace, esto último, conduce a llevar a cabo las CAR.

Esta evidencia empírica, sugiere de manera imperante el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud para los universitarios sobre la importancia de la condición del exceso de peso, así, como de la influencia del modelo estético corporal y las CAR, no sólo en las mujeres sino también en los varones, asimismo, es ineludible generar trabajo multidisciplinario para una mayor comprensión y mejorar los resultados de las intervenciones ya que, en el campo de las CAR se involucran la dimensión biológica, la social y la psicológica.

#### *Limitaciones y sugerencias para futuros estudio*

Como en cualquier estudio se reconocen algunas limitaciones, por lo que se propone las siguientes sugerencias y recomendaciones:

- a) Contar con muestras equivalentes en cuanto al sexo
- b) Incluir muestras clínicas para confirmar o refutar los hallazgos
- c) Realizar la evaluación de insatisfacción corporal y CAR con cuestionarios específicos para varones
- d) Evaluar otras variables que podrían ser importantes para los modelos de regresión, por ejemplo, autoestima, calidad de vida, nivel socioeconómico, estratos socioculturales
- e) Profundizar en el papel de la orientación sexual sobre las CAR y la insatisfacción corporal

- f) Realizar estudios longitudinales para evaluar el estatus de los alumnos al ingreso y egreso de su vida profesional

## Referencias

- Agesto, J., Barja, B., & Santillán, A. (2016). Influencia del modelo estético e insatisfacción corporal en adolescentes mujeres de una institución educativa estatal de Lima del Este. *Revista Científica de Salud*, 10(1), 1-14. Recuperado de [https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc\\_salud/article/viewFile/215/215](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/viewFile/215/215)
- Alemán, C., & Salazar, W. (2006). Nivel de actividad física, sedentarismo y variables antropométricas en funcionarios públicos. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 4(1), 1-12. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pem/article/view/409>
- Altamirano, M., Vizmanos, B., & Unikel, C. (2011). Continúo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-406. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v30n5/401-407/es>
- Álvarez-Malé, M. L., Bautista-Castaño, I., & Serra, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283-2288. Recuperado de <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/8583.pdf>
- Álvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J. M., & Vázquez-Arévalo, R. (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública*, 11(4), 568-578. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/422/42217814008.pdf>
- Alvarez, G., Mancilla, J., Vázquez, R., Unikel, S., Caballero, A., & Mercado, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9, 243-248.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. C.D. México: Editorial Médica Panamericana.
- Ardila, R. (2010). *Psicología fisiológica*. México: Trillas.
- Argüello, L., & Romero, I. (2012). Trastorno de la imagen corporal. *Reduca*, 4(1), 478-518. Recuperado de <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1005/1017>
- Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades*, 2, 53-70. Recuperado de [http://www.unedtudela.es/archivos\\_publicos/qweb\\_paginas//4469//revista2articulo3](http://www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb_paginas//4469//revista2articulo3)
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142(1), 128-129. doi: 10.4067/S0034-98872014000100022
- Baile, J., Raich, R., & Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19(2), 22-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16719202>

- Barone, L. R., Rodríguez, C. E., Ghiglioni, M. L., González, C. D., Luna, S. S., Cuenca, A. G.,... García, M. V. (2010). *Anatomía y fisiología del cuerpo humano*. Buenos Aires, Argentina: Cultural Librería Americana.
- Barrientos, N., Escoto, C., Bosques, L. E., Enríquez, J., & Juárez, C. (2014). Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasio. *Revista Mexicana de los Trastornos Alimentarios*, 5, 29-38. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v5n1/v5n1a5.pdf>
- Bautista, L. (2015). *Imagen corporal, conducta alimentaria, ajuste psicológico y calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: una aproximación longitudinal* (Tesis doctoral). México: UNAM.
- Bautista-Díaz, M. L., Martín, A., Valencia, A. I., & Jiménez, D. (Abril, 2018). *Insatisfacción corporal e internalización del modelo estético corporal en universitarias hidalguenses*. Sesión de cartel presentado en el XIV Congreso Nacional de Psicología, CNEIP, Zacatecas, Zacatecas.
- Bautista-Díaz, M. L. (2018). Investigadora de UAEH presenta estudio en Estados Unidos. *Boletín Electrónico Informativo*. Recuperado de <https://www.uaeh.edu.mx/noticias/4095/>
- Bautista-Díaz, M. L., Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Álvarez-Rayón, G., López-Aguilar, X., Ocampo-Téllez, M., & González-Soto, Y. (2012). Body dissatisfaction and sociocultural factors in women with and without BED: Their relation with eating psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 17(2), 86-92. doi: 10.3275/8243
- Bautista-Díaz, N. L., Galván-Juárez, A. K., Martínez- Fernández, I. E., Álvarez-Ríos, A. J., & García-Cruz, Rubén. (2017). Ideal corporal masculino: percepciones de estudiantes universitarios de nutrición. *European Scientific Journal*, 13(26), 1-19. doi: 10.19044/esj.2017.v13n26p1
- Bazán, C. I., & Ferrari, L. (2011). Las dietas hipocalóricas y la delgadez como sinónimos de salud en un grupo de mujeres de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense. *Cuadernos Sociales*, 11, 37-73. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3926060>
- Bazán, C. I., & Miño, R. (2015). La imagen corporal en los medios de comunicación masiva. *Psicodebate*, 15(1), 23-42. Recuperado de <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/482/0>
- Behar, R., Vargas, C., & Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 49, (1), 26-36. doi: 10.4067/S0717-92272011000100004
- Behnke, J. R., Feen, B. G., & Welham, W. C. (1942). The specific gravity of healthy men body. *The Journal of the American Medical Association*, 118(7), 498-501. doi: 10.1001/jama.1942.02830070004002
- Berengüi, R., Castejón, M. A., & Torregrosa, M. A. (2016). Insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo para trastornos de la conducta

alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8. doi: 10.1016.2016.02.004

