



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**PSICOLOGÍA Y SALUD**

**EL ROL DE LA AUTOESTIMA, FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES SOBRE LA  
INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LA DIETA RESTRICTIVA.**

**T E S I S**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:**

**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**ADRIANA AMAYA HERNÁNDEZ**

**TUTOR PRINCIPAL**

**DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ**  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

**COMITÉ TUTOR**

**DRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN**  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

**DRA. JUDITH MARINA MENEZ DÍAZ**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

**DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

**DR. JOSÉ IGNACIO MARTÍNEZ GUERRERO**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

**MÉXICO, D.F., SEPTIEMBRE, 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A mi **ALMA MATER**, la **Universidad Nacional Autónoma de México** que desde hace 15 años me brindó la valiosa oportunidad de crecer académica y profesionalmente en sus aulas. Por su generoso apoyo para explorar nuevos horizontes y ampliar los propios.

¡Cómo no te voy a querer!

Agradezco al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología** por la beca otorgada para estudios de posgrado (número de registro 223195). Así como el financiamiento parcial por parte de los proyectos de investigación: **DGAPA/UNAM** (IN305912) y **CONACyT** (131865-H).

Un especial agradecimiento a las **autoridades** y los **alumnos de las instituciones educativas participantes**, ya que sin su valiosa colaboración esta investigación no hubiera sido posible.

## AGRADECIMIENTOS

A **mis padres** quienes fueron mi inspiración, el aliento que día tras día me dio las fuerzas para seguir adelante. Gracias por su apoyo y por los sacrificios que representó esta meta para ustedes. Este doctorado no es sólo mío, es un logro de los tres.

A **mis hermanos** Juan Carlos, Alejandra, Joel y Rodrigo por siempre estar dispuestos a escuchar mis aventuras en el doctorado, por su apoyo para alcanzar mis sueños, por el tiempo que deje de compartir con ustedes por esta meta, pero ante todo gracias por ser mis hermanos mayores que me protegen y me guían en esta aventura llamada vida.

Dedico este logro a **mis sobrinos**: Iván, Aldo, Juan Carlos, Víctor Hugo, Karla Paola, Silvana, Vale, Natalia y los que vengan. Para que este escrito no sea una obligación para ustedes, sino un ejemplo de que los sueños por más lejanos e inalcanzables que parezcan, con dedicación y corazón pueden llegar a ser una realidad.

La parte más difícil de expresar en esta tesis es el agradecimiento a mi tutor **Juan Manuel**, para quien no encontré las palabras exactas, ni tendré el tiempo suficiente para demostrarle mi agradecimiento por todo lo que ha hecho de mi carrera profesional. Gracias por la paciencia que me tienes, por dejarme cometer errores y aprender de ellos, por dejarme ir sola construyendo este proyecto pero siempre con tu valiosa guía, por enseñarme a confiar en mis decisiones y capacidades, por confiar en mí y porque sé que siempre contaré con tu apoyo. Es para mí un orgullo que tu seas mi mentor.

A **Gina** por ser una inspiración y ejemplo de amor, dedicación y entrega a la profesión. Gracias por tus enseñanzas y tu apoyo sin límites. A la **Dra. Marina Ménez** por sus valiosas contribuciones encaminadas a la mejora de este proyecto. A la **Dra. Emilia Lucio** por sus observaciones y disposición para revisar continuamente este trabajo y por la confianza que tuvo en mi persona y mi trabajo. Al **Dr. José Ignacio Martínez** por su apoyo incondicional en la recta final de este proceso, gracias por sus enseñanzas en clase y por sus aportaciones a este proyecto.

A **Vero, Trini, Kary, Rosalia, Xochitl, Erick** y **Melissa** que desde el primer día en que llegué al PIN me brindaron su apoyo, en un principio como alumna y posteriormente como parte de su equipo de trabajo. Gracias por todas sus enseñanzas.

To **David M. Garner Ph.D** for his great contribution to my training as a professional. Thank you for your valuable contributions to this work, for the professional and personal experiences shared... just thanks for your unconditional support and guidance.

A **Mayaro** que se apropió de este proyecto tanto como yo. Gracias por desvelarte conmigo, por dar el cien por ciento de tu persona y por tu compromiso en cada una de las aplicaciones. Gracias por las risas, las pláticas que tuvimos por horas, las bromas que si bien no beneficiaron directamente a este trabajo si ayudaron a liberar el estrés y recargar la pila para seguir trabajando. Muchas gracias por todo tu apoyo. A **Lety** que fungió como una tutora no oficial, que me ayudo a resolver las dudas o a hacerlas más grandes jaja. Gracias por la amistad brindada, por el apoyo, por el buen humor que te caracteriza y por la complicidad en todo lo que hacemos.

A **Ely**, con quien empecé esta aventura llamada Doctorado, por todas las veces que nos preocupamos y nos reímos juntas de los aciertos y los errores que cometimos en el camino. Gracias por siempre estar cuando más te necesite, especialmente cuando salvabas mis documentos jaja. A **Brenda** y **Mary** por su compañerismo en este proceso, por todas sus enseñanzas en estadística, power point y tecnología, pero sobre todo gracias por las risas y las bromas que aligeraron el trabajo.

A **LuzMa. Luyando** y **Cheque** por distraerlos de sus actividades, para traducir cada uno de los instrumentos empleados en este proyecto, les agradezco su participación en esta tarea que sólo expertos como ustedes podían lograr. Aprecio en demasía su apoyo.

A **Karen, David, Sergio, Mario** y **Miguel** mis entrañables amigos que, a pesar de la distancia y del tiempo, aún sigo contando con sus comentarios sarcásticos y groseros para sobrellevar las presiones y el exceso de trabajo. Gracias por ser la antítesis de un amigo, que ha permitido forjar una amistad desinteresada, llena de confianza, sinceridad y mucho cariño. A **Paty, Lily, Temis, Iliana** y **Miri** por los esporádicos encuentros que mantienen nuestra amistad y por el vivo interés por mis logros académicos y personales. A **Alekz** por la amistad edificada en este camino, por las largas charlas, por el soporte emocional, por compartir los logros, los miedos, las aspiraciones, por la complicidad y hasta por los dramas; simplemente gracias por tu apoyo implícito y explícito.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>9</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>12</b>
1. Teorías del desarrollo humano .....	12
1.1. Etapas del desarrollo humano .....	13
1.1.1. Preadolescencia o Pubertad .....	14
1.1.2. Adolescencia .....	16
1.1.3. Juventud o Adulthood temprana .....	18
2. Trastornos del Comportamiento Alimentario .....	19
2.1. Insatisfacción corporal .....	22
2.2. Dieta restrictiva .....	26
2.3. Factores psicológicos .....	29
2.3.1. Autoestima .....	29
2.4. Factores socioculturales .....	31
2.4.1. Influencia de pares .....	32
2.4.2. Interiorización del ideal corporal .....	34
3. Modelos explicativos de la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva .....	36
3.1. Modelos teóricos .....	36
3.2. Modelos empíricos .....	39
<b>Objetivos</b> .....	<b>49</b>
<b>Hipótesis</b> .....	<b>50</b>

---

<b>MÉTODO</b>	<b>52</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>60</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>98</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>100</b>
<b>APÉNDICES</b>	<b>118</b>

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue conocer, en diferentes etapas del desarrollo humano, el rol de la autoestima, así como de factores biológicos (sexo e índice de masa corporal) y socioculturales (influencia de pares e interiorización del ideal corporal) en la predicción de insatisfacción corporal y dieta restrictiva. Para ello se contó con la participación de mujeres ( $n = 308$ ) y hombres ( $n = 292$ ) estudiantes de nivel básico a superior, de entre 10 y 24 años de edad, quienes respondieron cinco cuestionarios de autoreporte: Test de Actitudes Alimentarias (o su versión infantil), Cuestionario de Imagen Corporal-16, Escala de Autoestima de Rosenberg, Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia-versión Revisada, Inventario de Influencia de Pares sobre la Preocupación Alimentaria y una hoja de datos generales; además todos fueron pesados y medidos. Para el análisis estadístico de los datos se realizó *t* de Student, ANOVA, correlaciones de Pearson y análisis de senderos; uno de los hallazgos más sobresalientes de este estudio fue que en todos los grupos de edades, el predictor por excelencia de la dieta restrictiva fue la insatisfacción corporal, mientras que esta última fue predicha, primordialmente, por influencia de pares e interiorización del ideal corporal, en tanto que el efecto de la autoestima, el sexo y el índice de masa corporal sobre la insatisfacción y la dieta fue mediado por factores socioculturales. Además, se observaron diferencias entre sexos y entre grupos de edades, siendo las mujeres y el grupo de adolescencia intermedia quienes obtuvieron puntuaciones más altas en todas las variables de estudio. A manera de conclusión se destaca que la presencia de insatisfacción corporal y dieta restrictiva es producto de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales, no obstante, estas interacciones difieren entre etapas de desarrollo.

**Palabras clave:** insatisfacción corporal, dieta restrictiva, desarrollo humano, factores biopsicosociales.

## ABSTRACT

The aim of this research was to know, in different stages of human development, the role of self-esteem, as well as biological (sex and body index mass) and sociocultural (peer influence and body ideal internalization) factors in the prediction of body dissatisfaction and restrictive diet. Participated women ( $n = 308$ ) and men ( $n = 292$ ) students from elementary school to college, among 10 to 24 years old, who answered five self-report questionnaires: Eating Attitudes Test (or its child version), Body Shape Questionnaire-16, Rosenberg Self-esteem Scale, Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire-Revised, Inventory of Peer Influence on Eating Concern and general data sheet; also each participant was weighed and height measured. ANOVA, *t Student*, Pearson correlations and path analysis were carried out; one of the most significant findings of this study was that in all age groups the best predictor of restrictive diet was body dissatisfaction, while peer influence and body ideal internalization were the best predictors of body dissatisfaction, whereas the effect of self-esteem, sex and body mass index on body dissatisfaction and restrictive diet was mediated by sociocultural factors. In addition, there were differences between gender and age groups, being women and intermediate adolescence group who had higher scores in all studied variables. In conclusion it is noted that the presence of body dissatisfaction and restrictive diet is product of the interaction among biological, psychological and sociocultural factors, nonetheless, these interactions are different in each stage of human development.

**Key words:** body dissatisfaction, restrictive diet, human development, biopsychosocial factors.

## INTRODUCCIÓN

Todo ser humano requiere de una alimentación completa, variada, suficiente, equilibrada y adecuada, que le aporte los nutrientes necesarios para un óptimo funcionamiento (Pinto & Carbajal, 2005). A partir de esta necesidad, pareciera que la alimentación y la nutrición son un mismo proceso, e incluso se les ha tratado como sinónimo, sin embargo, es pertinente destacar que a pesar de estar estrechamente relacionadas, cada una responde a propósitos diferentes.

La nutrición es el conjunto de procesos fisiológicos (digestión, absorción, transporte y metabolismo de los nutrientes) que se dan a partir de la ingestión de alimento y tiene como finalidad aportar los nutrientes que requiere el organismo, proceso que se caracteriza por ser semejante entre individuos. Mientras que la alimentación es considerada un acto voluntario y consciente por el cual se ingieren comestibles, y está condicionada por factores biológicos, psicológicos y sociales (Alvarez, Mancilla, Martínez, & López, 1998).

La alimentación y la nutrición son factores determinantes del desarrollo biológico, psicológico y social de todo ser humano, desde la fecundación hasta la senectud. Por lo cual es posible afirmar que en todas las etapas del desarrollo humano la alimentación y la nutrición desempeñan un papel fundamental, no sólo con el objetivo de crear bases biológicas y fisiológicas sanas, ya que también tienen un impacto en el desarrollo psicológico y social del individuo (Fuillerat, 2004), lo que permite deducir que a muy temprana edad se empiezan a formar hábitos y actitudes alimentarias que tienen un impacto en el desarrollo biopsicosocial de cada individuo. De acuerdo con Fuillerat, la alimentación tiene una estrecha relación con los factores psicológicos y sociales de cada individuo, ejemplo de ello son los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), los cuales se definen como las anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos y que conllevan alteraciones en la salud y el funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association [APA], 2013).

De acuerdo con la literatura, los TCA tienen su origen en la interacción de múltiples factores, siendo la insatisfacción con la imagen corporal el precursor potencial de estas psicopatologías (Alvarez et al., 2003; Thompson & Smolak, 2001), que se ha definido como el malestar con el cuerpo que desencadena conductas nocivas para la salud con la intención

de modificar la apariencia (Devlin & Zhu, 2001); entre estas conductas anómalas se puede identificar a la dieta restrictiva, que se caracteriza por la evitación intencional de alimentos (van Strien & Oosterveld, 2008), además de ser considerada la principal estrategia de modificación corporal entre mujeres, lo cual no descarta su práctica en población masculina (Garner, 2008; Mancilla et al., 2004, 2006; Ruíz et al., 2004).

A partir del análisis del papel trascendental de la imagen corporal en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, se han realizado diversas investigaciones que han intentado esclarecer la etiología de la insatisfacción corporal; sin embargo, entre los múltiples modelos explicativos existentes, fue el propuesto por Thompson —quien podría ser considerado pionero en el estudio de la imagen corporal— el que ha dado pie a investigaciones que permiten tener una mejor comprensión de la insatisfacción corporal (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999). En este modelo se considera que la insatisfacción corporal es el producto de factores socioculturales y psicológicos, pero se omiten los factores biológicos que también pueden estar involucrados en la satisfacción con la imagen corporal.

Por otra parte, Amaya, Alvarez, y Mancilla (2010) realizaron una revisión sistemática de artículos que tuvieron como propósito evaluar la insatisfacción corporal en interacción con variables biopsicosociales; entre los hallazgos reportados destacan los siguientes: 1. Las investigaciones revisadas se enfocaron principalmente en población femenina de entre 13 y 18 años de edad; 2. En general, la edad, el Índice de Masa Corporal (IMC), la influencia de pares y la dieta restrictiva correlacionaron positivamente con la insatisfacción corporal, mientras que la autoestima de forma negativa; 3. En preadolescentes, adolescentes y jóvenes adultos existen evidencias de que el IMC, la autoestima y la influencia de pares predicen la insatisfacción corporal, esta última —a su vez— fue precursor de la dieta restrictiva, sin embargo, estos datos han sido inconsistentes entre investigaciones; y 4. La interiorización del ideal corporal —definida como la aceptación de las normas sociales relacionadas a la apariencia física hasta el punto de modificar la conducta para aproximarse al estándar corporal socialmente impuesto (Thompson et al., 1999)— ha fungido como mediadora de la influencia de los pares, del IMC y de la autoestima sobre la insatisfacción corporal. Amaya et al. destacaron que estos resultados son derivados de estudios primordialmente realizados en muestras de adolescentes, por lo cual es necesario extender la investigación a participantes de otras edades.

Por lo tanto, la presente investigación tuvo como propósito conocer el rol de factores biológicos (sexo, índice de masa corporal), psicológicos (autoestima) y sociales (influencia de pares, interiorización del ideal corporal) en la predicción de insatisfacción corporal y dieta restrictiva en diferentes etapas del desarrollo.

## ANTECEDENTES

### 1. TEORÍAS DEL DESARROLLO HUMANO

Existen diferentes teorías que permiten entender el desarrollo humano, dentro de esa diversidad destacan la psicoanalítica, la cognoscitiva, la evolutiva, la contextual y del aprendizaje (Fernández, 2000; Kail & Cavanaugh, 2006; Papalia, Wendkos, & Duskin, 2010). Sin lugar a duda, cada una de estas teorías aporta puntos clave que permiten tener un mejor entendimiento del desarrollo humano. Sin embargo, en el presente trabajo se consideró la teoría del aprendizaje social propuesta por Albert Bandura, ya que mediante ésta se puede explicar la aceptación de los cánones de belleza expuestos por la sociedad.

La teoría de aprendizaje social enfatiza la importancia de los modelos sociales a lo largo del desarrollo humano (Bandura, 1977). Esta teoría sustenta que el aprendizaje se da a partir de la observación e imitación de modelos sociales, sin necesidad de reforzadores explícitos, a este proceso se le conoce como modelamiento o aprendizaje por observación (Bandura & Walters, 1963), el cual se caracteriza por cuatro procesos, los cuales son: 1. *Atención*, es necesario que el observador perciba el modelo y el significado de los hechos o conductas en cuestión; 2. *Retención de la información*, para poder reproducir la conducta aprendida cuando surja una situación propicia, a pesar de que para ello transcurra un largo periodo de tiempo; 3. *Representación de la conducta observada*; y 4. *Procesos motivacionales*, es indispensable que la persona esté motivada para reproducir la conducta (Fernández, 2000).

Bandura hizo hincapié en la importancia de los procesos cognitivos y motivacionales como aspectos centrales del desarrollo y el aprendizaje. Además de destacar que las conductas imitadas no son el resultado de un único modelo, sino de la combinación de diversos modelos, es por ello que también propuso la existencia de un mecanismo de autorregulación<sup>1</sup>, el cual permite comprender los cambios individuales de una persona a partir de la influencia de los agentes externos, entendidos como los padres, los pares, los modelos televisivos, etc., ya que las personas no cambian a cada momento, sino que mantienen posiciones ideológicas (Bandura & Walters, 1963). La teoría del aprendizaje social sostiene que los individuos aprenden de qué forma o en qué momento se pueden

---

<sup>1</sup> Definido como el control que una persona tiene sobre su propia conducta (Bandura, 1977).

manifestar ciertos comportamientos y cuáles son o no éticamente aceptables en la sociedad en que se encuentran inmersos (Delval, 1994; Fernández, 2000).

### 1.1. ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO

El desarrollo del ser humano implica cambios desde el nacimiento hasta la muerte, así es posible observar transformaciones en el desarrollo físico, entendidas como el crecimiento del cuerpo, con modificaciones en las capacidades sensoriales y las habilidades motoras; en el desarrollo cognoscitivo, el cual se define como la adquisición o el perfeccionamiento de habilidades mentales, entre las cuales se encuentran el aprendizaje, la atención, la memoria, el pensamiento y el razonamiento; y en el desarrollo psicosocial, el cual se caracteriza por cambios emocionales, de personalidad y en las relaciones sociales (Papalia et al., 2010).

Con la finalidad de estudiar el desarrollo humano y poder diferenciar la evolución a lo largo de éste, diversas organizaciones —nacionales e internacionales— han propuesto múltiples clasificaciones de las etapas del desarrollo, entre ellas se encuentra la sugerida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), que es la siguiente:

#### \* Niñez:

- \* Lactancia e infancia: nacimiento a 3 años.

- \* Niñez temprana: 3 a 6 años.

- \* Niñez media: 6 a 11 años.

- \* Preadolescencia o pubertad: 9 a 12 años en niñas y 10 a 13 años en niños.

#### \* Adolescencia:

- \* Temprana: 12 a 14 años en mujeres y 13 a 15 años en varones.

- \* Intermedia: 14 a 16 años en mujeres y 15 a 17 años en varones.

- \* Tardía: 16 a 18 años en mujeres y 17 a 18 años en varones.

#### \* Adultez:

- \* Temprana o juventud: en ambos sexos empieza a los 18 años y puede concluir entre los 30 y 40 años.

- \* Media: en ambos sexos de los 40 a 65 años.

- \* Tardía: en ambos sexos de los 65 años en adelante.

En este trabajo sólo se abordaron las etapas que van de preadolescencia a adultez temprana, ya que son consideradas las de mayor susceptibilidad para desarrollar un TCA, debido a los cambios psicológicos, físicos y cognoscitivos que en ellas se presentan y que a continuación se describen.

### 1.1.1. PREADOLESCENCIA O PUBERTAD

El desarrollo físico es lento en esta etapa, a pesar de ello es posible observar cambios considerables en cuanto a la estatura y el peso, los cuales son reflejo —al menos en parte— de la genética y de una adecuada alimentación, misma que es esencial para un desarrollo normal. En esta etapa las niñas son, en promedio, más altas que los niños, ya que el desarrollo físico es más acelerado en el sexo femenino. Además, en esta etapa se hacen presentes los cambios neurohormonales<sup>2</sup>, los cuales tienen como finalidad conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo, como resultado de esto se observa crecimiento de vello en pubis y axilas, incremento de grasa corporal, acné y aumento en el volumen de las mamas (Casas & Ceñal, 2005). Las habilidades motoras, atribuidas a actividades como correr, saltar, lanzar e interceptar pelotas son clave en esta etapa, sin embargo, en la actualidad han sido reemplazadas por el uso de los videojuegos u otras actividades sedentarias, las cuales pueden dar pie al desarrollo de sobrepeso u obesidad y, por consecuencia, a la preocupación por el peso o la forma corporal (Kail & Cavanaugh, 2006; Papalia et al., 2010).

Por otra parte, de acuerdo con Piaget, a partir de los siete años los niños pueden usar operaciones mentales para resolver problemas concretos, es decir, piensan de manera más lógica que antes porque a partir de esta edad consideran múltiples aspectos de una situación, tienen mejor comprensión de los conceptos espaciales, la causalidad, la categorización, así como el razonamiento inductivo y el deductivo; además de contar con la capacidad de formar un autoconcepto más amplio (Fernández, 2000; Flavell, 1985; Papalia et al., 2010).

Un elemento clave en la formación del autoconcepto en los niños es el grupo de pares, el cual adquiere mayor importancia a partir de la preadolescencia, porque durante ésta los

---

<sup>2</sup> La neurohormona “son proteínas que se sintetizan en un cuerpo neuronal y se transportan a través del axón hasta la terminación nerviosa para secretarse a la sangre” (De la Torre, 2008, p. 3).

niños se “ganan” el pertenecer a un grupo, lo cual les da la oportunidad de interrelacionar con iguales y compararse con otros niños de su edad (Hoffman, Paris, & Hall, 1996). Entre los 9 y 13 años de edad los grupos de pares están conformados por niños de la misma edad, sexo y posición económica, quienes ayudan a desarrollar habilidades sociales, proporcionar información del mundo y de sí mismos, brindar apoyo emocional, así como probar y adoptar valores independientes a los de los padres y dotarles de un sentido de pertenencia, por lo que durante la preadolescencia los pares pueden ser considerados modelos a seguir, principalmente entre el sexo femenino (Kail & Cavanaugh, 2006; Papalia et al., 2010). Un aspecto importante a considerar en esta etapa es la popularidad, ya que a esta edad los niños pasan mayor tiempo con los pares y las opiniones de estos pueden afectar considerablemente su autoestima; de la misma manera, las burlas y la comparación entre pares permiten que los niños sean conscientes de su imagen corporal y de los estereotipos negativos asociados a la obesidad (Smolak, 2002; Smolak & Levine, 2001).

Es preciso señalar que durante la preadolescencia la autoestima es cada vez más diferenciada, es decir, si un niño tiene una autoestima alta se creerá bueno en casi todas las cosas, pero un niño con baja autoestima no lo considerará así. En términos generales, durante la preadolescencia la autoestima se eleva, excepto alrededor de los 12 años de edad, ya que se considera que la transición escolar —el paso de la primaria a la secundaria— puede afectarla negativamente, debido a las nuevas responsabilidades, ambiente escolar y grupos sociales que ésta conlleva (Feldman, 2007).

Durante la preadolescencia se recomienda una alimentación variada que permita asegurar una buena nutrición, entendiéndose como el consumo de frutas, verduras, productos derivados de cereales, alimentos ricos en calcio, entre otros; junto con una rutina de actividad física que permita un crecimiento sano (Sarría, Moreno, & Bueno, 2000). La familia, especialmente los padres, desempeñan un rol importante en la adquisición de los hábitos alimentarios durante este periodo; aunque también entran en juego otros factores ambientales, como es la imitación de los pares, los hermanos e incluso de los programas de televisión (Ballabriga & Carrascosa, 1998).

### 1.1.2. ADOLESCENCIA

La adolescencia ha sido dividida por la OPS (2008) en tres etapas —temprana, intermedia y tardía— cada una supone diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales; no obstante, estos no se presentan en la misma etapa en todos los adolescentes. Por ejemplo, para algunas adolescentes la menarquía puede aparecer al inicio de la etapa temprana (12 años), mientras que en otras puede emerger al final de la etapa intermedia (16 años). Dado que el desarrollo humano difiere de un individuo a otro, especialmente en la adolescencia donde el crecimiento no es uniforme, se optó por exponer los cambios físicos, psicológicos y sociales ocurridos en la adolescencia sin enfatizar en que etapa se presentan.

La pubertad es definida como el proceso que da pie a la madurez sexual y consta de dos etapas, que son: adrenarquia y gonadarquia (Papalia et al., 2010). La primera de ellas se caracteriza por la maduración de las glándulas suprarrenales y la segunda por la maduración de los órganos sexuales. Aunque erróneamente se cree que la adolescencia y la pubertad surgen al mismo momento, esta última tiene sus primeras manifestaciones alrededor de los ocho o nueve años de edad, cuando las glándulas suprarrenales empiezan a secretar pequeñas dosis de andrógenos (Papalia et al., 2010); mientras que la adolescencia es la etapa típica en la que se puede apreciar un mayor número de cambios físicos asociados a la pubertad. Durante la adolescencia en las mujeres se percibe una ganancia considerable de grasa, principalmente en las caderas, los muslos, los glúteos y la cintura, también hay cambios en la piel (creciente actividad de glándulas sebáceas y sudoríparas), ligero descenso del tono de voz, desarrollo de los senos y pezones, vello púbico y axilar, menarquía y se alcanza la cumbre del crecimiento en cuanto a estatura; todos estos cambios físicos se presentan entre los 10 y 14 años de edad, aproximadamente. Mientras que en los hombres se dan cambios en la piel, voz profunda, inicio del crecimiento de la barba, ganancia de masa muscular, amplitud de hombros, crecimiento del vello corporal, espermatogénesis, rápido aumento de peso y es la cumbre del crecimiento en estatura, esto se presenta alrededor de los 12 y 16 años de edad (Levine & Smolak, 2002; Papalia et al., 2010).

Cognitivamente, la etapa de las operaciones formales, que se caracteriza por la habilidad de pensar de forma lógica y abstracta, con una aproximación experimental a los problemas, inicia con la adolescencia y alrededor de los 15 años de edad se considera que los

adolescentes están plenamente establecidos en esta etapa, la cual fue considerada por Piaget como la culminación del desarrollo cognitivo (Feldman, 2007; Hoffman et al., 1996).

Establecer una identidad es la principal tarea durante la adolescencia y en dicho proceso destaca el grupo de pares, que sirve como referencia de qué roles y qué comportamientos son los más aceptables, al instaurarse un conjunto de normas a partir de las cuales los adolescentes juzgan sus habilidades y éxito social. Este grupo destaca por la similitud entre sus miembros y, a diferencia de otras etapas del desarrollo, en ésta pasan más tiempo con el sexo opuesto; no obstante, la amistad íntima o entrañable generalmente se da entre pares del mismo sexo. Asimismo, se ha subrayado que durante la adolescencia temprana —comparada con cualquier otra etapa del desarrollo— se le da mayor importancia a los pares (Feldman, 2007; Hoffman et al., 1996).

El entorno social del adolescente y la serie de cambios físicos del mismo hacen evidente que la apariencia y el atractivo sean especialmente importantes durante esta etapa, lo cual se ve reflejado en las frecuentes conversaciones entre los adolescentes acerca del peso, la figura corporal y las dietas (Clark & Tiggemann, 2006). Al respecto, existe evidencia de que un grupo de pares reporta el mismo nivel de preocupación por la imagen corporal, motivación para adelgazar y dieta restrictiva, sin embargo, las bromas, las críticas y las burlas relacionadas al peso y la figura son más comúnmente emitidas por los varones que por las mujeres (Kail & Cavanaugh, 2006; Levine & Smolak, 2002; Thompson et al., 1999). Contrariamente, la preocupación por la apariencia y el éxito social afecta más negativamente al sexo femenino que al masculino, lo cual se ve reflejado en una baja autoestima (Feldman, 2007).

En los hábitos alimentarios del adolescente contribuyen las costumbres familiares, así como los hábitos y el estilo de vida de otros adolescentes. Sin embargo, la alimentación durante la adolescencia se caracteriza por una tendencia a “saltarse” comidas, especialmente el desayuno; realizar comidas fuera de casa; consumir comida chatarra, principalmente dulces; comer en restaurantes de comida rápida y practicar una gran variedad de dietas adelgazantes. Estas conductas pueden tener una explicación en la independencia de los padres que los adolescentes disfrutaban, la insatisfacción con la propia imagen, la búsqueda de identidad y el deseo de aceptación por parte de los pares. El mayor riesgo que estos comportamientos alimentarios llevan consigo es la posibilidad de que se establezca de forma

permanente un inadecuado estilo de comer que conduzca a un TCA (Ballabriga & Carrascosa, 1998; Sarría et al., 2000).

### **1.1.3. JUVENTUD O ADULTEZ TEMPRANA**

El desarrollo físico y la maduración están consumados en esta etapa de desarrollo, se considera que los jóvenes adultos se encuentran en la cima de la salud, fuerza, energía y resistencia, debido a que las funciones corporales están totalmente desarrolladas. La misma situación se observa en las habilidades psicomotoras, ya que el tiempo de reacción es más rápido, la fuerza muscular es mayor y la coordinación ojo-mano es mejor que en cualquier otra etapa. No obstante, algunas personas —especialmente aquellas de maduración tardía— siguen ganando peso y ciertas partes del cuerpo alcanzan su madurez hasta el inicio de los veinte años (Feldman, 2007).

Piaget (1999, 2000) sugirió que el desarrollo cognitivo culmina durante la adolescencia, antagónicamente, Labouvie-Vief (citado en Feldman, 2007) probó que durante la edad adulta el pensamiento sigue teniendo cambios, ya que las operaciones formales son insuficientes para satisfacer las demandas de la vida adulta, las que requieren además de la experiencia práctica, el juicio moral y los valores. Esta etapa fue denominada como pensamiento posformal por Labouvie-Vief, la cual tiene como finalidad encontrar la mejor solución a un problema basándose en las experiencias previas e integrándolas, ya que la lógica no logra resolver todas las cuestiones humanas complejas (Feldman, 2007).

Por otra parte, durante la adultez temprana se creen especialmente importantes los hábitos alimentarios, ya que al disminuir el crecimiento, también se debe reducir el consumo de calorías; porque, de no hacerlo, el peso aumentará de forma gradual, lo que constituye una condición precipitante de diversos padecimientos, entre ellos la obesidad, la que además de disminuir la calidad de vida, conduce a problemas emocionales, como una respuesta a la presión social y al valor que en la actualidad se le da a la delgadez (Kail & Cavanaugh, 2006; Papalia et al., 2010).

En la adultez temprana, al igual que en otras etapas, se recomienda que la alimentación sea moderada, variada y balanceada. Moderada en cuanto a la cantidad de alimento consumido en una comida; variada en razón del consumo de diferentes grupos de nutrientes, siendo lo

ideal el consumo de entre 20 y 30 alimentos básicos a la semana; finalmente, el balance hace referencia a las porciones adecuadas de cada tipo de alimento (McCullough et al., 2002).

## 2. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Como se ha mencionado, la alimentación juega un papel primordial en el desarrollo humano, sin embargo, los malos hábitos alimentarios adquiridos con la finalidad de mejorar la apariencia —la cual también juega un rol esencial a lo largo de la vida— pueden dar pie al desarrollo de TCA, los cuales se definen como las anomalías en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos y que conllevan alteraciones en la salud y el funcionamiento psicosocial (APA, 2013).

De acuerdo con la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), los TCA se clasifican en específicos y no específicos. Los específicos comprenden a la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno por Atracón (TPA); mientras que los no específicos incluyen a los trastornos que no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de un TCA específico (APA, 2013).

Los criterios diagnósticos de la AN, de acuerdo con el DSM-5, son:

- A. Restricción en la ingesta de calorías, lo que lleva a un peso corporal significativamente bajo de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo y la salud física. El peso corporal significativamente bajo es definido como el peso que está por debajo del mínimo normal o, para los niños y adolescentes, que está por debajo del mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso o conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso cuando se tiene un peso significativamente bajo.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación persistente acerca del peligro que supone el bajo peso corporal.

*Tipo restrictivo:* durante los últimos tres meses, el individuo no recurre a atracones o purgas (p.e., provocación del vómito o uso excesivo de

laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo se caracteriza por la pérdida de peso, principalmente, por la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

*Tipo purgativo:* durante los últimos tres meses, el individuo presenta episodios recurrentes de atracones o purgas.

Los criterios para el diagnóstico de la BN propuestos en el DSM-5, son los siguientes:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - 1. Ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo (p.e., en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
  - 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión de alimentos (p.e., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Los criterios diagnósticos del TPA, de acuerdo con el DSM-5, son los siguientes:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
  - 1. Ingesta, en un corto periodo de tiempo (p.e., en dos horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
  - 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p.e., sensación de que no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
  - 1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
  4. Comer a solas para esconder su voracidad.
  5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- C. Profundo malestar al recordar los atracones.
- D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El trastorno no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.e., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el trastorno de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Los TCA no específicos (TCANE) se caracterizan por un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales u ocupacionales, pero no cumplen con todos los criterios para ser diagnosticados como un TCA específico. De acuerdo con el DSM-5, entre los TCANE se incluyen los siguientes:

- A. Anorexia Nerviosa Atípica: cumple con todos los criterios de AN, excepto que el peso del individuo se encuentra dentro o por encima del rango normal.
- B. Bulimia Nerviosa (de baja frecuencia y/o duración limitada): cumple con todos los criterios de BN, excepto que el atracón y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, menos de una vez por semana y/o durante menos de tres meses.
- C. Trastorno por atracón (de baja frecuencia y/o duración limitada): cumple con todos los criterios de TPA, excepto que el atracón y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, menos de una vez por semana y/o durante menos de tres meses.
- D. Trastorno de purga: conductas purgativas recurrentes que influyen en el peso o la figura corporal (p.e., vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

Diversos factores intervienen en el desarrollo de los TCA, entre los más señalados en la literatura se encuentran los individuales, familiares, culturales, entre otros (Garner, 1993; Garner & Keiper, 2010a), aunque se sabe que es la interacción de estos factores la que explica la presencia de una TCA, se ha documentado que es la insatisfacción corporal el

precursor potencial de estas psicopatologías (Alvarez et al., 2003; Thompson & Smolak, 2001).

## 2.1. INSATISFACCIÓN CORPORAL

Como primer punto, es importante delimitar el concepto de imagen corporal, ya que de éste se desprende el de insatisfacción corporal. Cash (citado en Thompson et al., 1999) definió a la imagen corporal como la visión interna de nuestra apariencia, la cual es contrastada con la vista externa; en tanto que Thompson et al. (1999) refieren que está conformada por tres componentes: *perceptual*, que hace alusión a la apreciación del cuerpo en su totalidad, o bien, de algunas partes del mismo; *cognitivo/afectivo*, el cual habla de las valoraciones, sentimientos o actitudes que una persona puede tener respecto a su cuerpo o alguna parte de éste; y *conductual*, que son todas las acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción y los sentimientos hacia el cuerpo. De tal manera, se concluye que la imagen corporal es la representación mental que se hace del cuerpo, en la cual se ven involucrados los sentimientos, valoraciones, actitudes y conductas hacia el mismo (Amaya et al., 2010).

Se sabe que la mayoría de las personas están inconformes con alguna parte de su cuerpo, pero si ese descontento no afecta sus actividades cotidianas, se le conoce como malestar normativo. Sin embargo, si ese malestar las lleva a desarrollar conductas nocivas para su salud con la finalidad de modificar su apariencia, se le conoce como insatisfacción corporal (Devlin & Zhu, 2001).