- Bojórquez, I., Saucedo-Molina, T., Juárez-García, F., & Unikel-Santoncini, C. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cuadernos Saúde Pública*, 29(1), 29-39. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/05.pdf>
- Bray, G. (1998). What is the ideal body weight? *Journal of Nutritional Biochemistry*, 9(9), 489-492. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/journal/the-journal-of-nutritional-biochemistry/vol/9/issue/9>
- Bryant, J., & Zillman, D. (1996). *Los efectos de los medios de comunicación: investigaciones y teorías*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Cabañas, D. (2008). *Antropometría e índices de salud*. Madrid, España: Dietética y Ciencias de la Alimentación.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México*. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>
- Calvo, D., & Ruíz, P. M. (2012). *Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://zaguan.unizar.es/record/9900/?ln=es>
- Camargos, C. N., Mendoca, C. A., & Duarte, S. M. (2009). Da imagem visual do rosto humano: simetria, textura e padrão. *Saúde e Sociedade, São Paulo*, 18(3), 395-410. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902009000300005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902009000300005&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Cardozo, L. A., Cuervo, Y. A., & Murcia, J. A. (2016). Porcentaje de grasa corporal y prevalencia de sobrepeso-obesidad en estudiantes universitarios de rendimiento deportivo de Bogotá, Colombia. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36(3), 68-75. doi: 10.12873/363cardozo
- Carnero E. A., Alvero-Cruz, J. R., Giráldez, M. A., & Shardina, L. B. (2015). La evaluación de la composición corporal "in vivo" parte I: Perspectiva histórica. *Nutrición Hospitalaria*, 31(15), 1957-1967. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/08revision08.pdf>
- Carrillo, V., & del Moral, A. (2013). Influencia de los factores que definen el modelo estético corporal en el bienestar de las mujeres jóvenes afectadas o no afectadas por anorexia y bulimia. *Saúde e Sociedade, São Paulo*, 22(2), 468-484. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a17.pdf>
- Cash, T. & Smolak, L. (2011). *Body Image: a handbook of science, practice, and prevention*. New York: Guilford press.

- Cash, T. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1-5. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- Castejón, M. A., Berengüi, R., & Garces, E. (2016). Relación entre el índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición Clínica*, 36(1), 54-63. doi: 10.12873/361castejon
- Castiglia, M. (2015). *Adaptación del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal en adolescentes limeñas* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/6535/CASTIGLIA\\_FRANCO\\_MARIA\\_ADOLESCENTES\\_LIMENAS.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/6535/CASTIGLIA_FRANCO_MARIA_ADOLESCENTES_LIMENAS.pdf?sequence=1)
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2015). El índice de masa corporal para adultos. Recuperado de [https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult\\_bmi/index.html](https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html)
- Cedeño, R., Castellanos, M., Benet, M., Mass, L., Mora, C., Parada, J. C. (2016). Indicadores antropométricos para determinar la obesidad, y sus relaciones con el riesgo cardiometabólico. *Finlay*, 5(1), 1-12. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v5n1/rf03105.pdf>
- Cervantes-Luna, B, S., Escoto, C., Camacho, E, J., & Bosques, L. E. (2019). Aesthetic ideals, body image, eating attitudes and behaviors in men with different sexual orientation. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 66-74. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/529>
- Chacón-Quintero, G., Angelucci-Bastidas, L., & Quintero-Arjona, G. (2016) Autoconcepto físico y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios, *Revista Ciencia UNEMI*, 9(17), 108-116. <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/257>
- Chaput, J., & Dutil, C. (2016). Lack of sleep as a contributor to obesity in adolescents: impacts on eating and activity behaviors. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(103), 2-9. doi: 10.1186/s12966-016-0428-0
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. España: Masson.
- Ciangherotti, S., Risso, D., Rondinone, R., Ciangherotti, E., Menoni, S., Sensi, S., & Lantieri, P. (2003). Eating behavior and risk factors for overweight and obesity in school children in Liguria (Italy). *Italian Journal of Food Science*, 15(1), 35-48. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/289187753\\_Eating\\_behavior\\_and\\_risk\\_factors\\_for\\_overweight\\_and\\_obesity\\_in\\_school\\_children\\_in\\_Liguria\\_Italy](https://www.researchgate.net/publication/289187753_Eating_behavior_and_risk_factors_for_overweight_and_obesity_in_school_children_in_Liguria_Italy)
- COANUTRICIÓN. (2014). Taller de antropometría y composición corporal. COANUTRICIÓN, Nutrir es prevenir. Recuperado de

[http://asociaciondenutrologia.org/sites/default/files/docs-eventos/Temario\\_TACP2014Antropometria.pdf](http://asociaciondenutrologia.org/sites/default/files/docs-eventos/Temario_TACP2014Antropometria.pdf)

- Contreras, O., Gil, P., García, L., Fernández, J., & Pastor, J. (2012). Incidencia de un programa de educación física en la percepción de la propia imagen corporal. *Revista de Educación*, 357, 281-303. doi: 10-4438/1988-592X-RE-2010-357-061
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación en estadística y psicología*. México: Manual Moderno.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairbum, C. (1987). The development and validation of de Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorder*, 6, 485-494. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/229632542\\_The\\_development\\_and\\_validation\\_of\\_the\\_Body\\_Shape\\_Questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/229632542_The_development_and_validation_of_the_Body_Shape_Questionnaire)
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C., ... Arancibia, M. (2016). Influence of sociocultural factors on body image from the perspective of adolescent girls. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 116-124. doi:10.1016/j.rmta.2016.05.
- Cruz-Sáez, M, S., Pascual, A., Wlodarczyk, A., Polo-López, R., & Echeburúa, E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 935-940. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112016000400026](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000400026)
- Del Campo, J. M., González, L., & Gámez, A. (2015). Relación entre el índice de masa corporal, el porcentaje de grasa y la circunferencia de cintura en universitarios. *Investigación y Ciencia*, 23(65), 26-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/674/67443217004.pdf>
- Díaz, F. & Franco, K. (2012). Desarrollo y validación inicial de la Escala Estimación y Consumo de Alimento (ECA). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 38-44. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v3n1/v3n1a5.pdf>
- Díaz, M., Rodríguez, F., Martín, C., & Hiruela, M. V. (2003). Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención Primaria*, 32(7), 403-9. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-relacionados-con-trastornos-13053467>
- Dohnke, B., Steinhilber, A., & Fuchs, T. (2014). Adolescent's eating behavior in general and in the peer context: Testing the Prototype-Willingness Model. *Psychology and Health*, 30(4), 381-399. doi: 10.1080/08870446.2014.974604
- Duerenber, P., Weststrate, J., & Seidell, J. (2007). Body mass index as measure of body fatness: age and sex specific prediction formulas. *British Journal of Nutrition*, 56(2), 105-114. doi: 10.1079/bjn19910073

- Escolar-Lamazares, C., Martínez, M. A., González, A., Medina, M. Y., Begoña, M., Mercado, E., & Lara, F. (2017). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista Mexicana de los Trastornos Alimentarios*, 8(2), 105-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4257/425752776003.pdf>
- Escoto, M. C., Bosques-Brugada, L. E., Cervantes-Luna, B. S., Camacho-Ruiz, E. J., Díaz, I., & Rodríguez, G. (2016). Adaptation and psychometric properties of Body Esteem Scale in Mexican women and men. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 97-104. doi: 10.1016/j.rmta.2016.08.001
- Esnaola, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 183-195. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832486012>
- Farré, R. (2012). *Manual práctico de nutrición y salud*. España: Kellogg España.
- Figueroa-Rodríguez, A., García-Rocha, O., Revilla-Reyes, A., Villareal-Caballero, L., & Unikel-Santoncini, C. (2010). Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 31-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/4577/457745506006/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). *La adolescencia: una etapa fundamental*. Nueva York: UNICERF.
- Franco, K., Díaz, F. J., López-Espinoza, A., Escoto, M. C., & Camacho, E. J. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia Psicológica*, 31(2), 219-225. doi: 10.4067/S0718-48082013000200008
- Franco, K., Martínez, A. G., Díaz, J., López-Espinoza, A., Aguilera, V., & Valdés, E. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 102-111. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v1n2/v1n2a2.pdf>
- Franco-Paredes, K., Díaz-Reséndiz, F., Santoyo-Telles, F., & Hidalgo-Ramussen, C. A. (2017). Conductas y actitudes alimentarias anómalas y calidad de vida relacionada con la salud en niños. *Revista de Psicología*, 26(2), 1-10. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v26n2/0719-0581-revpsicol-26-02-00040.pdf>
- Franzoi, S. L., & Shields, S. A. (1984). The Body Esteem Scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 173-178. doi:10.1207/s15327752jpa4802\_12
- Frenk, J., Tapia, R., Velázquez, O., Lara, A., Tapia, F., Martínez, Y., ... Cisneros, M. (2002). *Toma de medidas clínicas y antropométricas*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf>

- Fundación Imagen y Autoestima, IMA. (2013). Imagen corporal. Recuperado de <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion/imagen-corporal>
- Gaete, M. V., López, C., & Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes jóvenes. *Revista de Medicina Clínica Condes*, 23(5), 566-578. Recuperado de [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20médica/2012/5%20sept/7\\_Dra-- Maria-Veronica- Gaete-P.- 17.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20médica/2012/5%20sept/7_Dra-- Maria-Veronica- Gaete-P.- 17.pdf)
- Gámez, E., Marrero, H., Díaz, J. M., & Urrutia, M. (2015). ¿Qué esperan encontrar los alumnos en los estudios de Psicología? Metas y motivos personales de los estudiantes en su primer año en la universidad. *Anales de Psicología*, 31(2), 589-599. doi: 10.6018/analesps.31.2.171851
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. México: Manual Moderno.
- García, E., & Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Nueva York: Brunner/Meisel.
- Garner D. M. & Garfinkel P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. doi: 10.1017/S0033291700030762
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, V., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(1), 871-878. doi: 10.1017/S0033291700049163
- Gibbons, F., Gerrard, M., Ouellette, J., & Bruzette, R. (2007). Cognitive antecedents to adolescent health risk: Discriminating between behavioral intention and behavioral willingness. *Psychology and Health*, 13(2), 319-339. doi: 10.1080/08870449808406754
- Gleaves, D. H., Brown, J. D., & Warren, C. S. (2004). The continuity/discontinuity models of eating disorders. *Behaviour Modification*, 29(6), 739-762. doi:10.1177/0145445503259859
- Gonçalves, S. F., Machado, B. C., & Machado, P. P. P. (2011). O papel dos factores socioculturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: uma revisão da literatura. *Psicologia Saúde de Debates*, 12(2), 280-297. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862011000200009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862011000200009)
- González, E. (2013). Composición corporal: Estudio y utilidad clínica. *Endocrinología y Nutrición*, 60(2), 49-110. doi: 10.1016/j.endonu.2012.04.003
- González, M., Plasencia, D., Jiménez, S., Martín, I., & González, T. (2009). *Temas de nutrición: Nutrición básica*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

- Gómez-Peresmitré, G. (2000). *Escala de factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria: Prevención primaria y factores de riesgo de trastornos alimentarios*. México: UNAM
- Griffiths, S., Murray, S. B., Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., Harrinson, C., & Mond, J. M. (2017). Sex differences in quality of life impairment associated with body dissatisfaction in adolescents. *Journal of Adolescents Health*, 61(1), 77-82. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X17300599>
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpardo-Hernández, S., Franco, A., & Cuevas-Nasu, et al. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados nacionales*. Cuernavaca, MÉXICO: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Guzmán-Saldaña, R., Saucedo-Molina, T. J., García, M., Galván, M., & del Castillo, A. (2017). Imagen corporal e índice de masa corporal en mujeres indígenas del estado de Hidalgo, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 56-62. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4257/425749960007.pdf>
- Hernán, D. (2015). Influencia del modelo estético corporal prevalente e insatisfacción con la imagen corporal en estudiantes de escuela secundaria básica. *Revista Mexicana de los Trastornos Alimentarios*, 6(2), 91-96. doi: 10.1016/j.rmta.2015.08.001
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F: Mc Graw Hill.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340. Recuperado de <http://persweb.wabash.edu/facstaff/hortonr/articles%20for%20class/Higgins.pdf>
- Hoek, H. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336-339. doi: 10.1097/YCO.0000000000000282
- Hsien-Jin, T. (2000). Sociocultural and developmental theories as explanations of body image dissatisfaction amongst secondary school girls. *Malaysian Journal of Psychiatric*, 8(1), 15-21. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.498.4215&rep=rep1&type=pdf>
- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez, E. M., & Celis, A. J. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(1), 2-21. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/43203499/DEFINICION-CONCEPTUAL-DE-LAS-ALTERACIONES-DE-LA>