Diversas investigaciones (Acosta & Gómez, 2003; Allen, Byrne, McLean, & Davis, 2008; Espina, Ortega, Ochoa, Yenes, & Alemán, 2001; Moreno & Ortiz, 2009; Sepúlveda, Botella, & León, 2002) consideran a la insatisfacción corporal un importante precursor de los TCA. La mayoría de éstas se han realizado con mujeres adolescentes, ya que son una población en alto riesgo para el desarrollo de un TCA; aunque esta situación no ha descartado la evaluación de la insatisfacción corporal —en menor medida— en preadolescentes y jóvenes adultos de ambos sexos.

Entre las investigaciones que han trabajado con preadolescentes y adolescentes se encuentran las realizadas por Clark y Tiggemann (2006, 2008), quienes contrastaron la insatisfacción con la imagen corporal en grupos de diferentes edades, de los 9 a los 12 años;

los autores observaron que la insatisfacción corporal era mayor en las niñas de 12 años, por lo que concluyeron que ésta incrementa con la edad. Esto coincide con los hallazgos reportados por Davison, Markey, y Birch (2003), quienes examinaron cómo se desarrolla la insatisfacción corporal en niñas de cinco años de edad y, bajo un seguimiento de cuatro años, encontraron que aquéllas que reportaron altos niveles de insatisfacción a los 5 ó 7 años de edad, también presentaron mayor número de conductas alimentarias anómalas a los 9 años, entre las cuales destacaba la realización de dieta restrictiva; además, todas las participantes que presentaban un alto IMC también reportaron mayor insatisfacción corporal. Otro estudio, pero con base a un diseño transversal, fue realizado con la misma finalidad por Donht y Tiggemann (2006b) con niñas de 5 a 8 años de edad. Las autoras indican que, en la muestra evaluada, el deseo de poseer un cuerpo delgado permaneció estable a través del tiempo, por lo cual —contrariamente a Davison et al. (2003)— sugieren que la insatisfacción corporal no incrementa con la edad.

Con relación a las comparaciones entre hombres y mujeres, una investigación realizada con adolescentes sugirió que la insatisfacción corporal difiere entre sexos, debido a que las mujeres reportaron mayor deseo de perder peso en comparación con los varones (Schur, Sanders, & Steiner, 2000), sin embargo, estudios posteriores reportaron lo contrario (Phares, Steinberg, & Thompson, 2004; Ricciardelli, McCabe, Holt, & Finemore, 2003).

Con muestras de 13 a 18 años de edad se ha reportado que aquellas adolescentes que presentan alta insatisfacción corporal viven en una cultura que promueve el ideal de delgadez (Dunkley, Wertheim, & Paxton, 2001; Gerner & Wilson, 2005). Además, estudios transversales han sustentado que al comienzo de la adolescencia temprana —12 años— las mujeres reportan mayor insatisfacción corporal que los varones (Ata, Ludden, & Lally, 2007; McCabe, Ricciardelli, & Finemore, 2002; Ricciardelli & McCabe, 2001b; Vincent & McCabe, 2000). Pero, de manera contrastante, en estudios longitudinales se ha reportado que no es sino hasta el comienzo de la adolescencia intermedia —entre 14 y 15 años— cuando es posible empezar a discernir esta diferencia (Bearman, Presnell, Martínez, & Stice, 2006; McCabe & Ricciardelli, 2005). Una explicación a este hecho radica en que las mujeres a temprana edad interiorizan el ideal corporal establecido socialmente, el cual se consolida a través de la adolescencia; mientras que en los varones va disminuyendo el interés por su imagen corporal en el transcurso de esta etapa (McCabe & Ricciardelli, 2005).

El rápido incremento de peso durante la adolescencia, que puede estar reflejado en un alto IMC, es un predictor importante de la insatisfacción corporal en ambos sexos, lo cual ha sido apoyado por una diversidad de estudios (Dunkley et al., 2001; Griffiths & McCabe, 2000; Hutchinson & Rapee, 2007; Jones & Crawford, 2005; McCabe & Ricciardelli, 2001; Mirza, Davis, & Yanovski, 2005; Paxton, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2006; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan, & Eisenberg, 2006; Ricciardelli, McCabe, & Banfield, 2000; van den Berg, Wertheim, Thompson, & Paxton, 2002; Vincent & McCabe, 2000). No obstante, dos investigaciones han reportado la no existencia de relación entre el IMC y la insatisfacción corporal (Bearman et al., 2006; Canpolat, Orsel, Akdemir, & Ozbay, 2005). Una posible explicación a este hecho radica en que el instrumento empleado para evaluar la insatisfacción corporal —*Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale* (Berscheid, Walster, & Bohmsted, 1973)— en el estudio de Bearman et al. (2006), se caracteriza por indicar el nivel de satisfacción con nueve partes del cuerpo, mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, lo cual no permite distinguir entre el descontento con no ser muy voluminoso y/o no ser muy delgado. Mientras que Canpolat et al. argumentan que la no relación entre IMC e insatisfacción corporal radica en que los participantes evalúan su satisfacción corporal a partir de factores subjetivos, como: la percepción del peso o el querer ser delgado, y no toman en cuenta los factores objetivos, es decir, tener sobrepeso u obesidad.

Por otro lado, y al igual que las adolescentes, las mujeres mayores de 18 años han aceptado e interiorizado el ideal corporal impuesto socialmente, por lo que si su imagen corporal actual no cumple con dicho ideal, se encuentran en mayor riesgo de presentar insatisfacción corporal y adoptar estrategias de modificación corporal (James, Phelps, & Bross, 2001). Los estudios sobre insatisfacción corporal con jóvenes adultos son escasos en comparación con los existentes con adolescentes; entre las investigaciones con jóvenes adultos se encuentra la de Benas y Gibb (2007), quienes utilizaron el *Body Shape Questionnaire* (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987) el cual estima síntomas de insatisfacción corporal, como son: preocupación con el peso y la figura, excesivos sentimientos de gordura, vergüenza y evitación a la exposición del cuerpo. A partir de las puntuaciones obtenidas en este instrumento, Benas y Gibb concluyeron que existen diferencias entre sexos, siendo las mujeres quienes reportaron mayor insatisfacción corporal. Sin embargo, en un estudio previo dirigido por Heywood y McCabe (2006), en el que emplearon la *Body Image Concern Scale* (BICS; Ricciardelli & McCabe, 2001a) que estima el nivel de insatisfacción con el peso, la

figura, los músculos y siete partes específicas del cuerpo, no se observaron diferencias entre hombres y mujeres con relación a su satisfacción corporal.

Por otra parte, algunos estudios han coincidido en que una baja autoestima, un alto IMC y un contexto sociocultural —entendido como la influencia de los padres, la familia y los pares— altamente enfocado en la apariencia corporal contribuyen a la aparición y mantenimiento de la insatisfacción corporal en mujeres (Clark & Tiggemann, 2008; Dunkley et al., 2001; Gerner & Wilson, 2005; Griffiths & McCabe, 2000). Sin embargo, ésta no es exclusiva de la población femenina, ya que —como se ha señalado a lo largo de este apartado— los hombres también la reportan; por lo que debe considerarse el hecho de que en ellos se investiga en menor medida (Jones & Crawford, 2005; Ricciardelli et al., 2000), o bien, a partir de medidas originalmente diseñadas para mujeres, pudiendo esto incidir en una subestimación de la existencia de insatisfacción corporal entre los varones (Alvarez, Escoto, Vázquez, Cerero, & Mancilla, 2009).

En México, estudios que han incluido en sus medidas la insatisfacción corporal también han reportado que ésta se presenta en mayor medida entre las mujeres que entre los hombres (León, Gómez-Peresmitré, Pineda, & Plata, 2002; Ruíz et al., 2004; Vázquez, López, Alvarez, Franco, & Mancilla, 2004), sin embargo, al igual que en la investigación con muestras de otros países, los estudios sobre TCA en nuestro país se han centrado en la población femenina, principalmente adolescentes y jóvenes adultas. En dichos estudios se ha reportado que aunque la insatisfacción corporal se asocia positivamente con la edad, sigue siendo mayor en adolescentes (Alvarez-Rayón, Franco-Paredes, López-Aguilar, Mancilla-Díaz, & Vázquez-Arévalo, 2009); por otra parte, se ha comparado a mujeres con y sin sintomatología de TCA y, como es de esperarse, el grupo con sintomatología reportó mayor insatisfacción corporal (Mancilla et al., 1999; Vázquez, Alvarez, Mancilla, & Raich, 1998). Por tanto, al igual que en la literatura internacional, se ha confirmado que la insatisfacción es un rasgo presente en personas con TCA y su pico de ocurrencia se ubica entre los 14 y los 16 años de edad (Ocampo, López, Alvarez, & Mancilla, 2009).

Hasta el momento sólo se ha encontrado un estudio nacional que ha evaluado a tres grupos de hombres y mujeres de diferentes edades: pre-púberes (6-9 años), púberes (10-12 años) y adolescentes (13-19 años), el cual tuvo como finalidad conocer los factores de riesgo asociados a los TCA en función del sexo y la edad (Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma, &

Pineda, 2001). En este estudio se reportó que los tres grupos de mujeres deseaban ser más delgadas, siendo mayor el porcentaje de adolescentes (50%) insatisfechas con su imagen corporal que el de púberes (41%) y pre-púberes (42%). Mientras que la mayoría de los hombres púberes (35%) y adolescentes (40%) deseaban que su cuerpo fuera más grande, en oposición al grupo de pre-púberes, quienes expresaron su deseo por ser más delgados.

A partir de la revisión aquí realizada sobre insatisfacción corporal, es posible percatarse de que a pesar de ser ampliamente estudiada, aún hay inconsistencias entre los resultados de las investigaciones, las cuales pueden ser explicadas a partir del método empleado en cada estudio, el tipo de muestra, los instrumentos utilizados, entre otras razones. Evidentemente la insatisfacción corporal juega un papel importante a lo largo del desarrollo humano, sin embargo, es necesario extender su estudio a aquellas muestras menos analizadas, como son los preadolescentes y jóvenes adultos de ambos sexos, ello con la finalidad de aclarar las inconsistencias antes señaladas, identificar los factores que inciden en la aparición de la insatisfacción corporal y prevenir las conductas poco saludables que ésta acarrea, entre las que se puede encontrar la dieta restrictiva, la cual ha sido identificada como una de las principales estrategias de modificación corporal en ambos sexos, esto tanto a nivel internacional (Dunkley et al., 2001) como nacional (Vázquez, Fuentes, Báez, Alvarez, & Mancilla, 2002).

## **2.2. DIETA RESTRICTIVA**

La dieta restrictiva ha sido definida como la evitación u omisión intencional de ciertos alimentos con el propósito de perder o mantener el peso corporal (van Strien & Oosterveld, 2008).

Estudios que han tenido por objetivo evaluar las estrategias de modificación corporal con adolescentes —hombres y mujeres— han reportado que éstas se asocian positivamente con la edad, aunque principalmente entre las mujeres que entre los hombres (McCabe & Ricciardelli, 2005; McCabe et al., 2002).

En tanto que investigaciones donde se ha valorado la relación entre la dieta restrictiva y la insatisfacción corporal, se ha encontrado que mujeres —tanto adolescentes como jóvenes adultas— que presentan una alta insatisfacción, obtienen mayores puntuaciones en escalas

que evalúan la realización de dieta, además de que ésta parece actuar como una variable mediadora<sup>3</sup> entre la insatisfacción corporal y las conductas asociadas a la bulimia nerviosa (Geschwind, Roefs, Lattimore, Fett, & Jansen, 2008; Griffiths & McCabe, 2000; Ricciardelli & McCabe, 2001b; Shepherd & Ricciardelli, 1998). Igualmente, con niñas de entre 5 y 7 años de edad que reportan alta insatisfacción corporal y dieta restrictiva se ha observado que siguen persistiendo a los 9 años (Davison et al., 2003). A pesar del soporte empírico existente en cuanto a la predicción de la dieta restrictiva, a partir de la insatisfacción corporal, en una muestra de adolescentes de ambos sexos esta predicción no se constató (Canpolat et al., 2005). Una posible explicación puede radicar en que Canpolat et al. emplearon cinco frases para medir la frecuencia con que los participantes realizaban dieta, estas frases iban de “nunca hago dieta” a “siempre hago dieta”, de éstas los participantes debían escoger la que mejor describiera su práctica de dietas restrictivas, no obstante esta forma de evaluación carece de propiedades psicométricas comparada con investigaciones en las que fueron empleadas escalas que han mostrado ser válidas y confiables, lo cual podría explicar la inexistente predicción de la dieta restrictiva a partir de la insatisfacción corporal que reportaron Canpolat et al., además de restar confiabilidad y validez a los resultados.

En investigaciones previas (Garner & Keiper, 2010b; Keel, Gravener, Joiner, & Haedt, 2010) se menciona que las mujeres presentan mayor riesgo de desarrollar un TCA, por lo cual resulta evidente que sean ellas quienes practican en mayor medida la dieta restrictiva (Mancilla et al., 2004). Sin embargo, esto no es indicador de su ausencia en hombres, ya que un estudio que incluyó a varones de entre 14 y 24 años de edad reveló que 15% de los hombres participantes realizaba dieta (Ruíz et al., 2004). Con relación a ello, Mancilla et al. (2006) señalaron que la diferencia en la práctica de dieta restrictiva entre hombres y mujeres —adolescentes y jóvenes adultos— parece radicar en el peso corporal, es decir, los hombres realizan dieta sólo cuando su IMC es alto, considerándose ésta una medida objetiva; mientras que la mayoría de las mujeres la realizan porque tienen la creencia de que su IMC es alto, independientemente de si esto es cierto o no. Por lo tanto, se podría concluir que un alto IMC puede desencadenar la práctica de dietas restrictivas, lo cual se ha confirmado con adolescentes de ambos sexos (Canpolat et al., 2005; Dunkley et al., 2001; Gerner & Wilson, 2005; Vincent & McCabe, 2000), mujeres y hombres jóvenes adultos (Heywood & McCabe, 2006) y niñas pre-púberes (Davison et al., 2003). Antagónicamente al estudio de Davison et

---

<sup>3</sup> La variable mediadora representa el mecanismo a través del cual una variable independiente o predictora influye en la variable dependiente o criterio (Baron & Kenny, 1986).

al. (2003), Donht y Tiggemann (2006a) reportan que con niñas de 5 a 8 años de edad, el IMC no fue un predictor de la dieta restrictiva. Una posible explicación de este resultado es que en la investigación de Dohnt y Tiggemann las niñas respondieron las preguntas sobre dieta restrictiva, mientras que en el estudio de Davison et al. fueron los padres quienes reportaron las conductas de sus hijos, de esta manera los padres pueden sobrestimar o subestimar las conductas alimentarias de sus hijos.

Con población mexicana, Gómez et al. (2001) señalaron que la dieta restrictiva se presenta más entre mujeres púberes y adolescentes que entre hombres de las mismas edades, lo cual también ha sido reportado en muestras de otros países (Bearman et al., 2006; Ricciardelli & McCabe, 2001b). Un dato importante a destacar del estudio de Gómez et al. es cómo se manejó a los participantes el concepto de dieta, la cual fue delimitada como la evitación de ciertos alimentos considerados como “engordantes” (como la tortilla, el arroz, los frijoles, entre otros), el “saltarse” una de las tres comidas principales (desayuno, comida o cena) y consumir productos “light”, la cual contrasta con la reportada en el estudio de Schur et al. (2000), donde la mayoría de los participantes —niños y niñas de 8 a 13 años de edad— definió a la dieta como una combinación de ejercicio y evitación de comida “engordante”, la cual es reemplazada por comida saludable. Estos datos cobran singular importancia, ya que se ha considerado que una de las principales limitantes cuando se trabaja con muestras de preadolescentes es qué tanto entienden los conceptos a evaluar, ya que sus habilidades cognoscitivas, como es la comprensión de conceptos complejos, aún están en desarrollo (Mancilla et al., 2006).

La revisión realizada sobre dieta restrictiva permite reflexionar sobre tres puntos. El primero de ellos es que aunque es una práctica principalmente reportada por las mujeres, ésta también es referida por varones adolescentes y jóvenes adultos, lo cual anula la idea de que es una conducta exclusiva de las mujeres y resalta la necesidad de evaluarla en varones de diferentes edades. El segundo punto a destacar es la presencia de dieta restrictiva en preadolescentes, ya que suele tenerse la idea de que la alimentación de niños menores de 12 años de edad está a cargo de sus padres, por lo cual se considera importante explorar la realización de dieta restrictiva en este tipo de muestras y bajo qué condiciones se presenta. Finalmente, en las investigaciones aquí revisadas no se pueden perder de vista las inconsistencias entre los resultados de los estudios, derivadas posiblemente del método

empleado; por ejemplo, el uso de medidas cuyas cualidades psicométricas son deficientes o inexistentes.

A partir de lo revisado, resulta evidente que la insatisfacción corporal, junto con la dieta restrictiva, desempeñan un papel trascendental en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, por lo cual es importante definir qué factores contribuyen a su aparición. Al respecto, diversas investigaciones (Garner, 2008; Huon & Strong, 1998; Smolak & Levine, 2001), han encontrado que tienen su origen tanto en factores socioculturales como en factores psicológicos.

### **2.3. FACTORES PSICOLÓGICOS**

Se entiende, en el campo de los TCA, como factores psicológicos de riesgo a todas aquellas características de un individuo que lo hacen más vulnerable a desarrollar estas psicopatologías. Entre dichas características destacan: falta de autonomía, excesivo perfeccionismo, miedo a madurar y baja autoestima, entre otros (Crispo, Figueroa, & Guelar, 1996). Específicamente, estudios, como el de Behar (2010), han sustentado que la baja autoestima es el principal factor desencadenante de síntomas psicopatológicos, tanto en hombres como en mujeres, por lo cual ésta ha sido ampliamente estudiada, distinguiéndose como un importante factor predictor y/o mantenedor de los TCA.

#### **2.3.1. AUTOESTIMA**

La autoestima es definida como el sentido de agrado y de autoaceptación que resulta de la evaluación que las personas hacen de sí mismas sobre el atractivo, la competencia y la habilidad para satisfacer sus propias aspiraciones (Pope, McHale, & Craighead, 1988).