- INFONUTRICION. (15 de octubre 2012). Exploración física y medidas antropométricas. Recuperado de <http://infunutricion.com/estado-nutricional-exploracion-fisica-medidas-antropometricas/>
- Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos. (2019). Índice de masa corporal. Recuperado de [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007196.htmint\\_Body\\_Dissatisfaction\\_and\\_Psychological\\_Distress\\_A\\_Pro prospective\\_Analysis](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007196.htmint_Body_Dissatisfaction_and_Psychological_Distress_A_Pro prospective_Analysis)
- International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders, IFSO. (2013). Cirugía de la obesidad. Recuperado de [https://www.ifsolatinoamericano.com/interior.php?id\\_intebloques=2](https://www.ifsolatinoamericano.com/interior.php?id_intebloques=2).
- Intramed. (2007). ¿Es útil medir la circunferencia de la cintura? Intramed, Medicina General. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=48957>
- Islas, M. (2017). *Análisis funcional de la higiene del sueño en niños mediante un autorregistro para dispositivos móviles* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, San Agustín Tlaxiaca.
- Jenaro, C., Flores, N., Bermejo, B., & Cruz, M. (2011). Cuestionario de la Imagen Corporal para la detección temprana de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Acción Psicológica*, 8(1), 7-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3440/344030765001.pdf>
- Jiménez-Valderrama, R. E. (2007). *Distribución de las conductas alimentarias de riesgo y su relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) en estudiantes del primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo* (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo.
- Johnson, A., Balasubramanya, B., Jaimol, S., Shaiby, S., Gifty, S., & Britto, R. (2015). Body image perception and nutritional status of adolescents in a school in rural south. *Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health*, 11(4), 269-278. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&sid=feff742d-920d-4abf-a45d-a5f5b901b181%40sessionmgr101>
- Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Abnormal psychology*, 114(1), 119-125. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/8022965\\_Dietary\\_Restra](https://www.researchgate.net/publication/8022965_Dietary_Restra)
- Kaewpradub, N., Kiatrungrit, K., Hongsanguansri, S., & Pavasuthipaisit, C. (2017). Association among internet usage, body image and eating behaviors of secondary school students. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29(4), 208-217. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/320088282\\_Association\\_Among\\_Internet\\_Usage\\_Body\\_Image\\_and\\_Eating\\_Behaviors\\_of\\_Secondary\\_School\\_Students](https://www.researchgate.net/publication/320088282_Association_Among_Internet_Usage_Body_Image_and_Eating_Behaviors_of_Secondary_School_Students)

- Kantor, J. R. (1971). *The aim and progress of psychology and other sciences: a selection of papers*. Chicago: Principia Press.
- Kollei, I., Brunhoeber, S., Rauh, E., Zwaan, M., & Martin, A. (2012). Body image, emotions and thought control strategies in body dimorphic disorder compared to eating disorders and healthy control. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 321-327. doi: 10.1016/j.jpsichores.2011.12.002
- Lagos, R., Quilodrán, V., & Viñuela, N. (2012). Percepción de la imagen corporal de mujeres y hombres de primer año ingreso 2010, en la Universidad Autónoma de Chile, sede Temuco, región de la Araucanía. *EFDeportes*, 1(169), 1-4. Recuperado de <https://www.efdeportes.com/efd169/percepcion-de-la-imagen-corporal.htm>
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 23-33. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730102>
- Lara-Cortez, C. I., & Saucedo-Molina, T. J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(3), 60-67. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13973>
- Larraín, E., Camus, J., Orellana, Y., & Arrieta, M. (2009). Estimación de la validez de constructo y consistencia interna de la escala de impacto de las imágenes femeninas presentadas por los medios de comunicación sobre adolescentes mujeres. *Terapia Psicológica*, 27(1), 27-39. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/785/78511885003/>
- Leiderman, E. A., & Triskier, F. J. (2004). Actitudes, conductas alimentarias y rasgos obsesivo-compulsivos en adolescentes de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 15(1), 175-179. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945002.pdf>
- Lizardo, A., & Díaz, A. (2011). Sobrepeso y obesidad infantil. *Revista Médica Hondureña*, 7(4), 208-213. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-4-2011-9.pdf>
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960>
- López, M. M., Bellido, D., Vidal, J., Soto, A., García, K., & Hernández-Mijares, A. (2010). Distribución de la circunferencia de la cintura y de la relación circunferencia de la cintura con respecto a la talla según la categoría del índice de masa corporal en los pacientes atendidos en consultas de endocrinología y nutrición. *Endocrinología y Nutrición*, 57(10), 1-3. doi: 10.1016/j.endonu.2010.06.009
- López, T. (2012). Conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes de la zona de influencia de la UMF 66.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de [www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Tania.pdf](http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Tania.pdf)

- Maldonado-Gómez, A. R., Gallegos-Torres, R. M., García-Aldeco, A., & Hernández-Segura, G. A. (2017). Epidemiología de sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios de Chilpancingo, Guerrero. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Salud*, 6(12). doi: 10.23913/rics.v6i12.55
- Mancilla-Díaz, J. M., Lameiras-Fernández, M., Vázquez-Arévalo, R., Alvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., & Téllez-Girón, M. T. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de los Trastornos Alimentarios*, 1, 36-47. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v1n1/v1n1a5.pdf>
- Mariscal, G. L. (2013). Influencias socioculturales asociadas a la percepción corporal en niño(a)s: una revisión y análisis de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 58-67.
- Martínez, E. (2010). Composición corporal: Su importancia en la práctica clínica y algunas técnicas relativamente sencillas para su evaluación. *Salud Uninorte*, 26(1), 98-116. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81715089011>
- Martínez, M. A., Berengüi, R., & Fayos, E. J. (2016). Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36(1), 54-63. doi: 10.12873/361castejon
- Mason, C., & Katzmarzyk, P. T. (2009). Variability in waist circumference measurements according to anatomic measurement site. *Obesity*, 17(9), 1789-1795. doi:10.1038/oby.2009.87
- McDermott, E., Mullen, G., Moloney, J., Keegan, D., Byrne, K., Doherty, G. A.,... Mulcahy, H. E. (2015). Body image dissatisfaction: clinical features, and psychosocial disability in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(2), 353-60. doi: 10.1097/MIB.000000000 000287
- McKinley, N. M., & Hyde J. S. (1996). The objectified body consciousness scale development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20(2), 181-215. doi: 10.11/j.1471-6402.1996.tb00467.x
- Méndez, J.P., Vázquez-Velázquez, V., García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a14.pdf>
- Meneses, M., & Moncada, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 3(1), 13-34. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3111/3z11126259002.pdf>
- Mérida, C., & López, R. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de

secundaria de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigación Psicológica*, 1(10), 69-85. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322013000200007&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322013000200007&script=sci_abstract)

Miranda, V.R. (Octubre/Diciembre 2012). Trastornos de alimentación en estudiantes de secundaria y bachillerato en Hidalgo. *Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud*. Recuperado de <http://salud.hidalgo.gob.mx/wp-content/Documentos/gaceta/gaceta1.pdf>

Moncayo, M. (2016). Complicaciones médicas de las conductas de purga: consecuencias en la alimentación. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 1(24), 2604-2625. Recuperado de [http://www.tcasevilla.com/archivos/complicaciones\\_medicas\\_de\\_las\\_conductas\\_purgativas3.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/complicaciones_medicas_de_las_conductas_purgativas3.pdf)

Molina, N. (2005). ¿Qué es el estado del arte? *Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular*, 1(5), 73-75. Recuperado de <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/view/1666>

Moral, J. (2011). Orientación sexual en adolescentes y jóvenes mexicanos de 12 a 29 años de edad. *Psicología desde el Caribe*, 1(27), 112-135. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n27/n27a06.pdf>

Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Medline*, 319(7223), 1467-8. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10582927>

National Eating Disorders Association. (NEDA; 2012<sup>a</sup>). Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios. Recuperado de <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandouts/Consecuenciasdesaluddelostrastornosalimenticios.pdf>

National Eating Disorders Association. (NEDA; 2016). Health consequences of eating disorders. Recuperado de <https://www.nationaleatingdisorders.org/health-consequences-eating-disorders>

National Eating Disorders Associations [NEDA]. (2012b). Ten steps to positive body image. Recuperado de <https://keltyeatingdisorders.ca/wp-content/uploads/2016/05/10StepsToPositiveBodyImage.pdf>

Navarro, A. R., Navarro, O., Munguía, P., Sosa-Sánchez, R. A., Lazcano, M., Ochoa, C., & Hernández, P. (2017). Hábitos alimentarios en una población de jóvenes universitarios (18-25 años) de la ciudad de Puebla. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 23(2), 31-37. doi: 10.14642/RENC.2017.2017.23. sup2.5176

Noelle-Neumann, E. (1974). The spiral of silence: a theory of public opinion. *Journal of Communication*, 24(2), 43-51. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1974.tb00367.x>

Ochoa, S. (2011). La actitud hacia la comida en estudiantes universitarios: validación y confiabilidad del Eating Attitudes Test (EAT-26). En J. C.

Sánchez, & M. E. Villareal (Eds.), *Tópicos de Psicología de la Salud en el Ámbito Universitario* (35-46). Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/belen/12topicospsicologiafinaljulio2011.pdf#page=35>

- Ojeda, R., & Cresp, M. (2011). Correlación entre índice de masa corporal y circunferencia de cintura en una muestra de niños, adolescentes y adultos con discapacidad de Temuco, Chile. *International Journal of Morphology*, 29(4), 1326-1330. doi: 10.4067/s0717-95022011000400043
- Olvera, L. (2015). *Cambios en la conducta alimentaria de los hombres*. México: Gaceta Digital UNAM. Recuperado de <http://www.gaceta.unam.mx/20150806/cambios-en-la-conducta-alimentaria-de-los-hombres/>
- Onis, L. (1990). *Terapia familiar y los trastornos psicossomáticos*. España: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Tablas de IMC para la edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y tablas de IMC para adultos(as) no embarazadas, no lactantes ≥ 19 años de edad*. Recuperado de [https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/FANTA-BMI-charts-Enero2013-ESPANOL\\_0.pdf](https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/FANTA-BMI-charts-Enero2013-ESPANOL_0.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ortega-Luyando, M., Alvarez-Rayón, G., Garner, D.M., Amaya-Hernández, A., Bautista-Díaz M.L., & Mancilla-Díaz, J.M. (2015). Revisión sistemática de las conductas alimentarias de riesgo: consideraciones metodológicas para la investigación epidemiológica. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 51-63. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n1/2007-1523-rmta-6-01-00051.pdf>
- Ortega-Roldán, B. (2012). *Insatisfacción corporal trastornos de la conducta alimentaria: Mecanismos emocionales y psicofisiológicos* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/21612936.pdf>
- Panero, J., & Zelnik, M. (1984). *Las dimensiones humanas en los espacios interiores*. México: Gill.
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. CDMX: Mc Graw Hill.
- Paredes, E. B., & Polanski, T. X. (2016). Orientación sexual en una muestra de universitarios de Quito, Ecuador. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 19-24. Recuperado de [http://www.revistapcna.com/sites/default/files/paredes\\_y\\_polanski\\_2016\\_orientacion\\_sexual.pdf](http://www.revistapcna.com/sites/default/files/paredes_y_polanski_2016_orientacion_sexual.pdf)
- Pérez, J., & Merino, M. (2013). *Definición de peso corporal*. Recuperado de <https://definicion.de/peso-corporal/>

- Pietrobelli, A., Heymsfield, S. B., Wang, Z. M., & Gallagher, D. (2001). Multi-component body composition models; recent advances and future directions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55(2), 69-75. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/12028114\\_Multi-component\\_body\\_composition\\_models\\_Recent\\_advances\\_and\\_future\\_directions](https://www.researchgate.net/publication/12028114_Multi-component_body_composition_models_Recent_advances_and_future_directions)
- Pinel, C., Chacón, R., Castro, M., Espejo, T., Zurita, F., & Pérez, A. (2017). Diferencias de género en relación con el Índice de Masa Corporal, calidad de la dieta y actividades sedentarias en niños de 10 a 12 años. *Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física*, 31(1), 176-180. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/viewFile/49393/32170>
- Pino, J.L., López, M.A., Moreno, A. A., & Faúndez, T. P. (2010). Percepción de la imagen corporal, del estado nutricional y de la composición corporal de estudiantes de nutrición y dietética de la Universidad del Mar, Talca, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(3), 1-8. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v37n3/art07.pdf>
- Prunzinsky, T. & Cash, T.F. (1990). *"Integrative themes in body-image development, deviance, and change"*. New York: The Guilford Press.
- Quintana-Guzmán, E. M., Salas-Chávez, M. P., & Cartín-Brenes, M. (2014). Índice de masa corporal y composición corporal con deuterio en niños costarricenses. *Acta Pediátrica*, 35(3), 179-189. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000300003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000300003)
- Rabat, J. M., & Rebollo, I. (s.f). Medidas antropométricas. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/sas/hantequera/promsalud/wp-content/uploads/sites/20/2015/03/Alimentaci%C3%B3n-y-medidas-antropom%C3%A9tricas.pdf>
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>
- Raich, R. M., Torras, J., & Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5(1), 55-70. Recuperado de [https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1997/142834/psicon\\_a1997v5n1p55.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1997/142834/psicon_a1997v5n1p55.pdf)
- Rangel, L. S., Rojas, L. Z., & Gamboa, E. M. (2015). Sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios colombianos y su asociación con la actividad física. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 629-636. doi: 10.3305/nh.2015.31.2.7757
- Ríos, R. R. (2017). *Metodología para la investigación y redacción*. España: Servicios académicos Intercontinentales S.L.

- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4(7), 149-161. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/184/18400808.pdf>
- Rivarola, M. F., & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/802/80280205.pdf>
- Robles, J. L. Llimaco, M. J., & Villamar, G. I. (2014). Prevalencia de la Obesidad y Sobrepeso en Estudiantes, Docentes y Personal Administrativo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNEMI. *Revista Ciencia UNEMI*, 7(11), 9-18. <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/69/109>
- Rodríguez, B., Oudhof, H., González, N., & Unikel-Santoncini, C. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*, 33(4), 325-332. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58216022004>
- Rodríguez, J. (2013). *Alteraciones de la imagen corporal*. España: Síntesis.
- Rodríguez, P. M. (2017). *Valores de referencia de composición corporal para población española adulta, obtenidos mediante la antropometría, impedancia (BIA) tetrapolar e interacción de infrarrojos* (Tesis Doctoral). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/43420/>
- Rosen, J. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 143-166. doi: 10.1016/S1077-7229(05)80008-2
- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183. Recuperado de [http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08\\_171183.pdf](http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08_171183.pdf)
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 67-80. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/729/72912555004.pdf>
- Sánchez, J. C., Villareal, M. E., & Musitu, G. (2010). *Psicología y desórdenes alimenticios*. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sánchez-Armass, O., Drumond-Andrade, F. C., Wiley, A., Raffaelli, M., Arandillas-García, C., & UP AMIGOS 2008 Study Group (2012). Evaluation of the psychometric performance of the SCOFF questionnaire in a Mexican young adult sample. *Salud Pública de México*, 54(4), 375-382. doi: 10.1590/S0036-36342012000400007.
- Sánchez-Bernardos, M. L., Quiroga, M. A., Bragado, M. C., & Martín, S. (2004). Autodiscrepancias y relaciones interpersonales en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 582-586. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3035.pdf>

- Santana, S., & Espinosa, A. (2003). Composición corporal. *Acta Médica*, 11(1), 26-37. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol11\\_1\\_03/act05103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol11_1_03/act05103.htm)
- Saucedo-Molina, T. J., & Unikel, C. (2010). 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 Mental*, 33(1), 11-19. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n1>
- Saucedo-Molina, T. J., & Unikel, C. (2010a). 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 Mental*, 33(1), 11-19. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100002)
- Saucedo-Molina, T.J., Unikel-Santoccini, C. (2010b). Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(1), 60-69. doi:10.4067/s0717-75182010000100006
- Schilder, P. (1935). The image and the appearance of the human body: Studies in the constructive energies of the psyche. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 83(2), 227-228. Recuperado de [https://journals.lww.com/jonmd/Citation/1936/02000/The\\_Image\\_and\\_Appearance\\_of\\_the\\_Human\\_Body\\_.51.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/Citation/1936/02000/The_Image_and_Appearance_of_the_Human_Body_.51.aspx)
- Secretaría de Salud. (2012). *Norma oficial mexicana nom-043-ssa2-2012, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. Recuperado de <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR37.pdf>
- Shama, T., Cuevas, L., Rivera, J., & Hernández, M. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino (ENSANUT-MC)*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Sillero, M. (2005). *Teoría kinantropométrica*. Madrid: Facultad de Ciencias de la actividad física y el deporte.
- Slade, P.D. (1994). "What is body image?" *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497-502. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0005796794901368?via%3Dihub>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Soto, N., Marín, B., Aguinaga, I., Guillén-Grima, F., Serrano, I., Canga, N.,... Annan, J. (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2269-2275. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309238514048.pdf>

- Staudt, M. A., Rojo, N. M., & Ojeda, G. A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 156(1), 24-30. Recuperado de [http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6\\_156.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6_156.pdf)
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, E., & Stein, R. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanism. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836-840. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/15375798\\_Relation\\_of\\_Media\\_Exposure\\_to\\_Eating\\_Disorder\\_Symptomatology\\_An\\_Examination\\_of\\_Mediating\\_Mechanisms](https://www.researchgate.net/publication/15375798_Relation_of_Media_Exposure_to_Eating_Disorder_Symptomatology_An_Examination_of_Mediating_Mechanisms)
- Suverza, A., & Haua, K. (2010). *El ABC de la evaluación de estado de nutrición*. México: McGraw Hill.
- Thompson, J. K. & Cafri, G. (2007). *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J., Van Den Berg, P., Roehring, M., Guarda, A., & Heinberg, L. (2004). The Sociocultural Attitudes Appearance Scale – 3 (SATAQ – 3). Development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 293-304. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.10257>
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body- image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 5(10), 181-183. doi: 10.1111/1467-8721.00144
- Thompson, K. & Smolak, L. (2001). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Toro, J., Castro, J., Gila, A. & Pombo, C. (2005). Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *European Eating Disorders*, 13(5), 357-359. doi: 10.1002/erv.650
- Toro, J., Salmero, M., & Martinez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 147-151. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8178671>
- Trejo, P. M., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. E., & Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 150-160. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300006)
- Unikel, C., Díaz de León, C., & Rivera J. A. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 141-148. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.012