Investigaciones han reportado que la autoestima se encuentra relacionada a la insatisfacción corporal y a las conductas inherentes a los TCA, como es la dieta restrictiva. De manera específica, se ha sustentado que personas que presentan un TCA se caracterizan por tener una baja autoestima en comparación con aquéllas que no lo presentan (Donht & Tiggeman, 2006b; Peck & Lightsey, 2008; Sherman & Thompson, 2000).

Con muestras comunitarias de preadolescentes se han reportado inconsistencias en la relación entre la autoestima y la insatisfacción corporal: por un lado, en niños —de ambos sexos— de 9 a 12 años de edad se ha observado que si presentan una alta insatisfacción corporal, también presentarán bajos niveles de autoestima (Phares et al., 2004); y, por otro lado, en el estudio de Dohnt y Tiggemann (2006b), en el que evaluaron a niñas de entre 5 y 8 años de edad, no se encontró relación entre la autoestima y la insatisfacción corporal; al igual que en el estudio de Ricciardelli et al. (2003) con niños y niñas de entre 8 y 11 años de edad. Posibles explicaciones para estas inconsistencias es que el método empleado para evaluar a los participantes fue diferente entre los estudios; en el de Phares et al. los cuestionarios que incluían respuestas en escalas tipo Likert se contestaron de forma individual, de tal manera que el participante interpretaba y respondía cada pregunta personalmente, mientras que los cuestionarios empleados por Dohnt y Tiggemann fueron completados a manera de entrevistas individuales, permitiendo que el entrevistador diera su punto de vista ó indujera la respuesta ó que el entrevistado modificará su respuesta por vergüenza ante el entrevistador; por otro lado, se sabe que durante la niñez las habilidades cognitivas todavía están en desarrollo, por lo cual puede resultar difícil evaluar constructos tan complejos como son la insatisfacción corporal y la autoestima con niñas de 5 a 8 años de edad. Esto a diferencia de los preadolescentes, quienes ya pueden entender y contestar más acertadamente a ítems que evalúen estos constructos (Shunk & Birch, 2004).

En estudios con muestras de adolescentes se ha reportado que las mujeres con baja autoestima reportan alta insatisfacción corporal y dieta restrictiva, donde la autoestima fungió como predictor de la insatisfacción (Ackard, Croll, & Kearney-Cooke, 2002; Fingeret & Gleaves, 2004; Griffiths & McCabe, 2000; Shaw, Stice, & Springer, 2004). Sin embargo, en el caso de los hombres, se ha reportado que la autoestima está relacionada directamente con la insatisfacción corporal cuando los participantes presentan bajas puntuaciones en escalas que evalúan la influencia de pares, ya que si las puntuaciones en estas escalas son altas, la relación entre autoestima e insatisfacción corporal es indirecta, ya que la influencia de pares funge como mediador entre dicha relación (Benas & Gibb, 2007; Mirza et al., 2005; Paxton, Neumark-Sztainer et al., 2006; Ricciardelli & McCabe, 2001a; Shea & Pritchard, 2007).

Por otra parte, con mujeres jóvenes adultas, de 19 a 23 años de edad, se ha encontrado que la baja autoestima influye sobre la insatisfacción corporal, pero también esta relación puede ser mediada por la interiorización del ideal corporal (Fingeret & Gleaves, 2004).

Los datos de los estudios revisados señalan a la autoestima como un factor predictor de la sintomatología asociada a los TCA; además de ser un factor que contribuye —de manera directa o indirecta— al desarrollo de la insatisfacción corporal.

## 2.4. FACTORES SOCIOCULTURALES

Los factores socioculturales son definidos como aquellas influencias sociales que asignan el rol que deben seguir tanto los hombres como las mujeres de una determinada cultura. Entre los factores socioculturales que transmiten los ideales corporales, y más específicamente el de delgadez, destacan la influencia de la familia, de los medios de comunicación y de los pares. En el caso de los TCA, estas fuentes sociales suelen fomentar la delgadez como ideal y requisito para alcanzar el éxito social, además de enfatizar el culto al cuerpo (Toro, 2006).

En el presente estudio se consideró la influencia del grupo de pares, debido a que los miembros de un grupo encuentran, uno en cada otro, características para identificarse e imitar, lo cual contribuye al desarrollo de una mayor sensibilidad para adoptar los modelos estéticos que promueven la delgadez, esto a través del proceso de modelamiento<sup>4</sup> propuesto por Bandura (1977). De modo que es importante tener en cuenta que estos grupos también pueden ser transmisores de información errónea, como es la adopción de estrategias de modificación corporal que desencadenan el desarrollo de los TCA.

Por tanto, otro factor sociocultural que aquí se abordó fue la interiorización del ideal corporal, ya que ésta también es un importante factor predictor tanto de la insatisfacción corporal (Stice, 2001) como de la dieta restrictiva (Ruíz et al., 2004; Stice, Mazotti, Krebs, & Martin, 1998). Thompson y Stice (2001) señalaron que la interiorización del ideal corporal es el resultado del reforzamiento social, específicamente de la familia, los pares y los medios de comunicación, quienes a través de comentarios o acciones apoyan el ideal de delgadez, además de comunicar sus beneficios, como puede ser la aceptación social.

---

<sup>4</sup> El modelamiento hace referencia a la capacidad de aprender por observación, lo cual permite adquirir pautas de conductas amplias e integradas, sin necesidad de aprenderlas de forma gradual por ensayo y error (Bandura, 1977).

### 2.4.1. INFLUENCIA DE PARES

La influencia de pares, en el contexto de los TCA, ha sido definida como la contribución de los amigos para que una persona interiorice los modelos estéticos dominantes (Vázquez, Alvarez & Mancilla, 2000). Más específicamente, Oliver y Thelen (1996) consideraron la influencia de pares a partir de un conjunto de factores —mensajes, interacción y popularidad entre pares— que inciden en la preocupación por el peso y la alimentación.

Se ha argumentado que los pares evalúan el atractivo físico de los demás y dan trato preferencial a quienes son considerados más atractivos, en tanto que discriminan a los menos atractivos. Esto al mismo tiempo que se evalúa el atractivo propio y, si éste es valorado negativamente, puede llevar a la práctica de conductas poco saludables para incrementar el atractivo (Thompson et al., 1999). Bajo esta premisa, se desarrollaron diversos estudios con el objetivo de evaluar la influencia de pares y su contribución en el desarrollo de la insatisfacción corporal y de la dieta restrictiva, en los cuales se reportó que la influencia de los pares contribuye a la presencia de la insatisfacción corporal en mujeres y hombres de 9 a 23 años de edad (Ata et al., 2007; Bearman et al., 2006; Clark & Tiggemann, 2006; Donht & Tiggemann, 2006a; Dunkley et al., 2001; Gerner & Wilson, 2005; Hutchinson & Rapee, 2007; Jones & Crawford, 2005; McCabe & Ricciardelli, 2001, 2005; McCabe et al., 2002; Mooney, Farley, & Strugnell, 2009; Paxton, Eisenberg, et al., 2006; Phares et al., 2004; Ricciardelli & McCabe, 2001b; Ricciardelli et al., 2000; Ricciardelli et al., 2003), y sólo Clark y Tiggemann (2008), quienes trabajaron con niñas de 9 a 12 años de edad, reportaron no haber observado una relación entre la influencia de pares y la insatisfacción corporal. Una posible explicación a este hecho recae en el instrumento empleado por estas autoras, quienes consideraron sólo las conversaciones entre pares acerca de su apariencia para valorar la influencia de pares, mientras que el resto de los estudios no se limitaron a evaluar un sólo rubro de la influencia de pares, es decir, además de las conversaciones entre pares también valoraron las burlas y/o la popularidad y/o las interacciones entre pares u otros factores que forman parte de este tipo de influencia. Además, se ha observado que los pares contribuyen a la realización de dietas restrictivas en mujeres de entre 5 y 15 años de edad (Dohnt & Tiggemann, 2006a; Gerner & Wilson, 2005; Hutchinson & Rapee, 2007); mientras que Vincent y McCabe (2000) mencionan que los pares, mediante la inducción, las conversaciones sobre imagen corporal o el modelamiento,

estimulan la presencia de la dieta restrictiva, tanto en mujeres como en hombres de entre 11 y 17 años de edad.

Por otra parte, Paxton, Eisenberg et al. (2006) realizaron un estudio longitudinal que tenía como propósito identificar los predictores psicosociales (dieta de padres, dieta y burlas de los pares, autoestima y depresión) que incrementan la insatisfacción corporal, para ello contaron con dos grupos de ambos sexos, el primero de adolescentes en etapa temprana y el segundo en etapa intermedia, mismos que fueron evaluados cinco años después, cuando se encontraban en la adolescencia intermedia y tardía, respectivamente. Paxton, Eisenberg et al. reportaron que la influencia de pares predijo el incremento de la insatisfacción corporal y de la realización de dieta de la adolescencia temprana a la intermedia, pero no así de la adolescencia intermedia a la tardía. Además, argumentaron que la preocupación de los amigos por su peso y las conversaciones acerca de la apariencia estuvieron asociadas a la interiorización del ideal corporal, de tal forma que ésta fue mediadora del efecto de la influencia de los pares sobre la insatisfacción corporal (Clark & Tiggemann, 2006, 2008; McCabe et al., 2002).

En México, la influencia de pares sólo ha sido valorada a partir del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC; Toro, Salamero, & Martínez, 1994), el cual tiene por propósito evaluar la influencia de los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético de delgadez; entre sus escalas se encuentra la de relaciones sociales, la cual estima la influencia de pares a través de cinco reactivos. Los estudios que emplearon esta escala han reportado que las relaciones sociales están asociadas al desarrollo de TCA (Vázquez, Ocampo, López, Mancilla, & Alvarez, 2002), aunque con mayor impacto en las mujeres que en los hombres (Vázquez, Fuentes et al., 2002).

Las investigaciones citadas en este apartado señalan que la influencia de pares tiene relación con el desarrollo de la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva a cualquier edad, sin embargo, esto parece contraponerse a lo esperado en cada etapa del desarrollo; es decir, se ha afirmado que a pesar de que los grupos de pares desempeñan un rol importante a lo largo del desarrollo, es en la adolescencia donde cobran mayor importancia, mientras que en la preadolescencia son los padres y en la adultez temprana la familia. Esto conduce a la necesidad de reflexionar sobre la importancia que hoy en día tienen los círculos sociales con relación a la aceptación y satisfacción con el cuerpo a cualquier edad y, por ende, quizás

sea necesario cuestionarse si la influencia de pares sigue siendo relevante sólo durante la adolescencia. Por otra parte, las inconsistencias entre investigaciones pueden tener su origen en la forma de evaluar la influencia de pares, impidiendo distinguir los efectos de ésta sobre la insatisfacción corporal o la dieta restrictiva, lo cual da pie a meditar si los instrumentos empleados para valorar la influencia de pares cuentan con la confiabilidad y validez necesaria, por ello resulta pertinente que en futuras investigaciones este punto sea considerado.

A pesar de las contradicciones, se puede concluir que la influencia de pares predice a la insatisfacción corporal, tanto en hombres como en mujeres, y que —adicionalmente— promueve la interiorización del ideal corporal (Vázquez, López, Alvarez, Mancilla, & Ruíz, 2006) a través de las burlas, los mensajes negativos y las conversaciones relacionados a la imagen corporal. Por lo cual, el siguiente factor sociocultural que se abordará es la interiorización del ideal corporal.

#### **2.4.2. INTERIORIZACIÓN DEL IDEAL CORPORAL**

Se sabe que todas las culturas tienen un propio patrón de belleza que cambia de una época a otra. En la actualidad, abarcando al menos las tres últimas décadas, la delgadez ha sido considerada sinónimo de belleza (García, 2003) y no necesariamente un ideal de salud o de bienestar (Bemporad, 1996, 1997; Ricciardelli & McCabe, 2001b). Esto ha sido denominado por Toro (1996) como “cultura de la delgadez” o “lipofobia”, expresiones que hacen referencia a la falsa idea de que lo normal es estar a dieta, delgado y “en forma”. Así, cuando una persona se ha apropiado o ha aceptado las normas sociales relacionadas a la apariencia hasta el punto de modificar su conducta para aproximarse a esos estándares, se puede decir que ha interiorizado el ideal corporal (Thompson et al., 1999).

Hasta el momento se ha argumentado que la insatisfacción corporal promueve la dieta restrictiva y que ambas pueden —a su vez— dar pie al desarrollo de la sintomatología asociada a los TCA. Sin embargo, diversos estudios han reportado que un factor que contribuye de manera directa a la insatisfacción corporal, en hombres y mujeres, es la interiorización del ideal corporal (Clark & Tiggemann, 2006; Dohnt & Tiggemann, 2006a; Krones, Stice, Batres, & Orjada, 2005; McCabe et al., 2002; Stice, Maxfield, & Wells, 2003; Thompson & Stice, 2001).

Entre los estudios que han destacado la importancia de la interiorización del ideal corporal se encuentra el de McCabe y Ricciardelli (2001) quienes encontraron que aquellas mujeres de 13 años que se involucran en estrategias de pérdida de peso estaban más preocupadas que los hombres —de la misma edad— por cumplir con el ideal corporal establecido por la sociedad. Adicionalmente, en las mujeres se observó una mayor presión del grupo de pares por cumplir con dicho ideal.

En un estudio realizado por Vázquez, Fuentes et al. (2002), en el cual se evaluó la interiorización del ideal de delgadez en mujeres y hombres mexicanos de entre 12 y 25 años de edad, también se reportó que las mujeres fueron más susceptibles a querer cumplir con dicho ideal que los hombres. Mientras que en un estudio posterior, realizado sólo con varones (Vázquez et al., 2006), se encontró que si bien las mujeres presentan mayor susceptibilidad a la interiorización del ideal corporal, también está presente en los hombres y puede incidir en la adopción de prácticas alimentarias consideradas de riesgo, sin embargo, los autores señalan la necesidad de contar con mayor evidencia empírica al respecto. Por último, Alvarez-Rayón et al. (2009) reportan que la edad —en mujeres de 12 a 46 años— está asociada positivamente a la interiorización del ideal corporal.

Estudios recientes en que se ha evaluado la interacción entre influencia de pares, interiorización del ideal corporal, insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas, han encontrado que la interiorización es mediadora de la relación entre la influencia de pares y la insatisfacción corporal, así como la relación entre influencias de pares y conductas alimentarias anómalas (Mancilla-Díaz et al., 2009). Al respecto, Bermúdez-Bautista et al. (2009) reportaron que la insatisfacción corporal debe ser vista como una condición moduladora que, al interactuar con factores socioculturales (como es la influencia de los pares), puede favorecer el desarrollo de conductas alimentarias anómalas y la intención de cumplir con los modelos sociales.

Se ha enfatizado la importancia de la interiorización del ideal corporal en el desarrollo de la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva en adolescentes y jóvenes adultos de ambos sexos, sin embargo, no se tiene conocimiento de estudios que hayan evaluado esta relación en preadolescentes, lo cual resultaría relevante, ya que la interiorización de los ideales sociales se presentan a muy temprana edad y es a lo largo del desarrollo que dichos ideales

se refuerzan o se debilitan; bajo este razonamiento, se esperaría que muestras de preadolescentes también interioricen el ideal corporal socialmente aceptable.

### **3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LA DIETA RESTRICTIVA**

Con la finalidad de explicar el desarrollo de la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva se han propuesto y evaluado diversos modelos, los cuales se caracterizan por ser esquemas que facilitan la comprensión y el estudio de un determinado comportamiento, ya que en ellos se expresan relaciones, causalidades, efectos directos e indirectos entre las variables implicadas; por lo tanto se considera indispensable hacer una reseña de los modelos que sobresalieron en la revisión realizada para los fines de este estudio.

#### **3.1. MODELOS TEÓRICOS**

Un primer modelo es el propuesto por Huon y Strong (1998), quienes consideran que las influencias sociales tienen un efecto significativo y único sobre las conductas de los adolescentes, por lo cual juzgan que la presión social es la que los alienta a realizar dietas; sin embargo, también es evidente que no todos los adolescentes que están expuestos a las influencias sociales las realizan, esto se debe a que las características de cada individuo, como es el funcionamiento autónomo o las habilidades sociales, pueden moderar el impacto de las influencias sociales sobre su comportamiento. Al respecto, Huon y Strong sostienen que las competencias sociales y la autonomía están ligadas al funcionamiento de la propia familia, siendo ésta la base que promueve las conductas saludables o no saludables (véase Figura 1).

El modelo de la influencia tripartita, propuesto por Thompson et al. (1999), es uno de los más referidos en las investigaciones que tuvieron como propósito comprender el desarrollo de la insatisfacción corporal, ya que éste surge de una revisión exhaustiva que hacen Thompson et al. sobre la teoría, evaluación y tratamiento de los problemas relacionados a la imagen corporal, en la cual concluyen que el entendimiento de la insatisfacción está sujeta al estudio de múltiples factores, por ello proponen un modelo integrativo —en dos versiones— de los diversos agentes que afectan a la imagen corporal.