- Unikel, C., Díaz de León, C., & Rivera, J.A. (2017). *Conductas Alimentarias de Riesgo y Factores de Riesgo Asociados: Desarrollo y validación de instrumento de medición*. México: Casa Abierta al Tiempo.
- Unikel, C., Juárez, F., & Gómez, G. (2006). Psychometric properties of the Attitudes toward Body Figure Questionnaire in Mexican female student and patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 430-435. doi: 10.1002/erv.757
- Ureña-Molina, M.P., Pacheco-Milian, M., & Rondón-Ortega, M.J. (2015). Conductas alimentarias de riesgo y su relación con la imagen corporal en estudiantes de enfermería. *Ciencia y Cuidado*, 12(2), 57-71. Recuperado de <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/509/521>
- Urzúa, A., Avendaño, F., Díaz, S., & Checure, D. (2010). Calidad de Vida y conductas alimentarias en la preadolescencia. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(3), 282-292. Recuperado de [https://www.academia.edu/12851901/Urz%C3%BAa\\_A.\\_Avenda%C3%B1\\_F.\\_D%C3%ADaz\\_S.\\_Checure\\_D.\\_Calidad\\_de\\_Vida\\_y\\_conductas\\_alimentarias\\_en\\_la\\_preadolescencia.\\_Revista\\_Chilena\\_de\\_Nutrici%C3%B3n\\_2010.37\\_3\\_282\\_292](https://www.academia.edu/12851901/Urz%C3%BAa_A._Avenda%C3%B1_F._D%C3%ADaz_S._Checure_D._Calidad_de_Vida_y_conductas_alimentarias_en_la_preadolescencia._Revista_Chilena_de_Nutrici%C3%B3n_2010.37_3_282_292)
- Valero, E. (S.F). Antropometría. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de <http://www.insht.es/Ergonomia2/Contenidos/Promocionales/Diseno%20del%20puesto/DTEAntropometriaDP.pdf>
- Valtueña, S., Arijá, V., & Salas, J. (1996). Estado actual de los métodos de evaluación de la composición corporal: descripción, reproductibilidad, precisión, ámbitos de aplicación, seguridad, coste y perspectivas de futuro. *Medicina Clínica*, 106(1), 624-35. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielophp?script=sci\\_nlinks&ref=000087&pid=S0120-4157200700020000800007&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielophp?script=sci_nlinks&ref=000087&pid=S0120-4157200700020000800007&lng=es)
- Vaquero, A., Macías, O., & Macazaga, A. (2014). La práctica corporal y la imagen corporal: reconstruyendo significados. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 17(1), 163-176. doi: 10.6018/reifop.17.1.181921
- Vargas, W. V. (6 de abril 2017). Medios de comunicación y modelo estético corporal. *El Independiente de Hidalgo*. Recuperado de <https://www.elindependientedehidalgo.com.mx/medios-comunicacion-modelo-estetico-corporal/>
- Vázquez, R., Álvarez, G. L., & Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Revista de Salud Mental*, 6(23), 18-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262303.pdf>
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Alvarez, G., Mancilla, J.M., Caballero, A., & Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres

- mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 42-52. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n1/v2n1a5.pdf>
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G. L., Mancilla, J. M., & Oliva, A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 185-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211113.pdf>
- Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C., López, X., Alvarez, G., Ruiz, A. O., & Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020643005>
- Vereda, J. (2014). *Las mujeres cuidan su alimentación más que los hombres*. Recuperado de <https://actualidadgastronomica.es/las-mujeres-cuidan-su-alimentacion-mas-que-los-hombres/>
- Villalobos-Pérez, A. (2008). Características emocionales de estudiantes de psicología: un estudio basado en el enfoque de investigación formativa. *Avances de Psicología Latinoamericana*, 26(2), 252-269. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79926211>
- Villatoro-Villar, M., Mendiola-Fernández, R., Alcaraz-Castillo, X., & Mondragón-Ramírez, G. K. (2015). Correlación del índice de masa corporal y el porcentaje de grasa corporal en la evaluación del sobrepeso y la obesidad. *Revista de Sanidad Militar*, 69(1), 568-578. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2015/sm156i.pdf>
- Voelker, D., Reel, J., & Greenleaf, C. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent Health Medicine and Therapeutics*, 6, 149-158. doi: 10.2147/AHMT.S68344
- Wang, Z. M., Pierson, R. N., & Heymsfield, S. B. (1992). The five-level method: a new approach to organizing body-composition research. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 56(1), 19-28. doi: 10.1093/ajcn/56.1.19
- Westmoreland, P. Mori, J. K., & Mehler, P. S. (2016) Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American Journal of Medicine Home Page*, 129(1), 30-37. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.06.031.
- World Health Organization. (WHO; 2005). *Gender and Health Research Series*. Recuperado de <https://www.who.int/gender/documents/MentalHealthlast2.pdf>
- Zaragoza, J. (2012). *Factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Estudio comparativo entre estudiantes francófonos de la Universidad de Moncton, Canadá y estudiantes hispanos de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México* (Tesis de Maestría). Instituto de Ciencias de la Salud, San Agustín Tlaxiaca.
- Zaragoza, J., Saucedo-Molina, T. J., & Fernández, T. L. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de

masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61(11), 20-27. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivoslatinoamericanosdenutricion/2011/vol61/no1/3.pdf>

Zueck, M. C., Solano, N., Benavides, E. V., & Guedea, J. S. (2016). Imagen corporal en universitarios mexicanos: diferencias entre hombres y mujeres. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 30, 171-176. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5529619>

# Anexos

## Anexo 1 Cédula de datos generales

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Instituto de Ciencias de la Salud  
Área Académica de Psicología  
Responsable: Dra. María Leticia Bautista Díaz



### Cédula de Datos Antropométricos



Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marca con una "X" o responde según lo que se solicita en cada número.

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 3. Grupo: \_\_\_\_\_

4. ¿Realizas ejercicio?

Si ( ) No ( )

5. Si tu respuesta fue sí, escribe qué tipo de actividad realizas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Desde cuándo la realizas: \_\_\_\_\_

7. Cuántos días a la semana la realizas: \_\_\_\_\_

8. Cuánto tiempo dedicas por día: \_\_\_\_\_

9.Cuál es tu objetivo de realizar actividad física:

a) Recreación      b) Control de peso      c) Otro (indica cuál) \_\_\_\_\_

8. Cómo consideras que es tu peso corporal: Normal ( ) Sobrepeso ( ) Obesidad ( ) Otra (indica cuál)

**Por favor, no contestes esta parte**

Peso: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

¡Muchas gracias por tu colaboración!