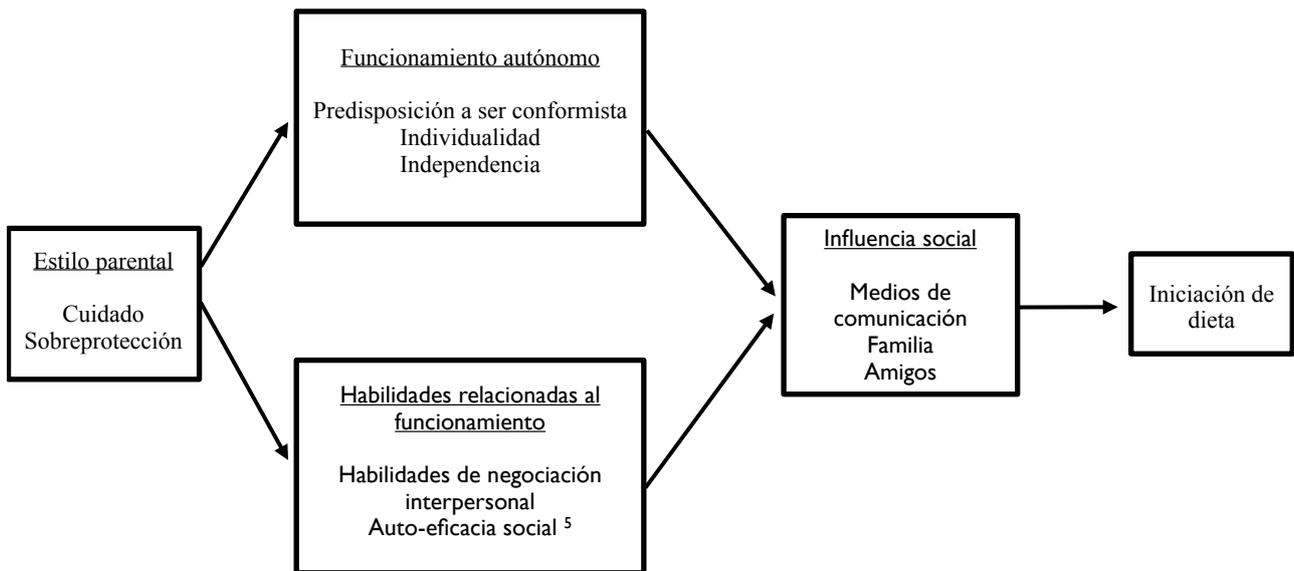


Figura 1. Modelo de iniciación de dieta restrictiva (Huon & Strong, 1998).

En la versión A del modelo de influencia tripartita (véase Figura 2) se sugiere que los pares, padres y medios de comunicación dan pie a la comparación social y a la interiorización del ideal corporal, donde esta última también es afectada por la propia comparación. Así, tanto la interiorización como la comparación dan pie a la insatisfacción corporal, ésta a la restricción y a la conducta bulímica y, finalmente, ésta tiene un efecto recíproco con el funcionamiento psicológico global. Mientras que, en la versión B (véase Figura 3), dicho funcionamiento psicológico global se propone como un mediador entre la influencia de los pares, de los padres y de los medios de comunicación sobre la comparación y la interiorización, al tiempo que se respetan el resto de las relaciones propuestas en la versión A.

Posteriormente, Smolak y Levine (2001) propusieron un modelo de influencias socioculturales sobre el desarrollo de la insatisfacción corporal en la preadolescencia, el cual surge de la necesidad de conocer sus orígenes en esta etapa, ya que —de acuerdo con estos autores— pocos son los estudios que han intentado explicarlo. Este modelo se basa en el propuesto por Huon y Strong (1998), mencionado previamente, sobre el origen de la dieta en los adolescentes. Como se observa en la Figura 4, el modelo propuesto por Smolak y Levine sugiere que la interacción entre el sexo y el IMC (p.e. niñas con sobrepeso) puede

<sup>5</sup> Autoeficacia es definida como la convicción que una persona tiene para efectuar, con éxito, la conducta necesaria para producir un resultado determinado (Bandura, 1977).

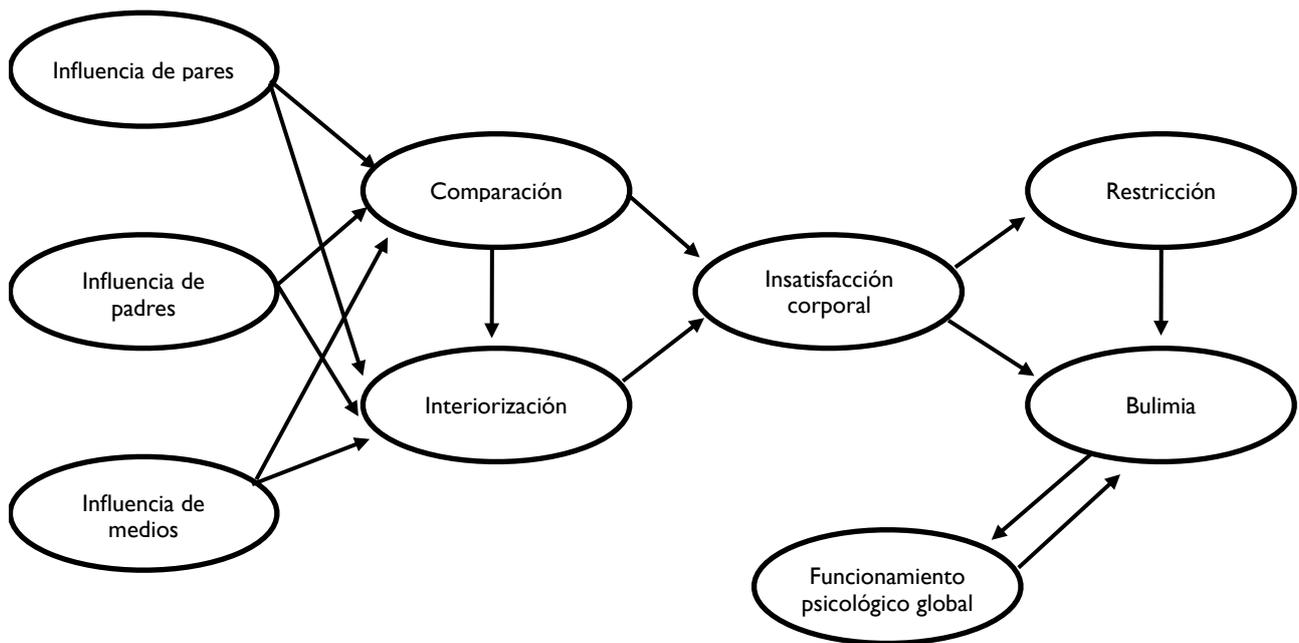


Figura 2. Modelo de influencia tripartita sobre la insatisfacción corporal, versión A (Thompson et al., 1999).

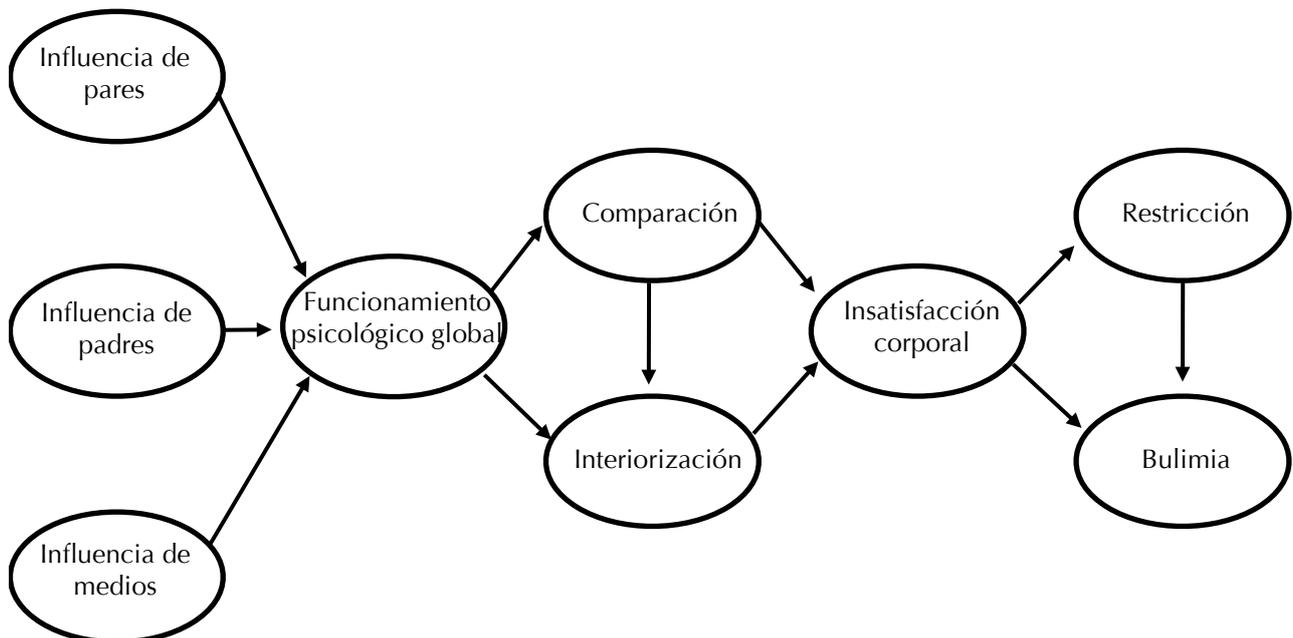


Figura 3. Modelo de influencia tripartita sobre la insatisfacción corporal, versión B (Thompson et al., 1999).

generar un mayor número de comentarios relacionados a la figura y el peso corporal, los cuales —al interactuar con una baja autonomía— pueden dar pie a la preocupación por la apariencia corporal. Ésta, en combinación con la influencia de los medios de comunicación,

de los pares y de los padres, que sirven como modelos sociales, tiene como resultado la presencia de la insatisfacción corporal, la cual —a su vez— está relacionada con la dieta. Cabe destacar que Smolak y Levine sugieren que la relación entre los modelos sociales y la preocupación por el peso y la figura es bidireccional, de la misma manera que el vínculo entre insatisfacción y dieta.

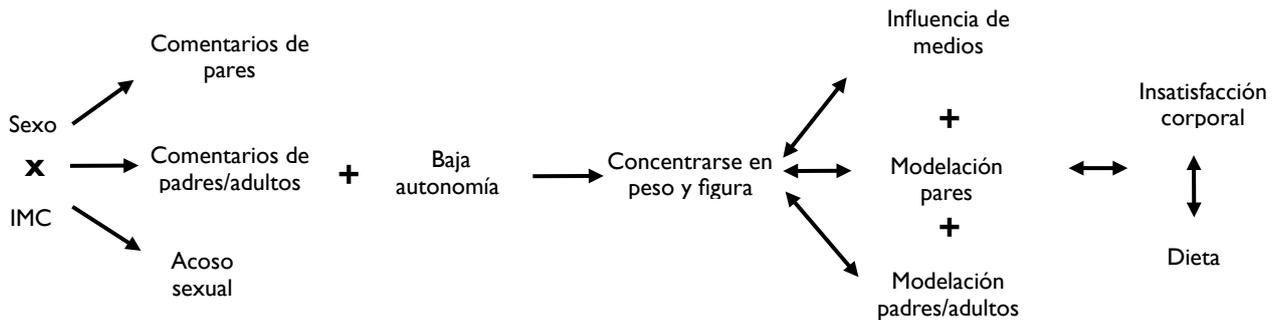


Figura 4. Modelo de influencias socioculturales sobre el desarrollo de insatisfacción corporal y dieta (Smolak & Levine, 2001).

Nota: IMC = Índice de Masa Corporal

### 3.2. MODELOS EMPÍRICOS

En muestras de preadolescentes se encontraron dos modelos empíricos, el primero fue realizado por Sands y Wardle (2003) con el propósito de aumentar el entendimiento acerca del desarrollo de la insatisfacción corporal en niñas de entre 9 y 12 años de edad. Las autoras tenían por hipótesis que la interiorización del ideal corporal sería una variable mediadora entre las influencias socioculturales y la insatisfacción corporal. Para poner a prueba su modelo contaron con la participación de 356 niñas inglesas. Como se observa en la Figura 5, las autoras realizaron dos análisis de senderos para dar respuesta a su pregunta de investigación. El primero incluyó como variable dependiente la interiorización del ideal corporal, que fue explicada por la consciencia de dicho ideal ( $R^2 = .31$ ) y un porcentaje adicional de la varianza ( $R^2 = .08$ ) fue explicado al incluir las variables socioculturales, mismas que afectaron de forma directa a la consciencia ( $R^2 = .07$ ). En el segundo análisis de senderos se tenía como variable dependiente la insatisfacción corporal, sobre la cual se observó un efecto directo de la interiorización ( $R^2 = .36$ ) y del IMC ( $R^2 = .16$ ) y un efecto indirecto de la consciencia ( $R^2 = .01$ ). Con estos análisis se confirmó que las influencias

socioculturales tienen un impacto sobre la insatisfacción corporal a través de la consciencia y la interiorización de los ideales sociales, la cual es sustancialmente más relevante que el IMC.

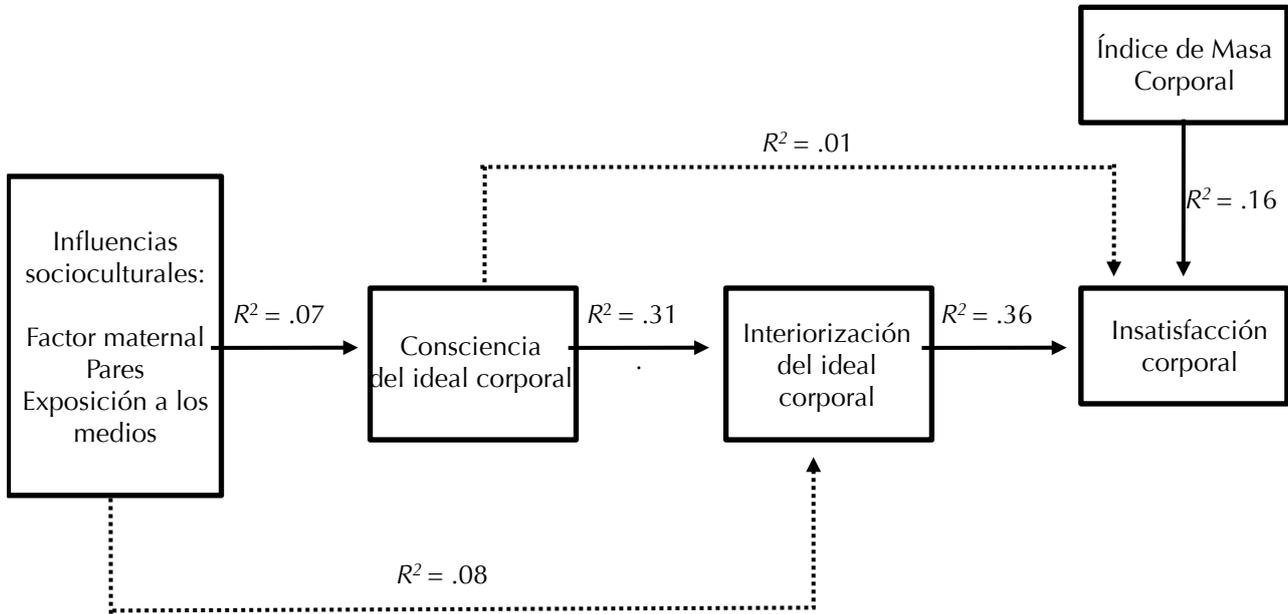


Figura 5. Desarrollo de la insatisfacción corporal en niñas de entre 9 y 12 años de edad (Sands & Wardle, 2003).

Nota: líneas sólidas representan senderos predichos, líneas punteadas representan senderos adicionales.

El segundo modelo empírico encontrado en preadolescentes fue el expuesto por Clark y Tiggemann (2006), quienes coinciden en la importancia de los factores socioculturales sobre la construcción de la imagen corporal y destacan que aunque la adolescencia ha sido considerada la etapa del desarrollo con mayor susceptibilidad para el desencadenamiento de problemas con la imagen corporal, los preadolescentes no están exentos de la influencia de los factores socioculturales. Por ello se propusieron examinar el rol de la influencia de pares y de los medios de comunicación sobre la interiorización del ideal corporal y la insatisfacción corporal en niñas de 9 a 12 años de edad. Las autoras reportan que con este modelo (véase Figura 6) se explicó 49% de la varianza de la insatisfacción y 41% de la estima corporal, el cual consideran un segundo indicador de la insatisfacción. En este modelo se puede observar el rol de los factores biológicos, como son los efectos directos del IMC sobre la insatisfacción y la estima corporal, así como de la edad sobre la estima y la insatisfacción, en esta última de forma indirecta. De la misma manera que en el modelo de

Sands y Wardle (2003), la interiorización del ideal corporal fue mediadora de la influencia de los medios y de los pares sobre la insatisfacción corporal; por ello, Clark y Tiggeman concluyen que los resultados obtenidos apoyan el modelo sociocultural (Stice 1994; Thompson et al., 1999), en el que se propone que la influencia de los pares y de los medios de comunicación dan pie a la insatisfacción corporal a través de la interiorización del ideal de la apariencia.

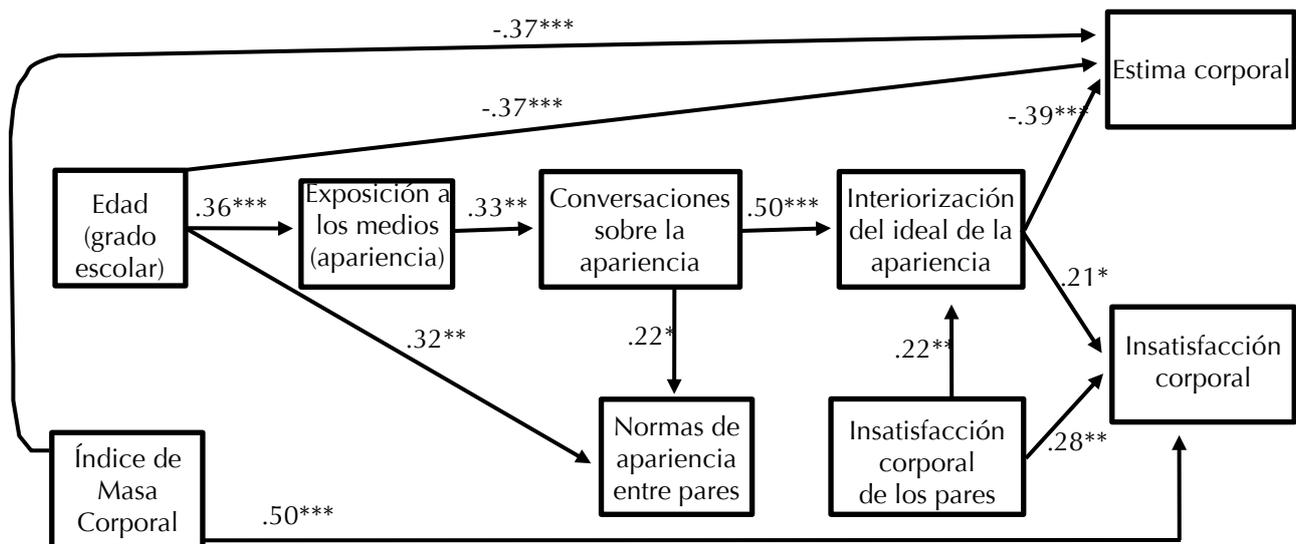


Figura 6. Diagrama de senderos para el modelo de desarrollo de insatisfacción corporal (Clark & Tiggemann, 2006).

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Entre los modelos que han sido probados en muestras de adolescentes se ubica el realizado por Dunkley et al. (2001), quienes tenían como premisa que la práctica de dietas restrictivas y los problemas con la imagen corporal son el resultado de la influencia de factores socioculturales, entre los cuales se encuentran los medios de comunicación; sin embargo, al considerar que no todas las personas son susceptibles a dicha influencia, las autoras supusieron la existencia de agentes socioculturales más inmediatos, como los pares y la familia, quienes refuerzan los mensajes emitidos por los medios y dan pie al desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva. Bajo este argumento, Dunkley et al. se propusieron explorar el rol de tres tipos de agentes socioculturales —medios, pares y padres— en mujeres adolescentes de entre 13 y 17 años de edad. Los resultados indicaron que si bien un alto IMC fue el mejor predictor de la insatisfacción corporal y ésta de la dieta restrictiva (véase Figura 7), los padres, pares y medios también influyen sobre la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva; no obstante, es posible percatarse que los pares están entre las

aportaciones más fuertes y directas sobre insatisfacción y dieta. Estos hallazgos apoyan la aplicabilidad del modelo sociocultural a la explicación del desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva en adolescentes de etapa intermedia.

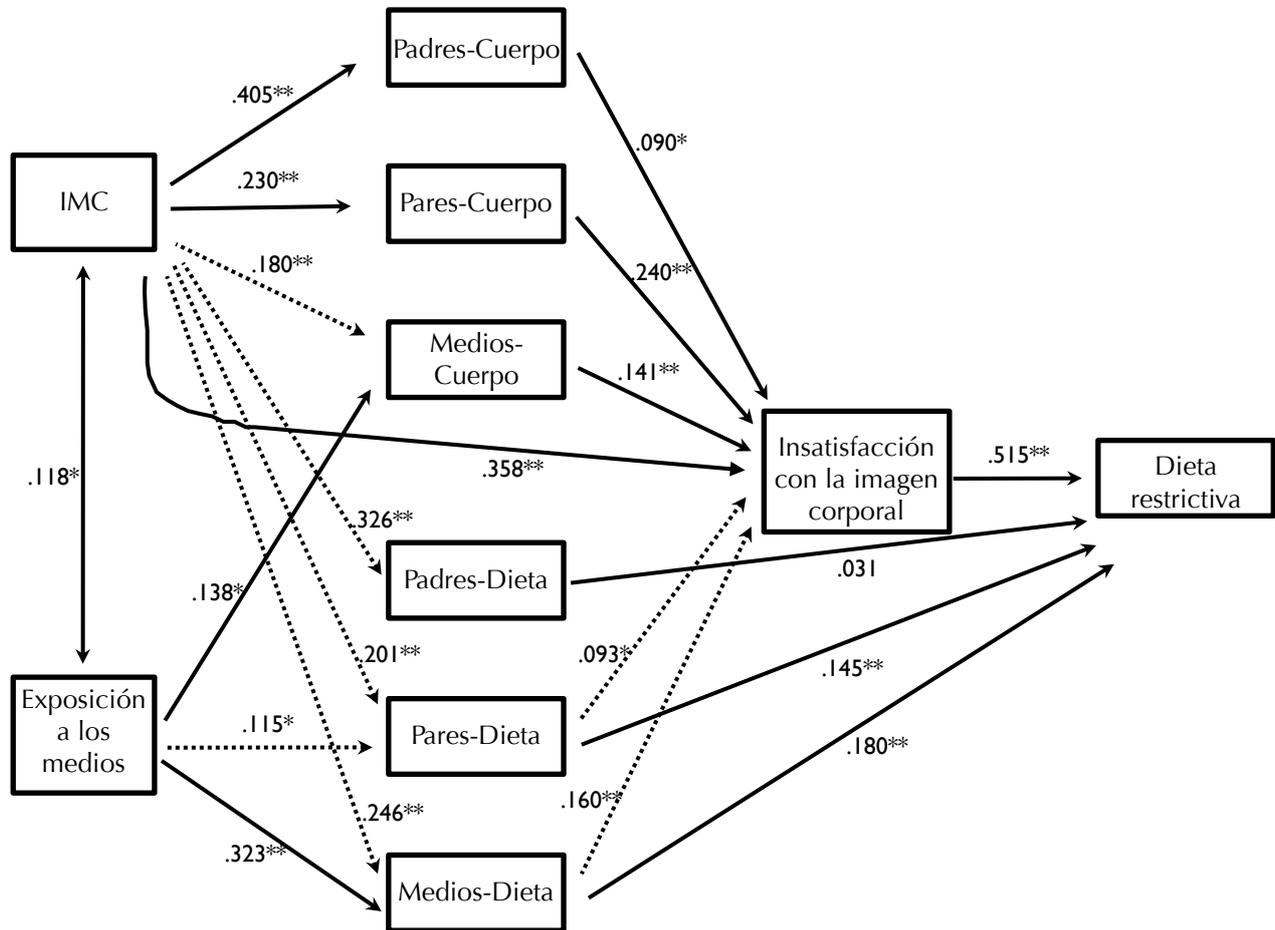


Figura 7. Diagrama de senderos que explora el desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva (Dunkley et al., 2001).

Nota: IMC = Índice de Masa Corporal, \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ , líneas sólidas representan senderos predichos, líneas punteadas representan senderos significativos no esperados.

Un segundo modelo propuesto para mujeres adolescentes de 15 años de edad es el de van den Berg, Wertheim et al. (2002), el cual fue diseñado con tres propósitos: 1. Conocer si las burlas relacionadas al peso son mediadoras de la relación entre el IMC y los problemas de imagen corporal; 2. Saber si estos problemas predicen conductas alimentarias anómalas; y 3. Si las conductas alimentarias anómalas influyen directamente en el funcionamiento psicológico. van den Berg, Wertheim et al. mencionan que los índices de ajuste del modelo mostraron una pobre adecuación ( $\chi^2(128) = 358.67$ ,  $p < .001$ ,  $CFI = .929$ ,  $RMSEA = .069$ ,  $CI = .062 - .077$ ), dado que el valor  $\chi^2$  en análisis de confirmación refleja el grado en que el

modelo propuesto es consistente con los datos, se esperaba que este estadístico no fuera significativo. A pesar de la evidencia estadística los autores refieren que la insatisfacción corporal es un fuerte predictor de la dieta restrictiva; mientras que aquellas adolescentes que presentaban un alto IMC tenían una mayor probabilidad de recibir burlas por parte de sus pares, padres, hermanos o amigos; además, una mayor insatisfacción corporal predijo un funcionamiento psicológico menos adaptativo, es decir, baja autoestima y alta depresión (véase Figura 8). Las autoras concluyen que con este modelo se apoyan la premisa de que los comentarios —como son las burlas sobre la apariencia— de los agentes socioculturales inmediatos son un factor de riesgo en los problemas relacionados con la imagen corporal y la alimentación.

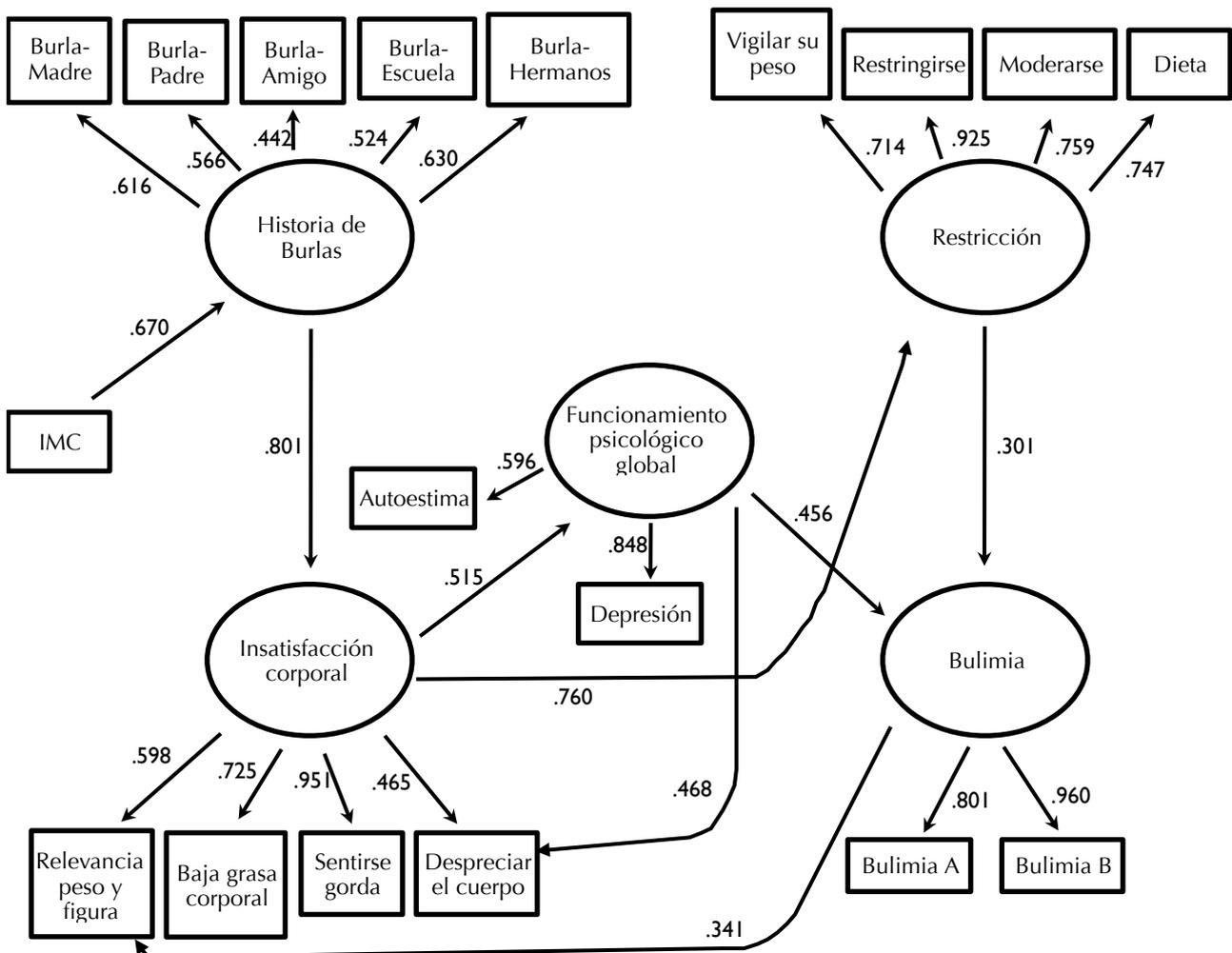


Figura 8. Predictores de problemas con la imagen corporal, las conductas alimentarias y el funcionamiento psicológico global (van den Berg, Wertheim et al., 2002).

Nota: todos los senderos presentados en el modelo fueron significativos.

Entre los trabajos que han considerado a jóvenes adultos se encuentra el de Fingeret y Gleaves (2004), quienes probaron un modelo de variables —consciencia, ideología feminista, autoestima e IMC— consideradas potencialmente protectoras de la interiorización del ideal corporal. En este estudio participaron 202 mujeres de entre 18 y 45 años de edad, en las cuales se observó que la ideología feminista no tiene efecto sobre la interiorización del ideal corporal ni tampoco en la insatisfacción corporal; no obstante, la baja autoestima influyó en ambas, incluso los autores sugirieron que la interiorización es un mediador de la relación entre insatisfacción corporal y autoestima. En la Figura 9 se observa el modelo probado por Fingeret y Gleaves, en el cual se aprecia que las relaciones entre consciencia, ideología feminista, autoestima e IMC fueron muy bajas, destacando la nula relación entre estas dos últimas. De la misma manera, los autores mencionaron que el modelo obtuvo bajos índices de ajuste ( $\chi^2(93) = 188.94$ ,  $RMSEA = .073$ ,  $NFI = .89$ ,  $NNFI = .91$ ,  $CFI = .93$ ,  $GFI = .89$ ,  $AGFI = .83$ ), empero concluyeron que esta investigación proporciona apoyo al estudio del impacto de los factores socioculturales sobre la insatisfacción corporal y destacaron que la baja autoestima es un factor de riesgo para el desarrollo de la insatisfacción corporal, y por ello debe considerarse en los programas preventivos, de modo que funcione como factor protector ante estas psicopatologías.

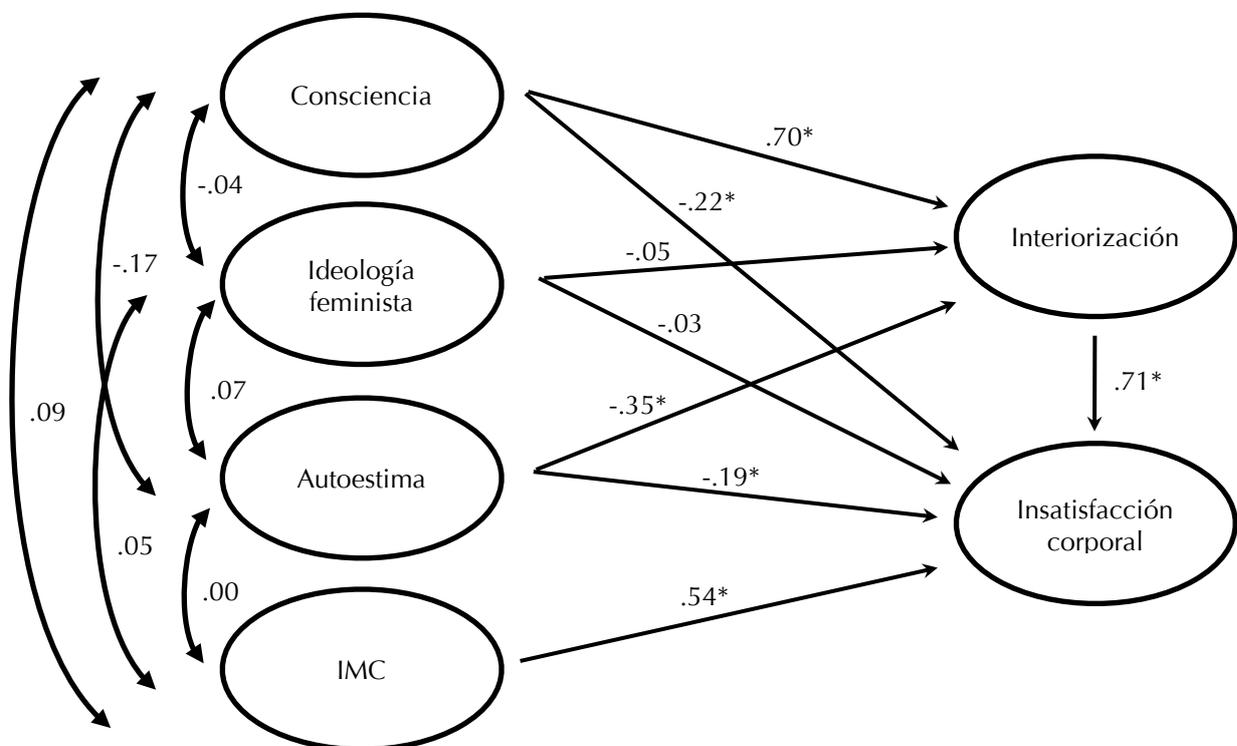


Figura 9. Modelo de factores protectores de la interiorización del ideal corporal e insatisfacción corporal (Fingeret & Gleaves, 2004).

Nota: IMC = Índice de Masa Corporal, \*  $p < .05$

Como se señaló al principio de esta sección, el modelo de influencia tripartita propuesto por Thompson et al. (1999) ha servido como fundamento teórico para investigaciones que han tenido como finalidad estudiar el desarrollo y mantenimiento de los problemas relacionados a la imagen corporal y las conductas alimentarias. Sin embargo, pocos son los estudios que han probado dicho modelo, entre estos se puede citar el de van den Berg, Thompson, Obremski-Brendon y Coovert (2002), quienes se propusieron examinar una parte del modelo de influencia tripartita, además de añadir el factor de perfeccionismo y la variable de IMC, ya que se considera que ambas están altamente correlacionadas con la sintomatología de los TCA. En este estudio se contó con la participación de 196 mujeres de entre 18 y 22 años de edad. Los autores señalaron que el primer análisis de este modelo obtuvo un ajuste mediocre ( $\chi^2(269) = 498.34$ ,  $RMSEA = .081$ ,  $CFI = .881$ ,  $AGFI = .72$ ), por lo cual fue necesario agregar los senderos sugeridos por la prueba de Lagrange, los cuales iban de funcionamiento psicológico global a insatisfacción corporal, de perfeccionismo a comparación y de influencia de pares a restricción; mientras que se eliminaron los senderos no significativos, de acuerdo con la prueba de Wald, que iban de influencia de medios a IMC, influencia de pares a comparación, perfeccionismo a insatisfacción corporal, IMC a comparación y perfeccionismo a restricción. Modificaciones que permitieron que el modelo tuviera un mejor ajuste ( $\chi^2(273) = 474.54$ ,  $RMSEA = .076$ ,  $CFI = .900$ ,  $AGFI = .74$ ). En la Figura 10 se muestra el modelo final con los coeficientes estandarizados para cada sendero y se concluye que la comparación social es un importante mediador entre las influencias sociales (específicamente de los padres y de los medios) y la insatisfacción corporal, en tanto que la influencia de pares fue un predictor directo de la restricción alimentaria.

El estudio de Yamamiya, Shroff y Thompson (2008) es otra de las investigaciones que han tenido como propósito probar el modelo de influencia tripartita. Los autores contaron con la participación de 289 mujeres japonesas, con una media de 19.9 ( $DE = 2.36$ ) años de edad. Los índices para el primer modelo analizado indicaron que éste no mostró un ajuste aceptable a los datos ( $\chi^2 = 163.37$ ,  $p < .0001$ ,  $RMSEA = .16$ ,  $CFI = .82$ ), por lo cual fue necesario añadir los senderos que iban de interiorización, comparación, influencia de padres e influencia de pares a restricción alimentaria, y de la interiorización a la comparación. De acuerdo con los autores, estos cambios permitieron obtener un ajuste moderado ( $\chi^2 = 35.35$ ,  $p < .0036$ ,  $RMSEA = .07$ ,  $CFI = .98$ ) para el modelo final (véase Figura 11), en el cual se observa que el efecto de las influencias sociales sobre la insatisfacción corporal fue mediante variables mediadoras, como la interiorización del ideal corporal y la comparación de la

aparición. Asimismo, las influencias sociales contribuyeron a la presencia de la restricción alimentaria, tanto de forma directa por pares y padres, como indirecta mediante la interiorización del ideal corporal, siendo esta última la que más contribuye a la predicción de la restricción alimentaria. Se concluyó que tanto los factores sociales (pares, padres, familia) como los inter-personales (comparación de la apariencia, interiorización del ideal corporal) están relacionados a los problemas de la imagen corporal y las conductas alimentarias anómalas, lo cual corrobora los hallazgos encontrados en mujeres estadounidenses.

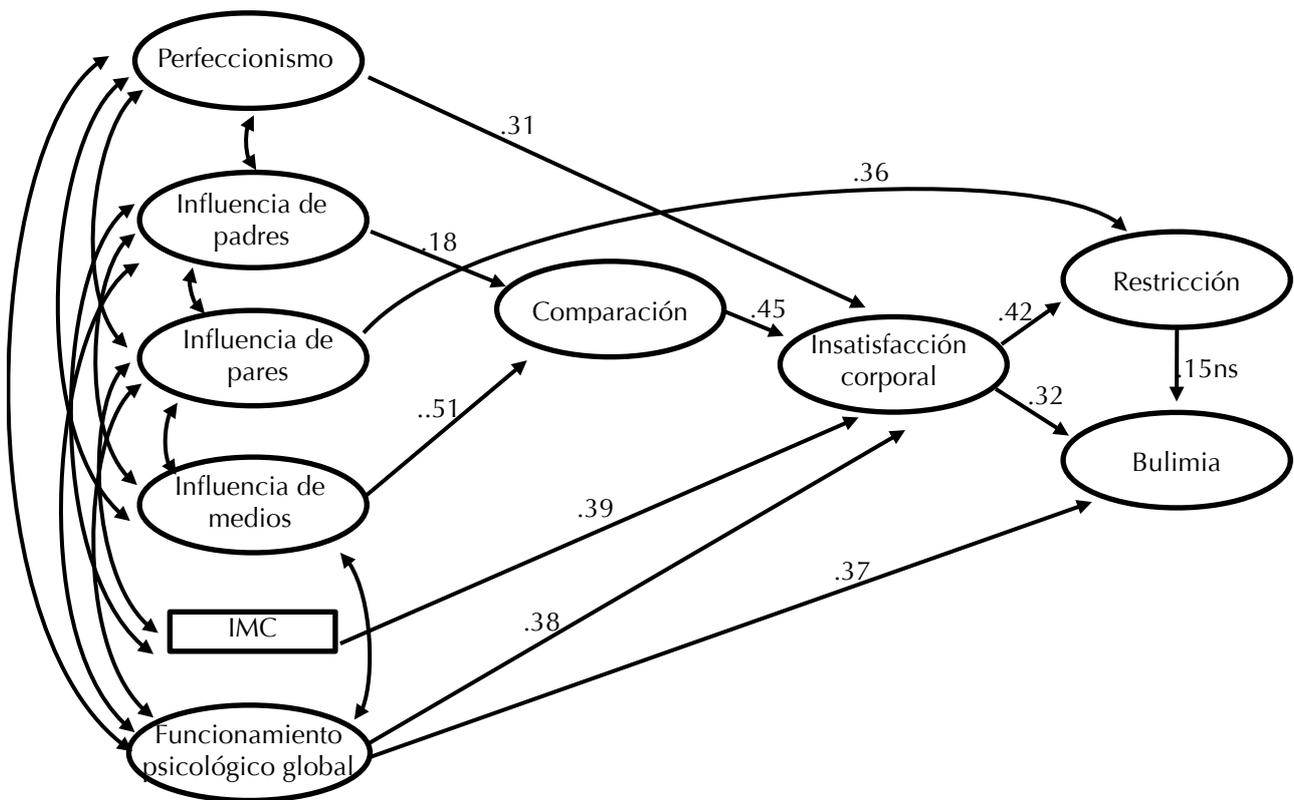


Figura 10. Modelo de influencia tripartita de insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas para mujeres estadounidenses (van den Berg, Thompson et al., 2002).

Nota: IMC = Índice de Masa Corporal, todos los senderos presentados en el modelo fueron *significativos*, excepto el que va de restricción a bulimia, ns = no significativo.

Ésta no fue una revisión exhaustiva sino una síntesis de los modelos encontrados en la revisión realizada para los propósitos de este estudio, que permitió conocer los fundamentos teóricos y empíricos existentes en cuanto a la etiología de la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva, sin embargo, es posible concluir que las influencias sociales (pares, padres y medios) junto con el IMC destacan como fuertes predictores de la insatisfacción corporal, ya

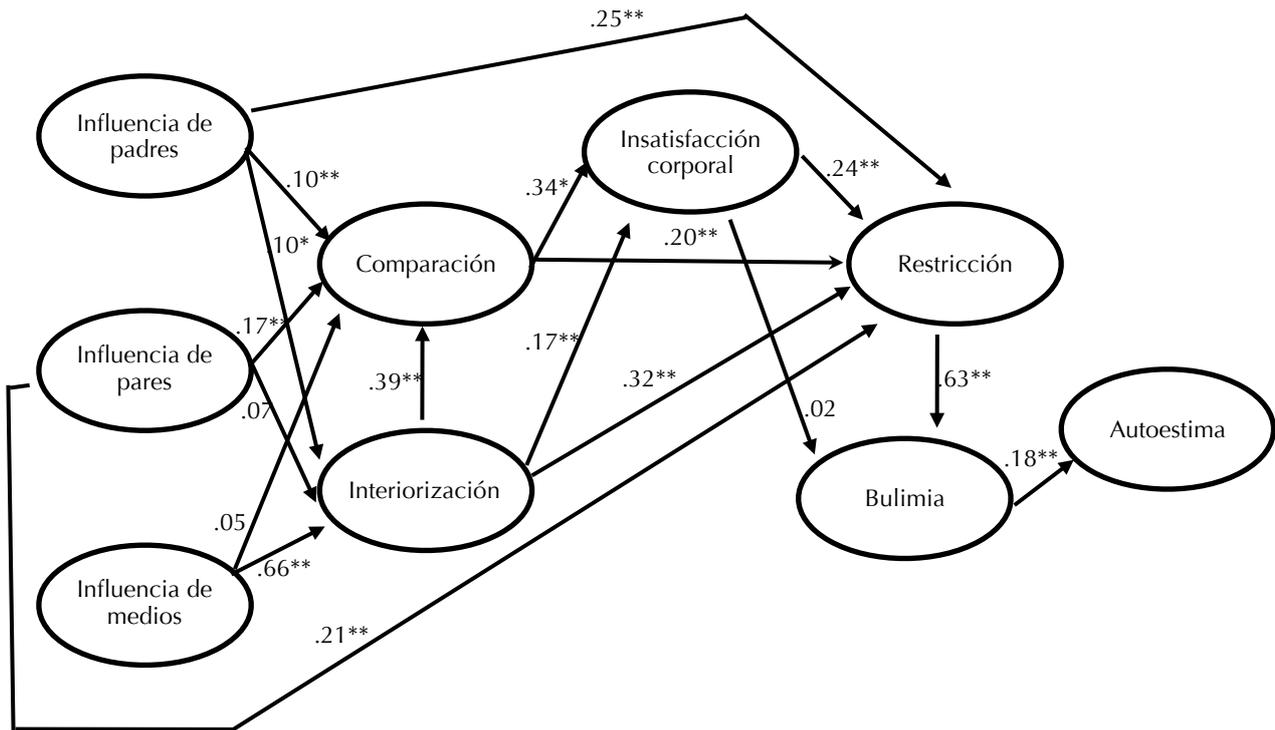


Figura 11. Modelo de influencia tripartita de insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas, para mujeres japonesas (Yamamiya et al., 2008).

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$

sea de forma directa o mediante variables mediadoras, como son la consciencia y la interiorización del ideal corporal. Mientras que la predicción de la dieta restrictiva fue producto, principalmente, de la insatisfacción corporal y —en algunos modelos— de las influencias sociales. Finalmente, aunque los modelos revisados otorgaron mayor importancia al efecto de las variables sociales, no dejaron de lado la contribución de variables psicológicas, entre las que destacó la autoestima.

A manera de conclusión, la revisión realizada a lo largo de los tres apartados precedentes permite apreciar que:

a) La insatisfacción corporal es considerada el principal factor precursor de los TCA y la dieta restrictiva es la conducta alimentaria anómala más común que se deriva, principalmente, de la insatisfacción corporal; la presencia de la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva está asociada a factores biológicos, psicológicos y sociales, no obstante, al analizar los modelos teóricos y empíricos del desarrollo de insatisfacción y dieta se apreció que la mayoría de los modelos sólo incluyeron factores sociales en combinación con factores biológicos ó psicológicos; mientras que, una minoría consideró evaluar la interacción de estos tres

factores. Dado el origen multifactorial de los TCA y sus síntomas, un primer punto a considerar en este estudio fue la evaluación de un modelo biopsicosocial en el desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva;

b) Las influencias socioculturales contribuyen al desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva; de entre ellas, la influencia de los pares ha tenido contribuciones sustanciales en el desarrollo de los TCA, ya que funge como uno de los contactos más directos para comparar la apariencia física y crear consciencia de los estereotipos negativos asociados al cuerpo, a pesar de ello pocos estudios la han examinado, por lo cual resultaría significativo evaluar su papel en el desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva;

c) Los problemas relacionados a la satisfacción con la imagen corporal y la práctica de dietas restrictivas han sido investigados primordialmente con muestras de mujeres, sin embargo, no se descarta su presencia en varones, por ello es necesario que ambos sexos sean participes de estudios de imagen corporal y conductas alimentarias anómalas, ya que de acuerdo con Thompson et al. (1999) cada vez son más las diferencias entre géneros con relación a la práctica de conductas alimentarias anómalas y al estereotipo corporal idealizado;

d) La revisión realizada con las etapas de desarrollo como ejes de análisis, permitió observar que la adolescencia y la juventud temprana son las etapas más estudiadas, dada su alta prevalencia de TCA. No obstante, estudios longitudinales con muestras de mujeres preadolescentes, indicaron que aquellas participantes que en un primera evaluación reportaron preocupación por la imagen corporal y el peso, en años subsecuentes se intensificó su malestar, lo cual sugiere que los TCA no aparecen de un momento a otro durante la adolescencia, sino que la aparición de sus síntomas sigue un curso que puede comenzar a muy temprana edad y evoluciona a lo largo del desarrollo, hasta desembocar en la aparición de un TCA durante la adolescencia o la juventud;

e) Aunque el estudio de la imagen corporal y la dieta restrictiva se ha centrado en mujeres adolescentes, es esencial que al explorar estos temas en hombres u otras etapas del desarrollo se cuente con medidas adecuadas a la población, además de que sus propiedades psicométricas sean apropiadas, ya que esto permitirá respaldar los hallazgos derivados de la investigación en curso.

Por tanto, el propósito de este proyecto fue conocer el rol de la autoestima, así como de factores biológicos (sexo, índice de masa corporal) y socioculturales (influencia de pares e interiorización del ideal corporal) en la predicción de insatisfacción corporal y dieta restrictiva en diferentes etapas del desarrollo.

## OBJETIVOS

### *Objetivo General*

Conocer el rol de la autoestima, así como de factores biológicos (sexo, índice de masa corporal) y socioculturales (influencia de pares e interiorización del ideal corporal) en la predicción de insatisfacción corporal y dieta restrictiva en diferentes etapas del desarrollo.

### *Objetivos específicos*

1. Comparar entre sexos y entre cinco grupos de edad (pre-adolescentes, adolescentes en etapa temprana, adolescentes en etapa intermedia, adolescentes en etapa tardía y jóvenes adultos), índice de masa corporal, autoestima, influencia de pares, interiorización del ideal corporal, insatisfacción corporal y dieta restrictiva.
2. Evaluar la asociación entre autoestima, índice de masa corporal, influencia de pares e interiorización del ideal corporal con insatisfacción corporal y dieta restrictiva para cada etapa del desarrollo (pre-adolescentes, adolescentes en etapa temprana, adolescentes en etapa intermedia, adolescentes en etapa tardía y jóvenes adultos).
3. Examinar en cinco etapas del desarrollo (pre-adolescentes, adolescentes en etapa temprana, adolescentes en etapa intermedia, adolescentes en etapa tardía y jóvenes adultos) la contribución de la autoestima, el índice de masa corporal, el sexo, la influencia de pares y la interiorización del ideal corporal en la predicción de la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva.

## HIPÓTESIS

A partir de los antecedentes previamente expresados se derivó un modelo hipotético (véase Figura 12) y las siguientes hipótesis:

- a) De acuerdo con el sexo, las mujeres serán quienes reporten mayor influencia de pares, interiorización, insatisfacción corporal y dieta restrictiva en comparación con los hombres, mientras que, de forma inversa, la autoestima será mayor en hombres que en mujeres.
- b) El grupo con mayor edad (jóvenes adultos) estará sujeto a mayor influencia sociocultural. Mientras que la insatisfacción corporal será mayor para el grupo de adolescencia intermedia comparado con el resto de las etapas del desarrollo.
- c) Para todos los grupos de edad se observarán correlaciones positivas de insatisfacción corporal y dieta restrictiva con influencia de pares, interiorización e IMC; en tanto que la relación entre insatisfacción y dieta restrictiva con autoestima serán negativas.
- d) El sexo, el IMC, la influencia de pares, la interiorización y la autoestima tendrán un efecto directo sobre la insatisfacción y la dieta restrictiva. De igual manera, la baja autoestima predecirá la interiorización del ideal corporal.
- e) La interiorización del ideal corporal fungirá como variable mediadora del efecto de la influencia de pares y de la autoestima sobre la insatisfacción corporal.

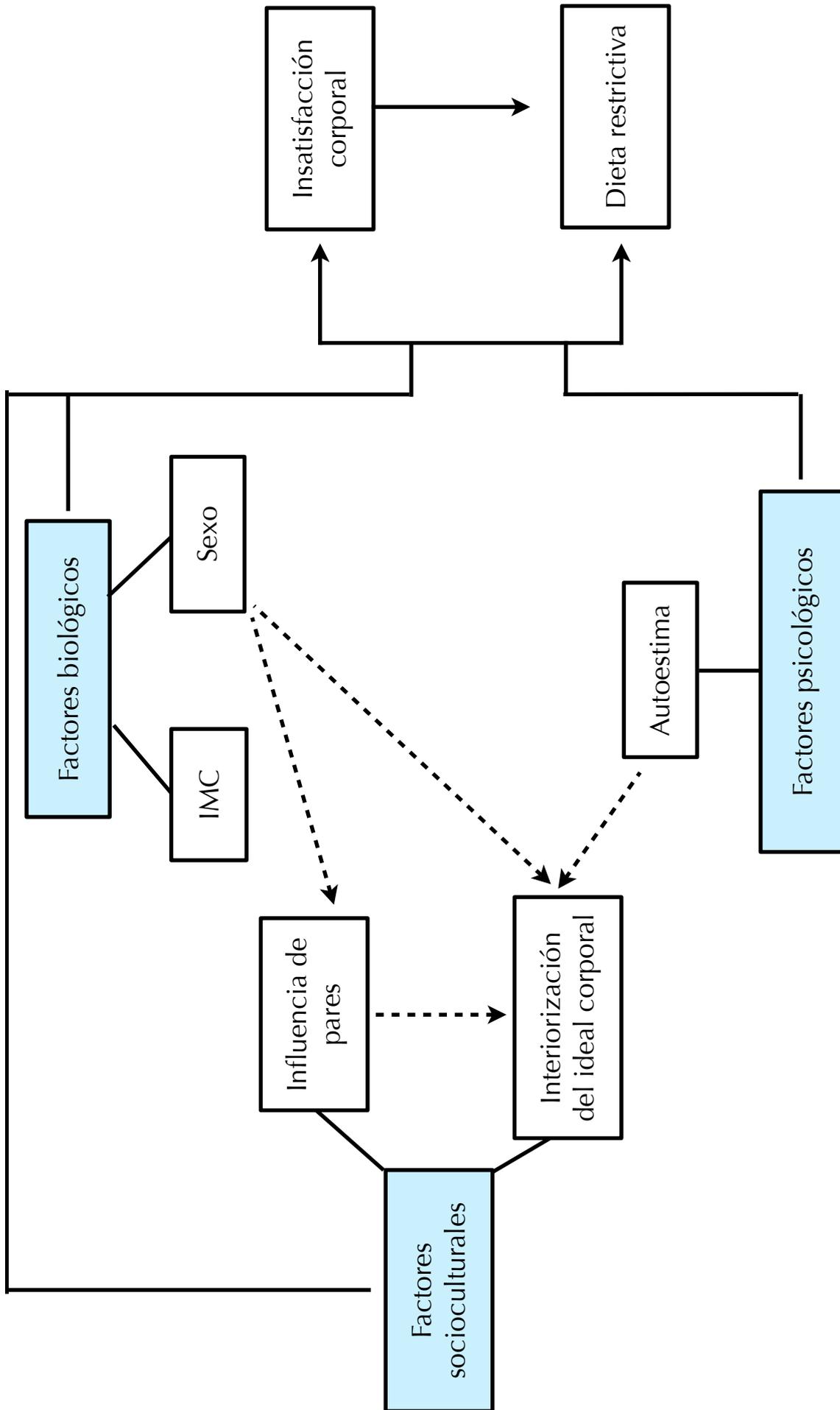


Figura 12. Modelo hipotético del desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva.  
 Nota: IMC = Índice de Masa Corporal. Flechas sólidas efectos directos, flechas punteadas efectos indirectos.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

La muestra fue no probabilística de tipo intencional. Con respecto al tamaño muestral, Kline (2005) mencionó que el uso de ecuaciones estructurales requiere un mínimo de 200 participantes para obtener un modelo sustentable, o bien, una tasa de 10 ó 20 a 1, es decir, considerar 10 ó 20 casos por cada parámetro a estimar. Teniendo en cuenta esta regla, la puesta a prueba del modelo hipotético de este estudio requería el contar con un mínimo de 160 participantes. Por lo tanto, la muestra fue de  $N = 600$ , la cual incluyó a 292 hombres y 308 mujeres residentes en la zona metropolitana de la Ciudad de México, provenientes de escuelas públicas y privadas de enseñanza básica, media, media-superior y superior. Esta muestra, de acuerdo con la edad, se dividió en cinco grupos: pre-adolescentes, de 10 a 11 años; adolescentes (etapa temprana), de 12 a 13 años; adolescentes (etapa intermedia), de 14 a 15 años; adolescentes (etapa tardía), de 16 a 18 años; y jóvenes adultos, de 19 a 24 años (véase Tabla 1).

Tabla 1

*Distribución de la muestra por sexo y etapas de desarrollo*

Sexo	Grupos por etapa de desarrollo					Total
	Preadolescencia (10-11)	Adolescencia Temprana (12-13)	Adolescencia Intermedia (14-15)	Adolescencia Tardía (16-18)	Juventud (19-24)	
Femenino	60	60	66	64	58	308
Masculino	60	60	54	56	62	292
Total	120	120	120	120	120	600

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Contar con el consentimiento informado del participante o de los padres.
2. Cumplir con los rangos de edad establecidos previamente.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. No contestar todos los reactivos.
2. No contar con el consentimiento informado del participante o de los padres.
3. Estar embarazada.

## DISEÑO

Este estudio fue no experimental, ya que no se realizó ninguna manipulación de variables y sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Kerlinger & Lee, 2002).

## TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue transversal, ya que se recopilaron datos de varias generaciones en un solo momento, sin evaluar su evolución (Hoffman et al., 1996).

## INSTRUMENTOS Y MEDIDAS

**Hoja de datos generales.** Tuvo por objetivo conocer datos sociodemográficos, como fueron la edad, el sexo, ausencia o presencia de embarazo en los participantes.

**Test de Actitudes Alimentarias** (EAT, por sus siglas en inglés; Garner & Garfinkel, 1979) y **Test Infantil de Actitudes Alimentarias** (ChEAT, por sus siglas en inglés; Maloney, McGuire, & Daniels, 1988); los cuales evalúan la presencia de síntomas y características de los TCA. El EAT cuenta con 40 reactivos y el ChEAT con 26; en ambas versiones se presentan seis opciones de respuesta tipo Likert. El ChEAT fue adaptado a población mexicana, de entre 9 y 15 años de edad, por Escoto y Camacho (2008), quienes reportan que posee una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .82$ ) y una estructura de cinco factores. Mientras que para

el EAT, Alvarez, Vázquez, Mancilla, y Gómez-Peresmitre (2002) evaluaron su consistencia interna con una muestra comunitaria de mujeres mexicanas de entre 13 y 30 años de edad, la cual mostró ser buena ( $\alpha = .90$ ). Posteriormente, incluyendo mujeres con TCA, Alvarez-Rayón et al. (2004) identificaron una estructura de cinco factores. Finalmente, Vázquez et al. (2010) reportaron que en varones el EAT cuenta con adecuada consistencia interna ( $\alpha = .79$ ) y una estructura de cinco factores.

Para evaluar la dieta restrictiva se seleccionaron seis reactivos, que coinciden en el EAT y el ChEAT, mismos que tuvieron un *alpha* de Cronbach de .69 en la muestra del presente estudio. Se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) que comprobó que los seis reactivos seleccionados formaban parte de un mismo factor y que era una medida adecuada de dieta restrictiva ( $\chi^2(7,600) = 9.402, p = .225, NFI = .984, NNFI = .991, CFI = .996, IFI = .996, GFI = .995, AGFI = .984, RMSEA = .024$ ).

**Cuestionario de Imagen Corporal - 16** (BSQ-16, por sus siglas en inglés). La primera versión de este instrumento fue diseñada por Cooper et al. (1987) como un cuestionario de autoreporte que evalúa insatisfacción corporal, a partir de 34 ítems, con seis opciones de respuesta tipo Likert. No obstante, para el presente estudio se retomó la versión de 16 reactivos propuesta por Evans y Dolan (1993) quienes fundamentaron que posee excelente consistencia interna ( $\alpha = .96$ ) y una estructura unifactorial. En un estudio preliminar, se valoraron las propiedades psicométricas del BSQ-16, con una muestra mexicana independiente a la del presente estudio de entre 10 y 24 años de edad, de los cuales 200 eran mujeres y 200 hombres, se evaluó la consistencia interna y el análisis factorial exploratorio (AFE) del BSQ-16, los cuales confirmaron que cuenta con muy buena consistencia interna ( $\alpha = .91$ ) y una estructura unifactorial. Posteriormente, se realizó un AFC para la estructura factorial sugerida en el AFE, en el cual se obtuvieron buenos índices de ajuste (véase Apéndice A). Con la muestra principal de este estudio, se obtuvo un *alpha* de Cronbach de .94.

**Escala de Autoestima de Rosenberg** (RSES, por sus siglas en inglés; Rosenberg, 1965). Tiene por objetivo estimar las creencias y actitudes que una persona tiene de sí misma. Consta de 10 ítems, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert. González-Forteza (1992), en un estudio piloto con adolescentes mexicanos de ambos sexos, de entre 13 y 15 años de edad, reportó que la escala posee una consistencia interna satisfactoria ( $\alpha = .75$ ); posteriormente,

González-Forteza, Andrade, y Jiménez (1997) evaluaron nuevamente las propiedades psicométricas de la RSES con una muestra similar de adolescentes, con la cual se confirmó que esta escala posee adecuada consistencia interna ( $\alpha = .68$ ) y, adicionalmente, proponen una estructura de dos factores.

Con una muestra de hombres ( $n = 200$ ) y mujeres ( $n = 200$ ) de entre 10 y 24 años de edad, independiente a la de este estudio, se analizaron la consistencia interna y el AFE del RSES. De acuerdo con los resultados de estos análisis y para el caso del presente estudio sólo se consideraron nueve de los 10 reactivos de esta escala (véase Apéndice B), los cuales obtuvieron una consistencia interna satisfactoria ( $\alpha = .75$ ). Cabe señalar que también se realizó el AFC para los dos factores sugeridos por el AFE para este instrumento, en el cual se obtuvieron buenos índices de ajuste (véase Apéndice B).

**Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia - versión Revisada** (SATAQ-R, por sus siglas en inglés; Cusumano & Thompson, 1997). Su finalidad es evaluar la *consciencia*, entendida como el reconocimiento de las normas sociales con relación a la apariencia; así como la *interiorización*, definida como la aceptación y adopción de dichas normas. Este instrumento está conformado por 21 reactivos, con cinco opciones de respuesta tipo Likert. Cusumano y Thompson mencionaron que el factor consciencia está conformado por 11 ítems ( $\alpha = .83$ ), mientras que el factor interiorización consta de 10 ítems ( $\alpha = .89$ ).

Dado que el SATAQ-R no había sido empleado previamente con población mexicana, se realizó su traducción de doble vía, adaptación y evaluación de propiedades psicométricas (véase Apéndice C). Con una muestra independiente a la de este estudio, en la que participaron hombres ( $n = 200$ ) y mujeres ( $n = 200$ ) de entre 10 y 24 años de edad, se obtuvo una buena consistencia interna ( $\alpha = .86$ ) y una estructura de dos factores, la cual fue sometida a comprobación mediante un AFC, que sugirió buenos índices de ajuste. Para los fines de este estudio sólo se consideró el factor interiorización, el cual obtuvo un *alpha* de Cronbach de .92 en esta muestra.

**Inventario de Influencia de Pares sobre la Preocupación Alimentaria** (I-PIEC, por sus siglas en inglés; Oliver & Thelen, 1996). Su propósito es evaluar la influencia de pares sobre la preocupación por la alimentación y la imagen corporal. Consta de cinco opciones de respuesta tipo Likert, para 30 ítems divididos en cinco factores: mensajes, interacción con

niñas, interacción con niños, popularidad con niñas y popularidad con niños. Sus propiedades psicométricas fueron evaluadas con niños y niñas estadounidenses de 9 a 11 años de edad, donde los coeficientes *alpha* de Cronbach, para cada uno de los factores, fueron: .92 en mensajes, .76 y .80 en interacción con niños y niñas, respectivamente, y .88 en ambas escalas de popularidad.

Amaya, Mancilla, Alvarez, Ortega, y Bautista (2011) evaluaron las propiedades psicométricas del I-PIEC con población mexicana de ambos sexos de entre 10 y 19 años de edad, mediante un análisis de consistencia interna, AFE y AFC. Los autores derivaron dos versiones del I-PIEC una para el sexo femenino con 22 reactivos ( $\alpha = .94$ ) y otra para el sexo masculino con 20 reactivos ( $\alpha = .92$ ), ambas con una estructura de tres factores. Para la presente investigación sólo se consideraron los 20 reactivos que coincidían en ambas versiones, de esta manera se obtuvo un *alpha* de Cronbach de .92 para la muestra principal de este estudio.

**Índice de Masa Corporal (IMC).** Desde que se nace el cuerpo sufre cambios inherentes al desarrollo, mismos que determinan el peso y la estatura de cada persona, los cuales son considerados para calcular el IMC que indica el equilibrio o desequilibrio funcional corporal de acuerdo con las características de cada persona (Saucedo-Molina, Ocampo, Mancilla & Gómez, 2001). La Organización Mundial de la Salud (2007) ofrece un sistema de clasificación en el que se considera la edad, el sexo y el IMC del participante para poder clasificarlo en: infrapeso, bajo peso, normopeso, sobrepeso u obesidad; por lo tanto, esta clasificación fue considerada en el presente estudio.

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES**

En la Tabla 2 se aprecian las definiciones conceptuales y operacionales para cada una de las variables consideradas en esta investigación.

## **PROCEDIMIENTO**

Se presentó a las autoridades de las instituciones educativas el protocolo de la investigación. Posteriormente se entregó el consentimiento informado a cada uno de los participantes y para aquellos que eran menores de edad, éste fue otorgado por los padres, quienes también respondieron la hoja de datos generales si sus hijos estaban entre los 10 y 12 años de edad.

Después se realizó la aplicación de los cuestionarios, en los horarios y espacios asignados por las autoridades de cada institución. Las aplicaciones se realizaron en forma grupal, se les explicó a los participantes el objetivo del estudio y se les leyó las instrucciones (también se leyó cada uno de los reactivos a los participantes de entre 10 y 12 años de edad), se les solicitó contestaran de forma individual y se les aseguró la confidencialidad de sus resultados. El orden de aplicación de los instrumentos fue: Hoja de datos generales, EAT o ChEAT, BSQ-16, I-PIEC, SATAQ-R y RSES. Estos fueron contestados en una sola sesión con una duración aproximada de una hora. Posteriormente se midió y pesó a cada participante para calcular su IMC.

Al término de la aplicación se entregó un informe a las instituciones educativas, además de que aquellos participantes que reportaron altas puntuaciones en los cuestionarios contestados fueron canalizados con el psicólogo o trabajador social de la escuela. Por último, se ofreció una plática a padres y/o alumnos acerca de hábitos alimentarios saludables.

#### Análisis de datos

- *t de Student*

Para comparar entre sexos se realizaron *t de Student* (SPSS, versión 20) por cada grupo de edad (preadolescencia, adolescencia etapa temprana, adolescencia etapa intermedia, adolescencia etapa tardía y juventud), en los que fungieron como variable independiente el sexo y como variables dependientes IMC, autoestima, influencia de pares, interiorización del ideal corporal, insatisfacción corporal y dieta restrictiva.

- ANOVA

Para conocer las diferencias entre grupos de edad se realizó un ANOVA (SPSS, versión 20), para cada sexo, teniendo como variable independiente los grupos de edad y como variables dependientes la insatisfacción corporal, la dieta restrictiva, la influencia de pares, la interiorización del ideal corporal, la autoestima y el IMC.

- Correlaciones

Para evaluar la asociación entre autoestima, índice de masa corporal, influencia de pares e interiorización del ideal corporal con insatisfacción corporal y dieta restrictiva, para cada

etapa del desarrollo, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson (SPSS, versión 20).

- Análisis de senderos

Para conocer la contribución de la autoestima, las variables biológicas y socioculturales en el desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva en cada etapa de desarrollo estudiada se realizaron análisis de senderos.

Los *path* análisis se realizaron mediante el programa EQS (versión 6.1.). Se utilizó el método robusto de Satorra Bentler, ya que en estos análisis se consideró una variable nominal (sexo); además, se consideraron los índices de Lagrange, de Wald y los residuos estandarizados para optimizar los modelos. A pesar de los múltiples índices que se han sugerido como indicadores de un adecuado ajuste de los modelos, en este estudio sólo se retomaron los derivados del método robusto de Satorra Bentler, que son los siguientes: 1. Estadístico  $\chi^2$ , el cual tiene que ser no significativo, no obstante, hay que considerar que éste es susceptible al tamaño de la muestra, lo cual incrementa la probabilidad de significancia, por ello se ha propuesto dividirlo entre los grados de libertad, se espera que el valor obtenido sea menor a 3 y mayor a 1, lo cual manifiesta un ajuste aceptable (Kline, 2005); 2. El *NFI* (índice de ajuste normado), *NNFI* (índice de ajuste no-normado), *CFI* (índice de ajuste comparativo), *IFI* (índice de ajuste incrementado) y *MFI* (índice de ajuste no-centralidad), para los cuales se han sugerido como deseables valores  $\geq .95$  (Finch & West, 1997; Pérez, Chacón, & Moreno, 2000; Schreiber, Stage, King, Nora, & Barlow, 2006); y 3. El error cuadrático medio de la aproximación (*RMSEA*), para el cual se proponen valores  $\leq .06$ ; además, se consideraron los intervalos de confianza (IC) del *RMSEA*, para los que se espera que el límite superior sea  $<0.1$  y el inferior  $<0.05$  (Finch & West, 1997; Pérez et al., 2000; Schreiber et al., 2006). Es necesario mencionar que cuando se usan variables nominales en los *path* análisis, ésta debe tener sólo dos categorías, las cuales son codificadas con 0 y 1. En este estudio la variable nominal fue el sexo y se codificó con 0 a las mujeres y con 1 a los hombres, de tal manera que si el valor estimado es negativo se adjudica al grupo codificado con 0 y si es positivo al codificado con 1.

Tabla 2

*Definición conceptual y operacional de las variables del estudio*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
<i>Variables Dependientes</i>		
Insatisfacción corporal	Malestar con la imagen corporal que da pie a conductas nocivas para la salud con la finalidad de modificar la apariencia (Devlin & Zhu, 2001).	Puntuación total del Cuestionario de Imagen Corporal - 16 (BSQ-16). A mayor puntuación, mayor insatisfacción corporal.
Dieta restrictiva	Evitación intencional de la ingestión de alimento con la finalidad de perder o mantener el peso corporal (van Strien & Oosterveld, 2008).	Puntuación total de seis reactivos del Test de Actitudes Alimentarias (EAT), para participantes de entre 15 y 24 años de edad, y del Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT), para participantes menores a 15 años. A mayor puntuación, mayor dieta restrictiva.
<i>Variables Predictoras</i>		
Autoestima	Sentimientos positivos y negativos hacia uno mismo, los cuales se construyen al evaluar las propias características (Rosenberg, 1965).	Puntuación total en la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). A mayor puntuación, mayor autoestima.
<b>Factores biológicos</b>		
Sexo	Condición orgánica-sexual que permite distinguir entre hombre y mujer.	Reporte del participante.
Índice de Masa Corporal (IMC)	Indicador del equilibrio o desequilibrio funcional corporal, calculado a partir de la relación del peso con la estatura (Saucedo-Molina et al., 2001).	Resultado de la operación peso/estatura <sup>2</sup> .
<b>Factores socioculturales</b>		
Influencia de pares	Contribución de los amigos o iguales para que una persona se preocupe por su alimentación y su peso (Oliver & Thelen, 1996).	Puntuación total en el Inventario de Influencia de Pares sobre la Preocupación Alimentaria (I-PIEC). A mayor puntuación, mayor influencia de pares.
Interiorización del ideal corporal	Aceptación del ideal de delgadez socialmente establecido como atractivo y la práctica de conductas destinadas a alcanzar este ideal (Thompson et al., 1999).	Puntuación total en el factor interiorización del ideal corporal del Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia - versión Revisada (SATAQ-R). A mayor puntuación, mayor interiorización.

## RESULTADOS

Como un dato adicional a la caracterización de la muestra, se clasificó a los participantes de acuerdo con su IMC. Como se observa en la Tabla 3, para todos los grupos el porcentaje mayor se observó en la categoría de normopeso; a pesar de ello, casi 60% de los preadolescentes (10-11 años de edad) presentaba sobrepeso u obesidad; además, fueron los varones quienes presentaron mayor obesidad que las mujeres, excepto en el grupo de adolescencia intermedia (14-15 años).

Tabla 3

*Clasificación de acuerdo con el IMC para cada etapa de desarrollo y sexo*

Grupo	Índice de Masa Corporal									
	Infrapeso		Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Obesidad	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
10-11	0	0	2	1	23	23	19	12	16	24
			3 (2.5%)		46 (38.3%)		31 (25.8%)