## Anexo 2

### Test de Actitudes Alimentarias-26 (EAT-26, por sus siglas en inglés)

EAT-26

**Instrucciones:** Anota una X en el espacio que corresponda a la opción que mejor describa tu comportamiento o lo que piensas.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me aterroriza tener sobrepeso.						
2. Procuero no comer aunque tenga hambre.						
3. Me preocupa la comida.						
4. Me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
7. Evito especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (e.g. pan, arroz, papas, etc.).						
8. Siento que los demás preferirían que yo comiera más						
9. Vomito después de haber comido.						
10. Me siento muy culpable después de comer.						
11. Me ocupo en buscar estar delgado/a.						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
15. Al comer, tardó más tiempo que las otras personas.						
16. Evito comer alimentos que contienen azúcar.						
17. Consumo alimentos dietéticos.						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
19. Me controlo en las comidas.						
20. Siento que los demás me presionan para que coma.						
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
23. Hago dietas.						
24. Me gusta sentir el estómago vacío.						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

Gracias

\*Adaptado a población mexicana en el Proyecto de Investigación en Nutrición, UNAM-FES Iztacala. Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala. Teléfonos 56 23 11 13 ó 15, Exts. 409 ó 410., Fax 53 90 76 04.

## Anexo 3

### Cuestionario de imagen corporal (BSQ, por sus siglas en inglés)

**BSQ**

#### INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual.
3. Al contestar cada pregunta, hazlo lo más verídicamente posible.
4. No hay respuestas "correctas" ni "incorrectas".
5. Especifica tu respuesta anotando una X la opción que más se adecúe a lo que piensas o haces.
6. Recuerda que la información que proporcionas será confidencial.

<b>Nombre:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____ <b>Edad:</b> _____ <b>Escolaridad:</b> _____ <b>Peso:</b> _____ <b>Estatura:</b> _____ <b>Procedencia:</b> _____	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Bastantes veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1. Cuando no tienes nada que hacer ¿te has preocupado por tu figura?						
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tus muslos, cadera o pompas son demasiado grandes en relación con el resto de tu cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo de engordar?						
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?						
6. Sentirte lleno(a) después de una gran comida ¿te ha hecho sentir gordo(a)?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
8. ¿Tratas de no correr para evitar que tu carne se mueva?						
9. Estar con personas delgadas ¿te ha hecho fijarte en tu figura?						
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11. El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gordo(a)?						
12. Al fijarte en la figura de otras personas ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
13. Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la T.V., lees o mantienes una conversación)?						
14. Estar desnudo(a) (p. ej. cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir gordo(a)?						

Adaptado a población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición, UNAM-FES-Iztacala

## Anexo 4

### Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-40)

CIMEC- FEMENINO

#### INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual, sin consultar a nadie.
3. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible.
4. Especifica tu respuesta anotando una X en el círculo que contenga la opción que más se adecue a lo que piensas.
5. La información que proporcionas es confidencial.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Procedencia \_\_\_\_\_

	a	b	c
1. Cuando estás viendo una película ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	Sí, más de 2 _____	Sí, 1 ó 2 _____	No, ninguna _____
3. Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____
4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____
5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión de productos adelgazantes?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____
7. Entre tus compañeras y amigas ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____
8. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____
9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____
10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____
11. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gorda) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____
12. Cuando vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____

Adaptado a población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición, UNAM-FES IZTACALA.

## Anexo 5

### Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal CIMEC-17

#### CIMEC-17- MASCULINO

##### INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual, sin consultar a nadie.
3. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible.
4. Especifica tu respuesta anotando una X en la opción que más se adecue a lo que piensas.
5. Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes.

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Cuando estás viendo una película ¿miras a los actores fijándote especialmente en si son gordos o delgados?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____
2. Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____
3. ¿Envidias el cuerpo de los gimnastas, nadadores o de los muchachos que practican otros deportes para hombres?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____
4. ¿Te angustia ver pantalones u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____
5. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión de productos ejercitantes?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____
6. ¿Te atrae y a la vez te angustias (por el hecho de verte gordo) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____
7. ¿Has hecho régimen para aumentar tus músculos alguna vez en tu vida?	Sí, más de dos veces _____	Sí, 1 ó 2 veces _____	No, nunca _____
8. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos ejercitantes que aparecen en las revistas?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____
9. ¿Crees que tus amigos y compañeras están preocupados por excesivo volumen de tú cadera y muslos?	Sí, siempre _____	Sí, a veces _____	No, nunca _____
10. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____
11. ¿Te angustian los anuncios que invitan a ejercitarte?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____
12. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de aumentar tu musculatura durante alguna temporada?	Más de tres temporadas _____	1 ó 2 temporadas _____	No, nunca _____
13. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?	Sí, mucho _____	Sí, algo _____	No, nada _____

## Anexo 6 Consentimiento informado



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Instituto de Ciencias de la Salud  
Área Académica de Psicología



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Investigadora Responsable: **Dra. María Leticia Bautista Díaz**. Ubicación: cubículo 21 (arriba de la cafetería). Teléfono: 771 2000, Ext. 4344. Correos electrónicos: [psile\\_7@yahoo.com.mx](mailto:psile_7@yahoo.com.mx), [maria\\_bautista@uaeh.edu.mx](mailto:maria_bautista@uaeh.edu.mx). Sede donde se realizará el estudio: Instalaciones del Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Como parte de las actividades que se realizan en el Área Académica de Psicología, del Instituto de Ciencias de la Salud, UA-EH, la Dra. María Leticia Bautista Díaz, coordina una investigación sobre psicología de la salud y se le está invitando a participar en dicha investigación. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta carta de consentimiento, de la cual se le entregará una copia.

**OBJETIVO DEL ESTUDIO:** Evaluar variables asociadas al comportamiento alimentario en universitarios.

**BENEFICIOS DEL ESTUDIO:** Permitirá conocer las variables vinculadas al comportamiento alimentario en los universitarios.

**PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO**

De aceptar participar en el estudio, contestará algunos cuestionarios (con un tiempo de respuesta aproximado de 45 minutos) y se registrarán sus medidas de peso y estatura.

**ACLARACIONES**

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria y se garantiza la confidencialidad de los datos. El estudio no tiene consecuencias de ningún tipo. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago por su participación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee. Los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos de forma grupal.

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Convengo en participar en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del participante

/ \_\_\_/\_\_\_/201  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

Acepto que conozco y me apego a la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos.

*Bautista*

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha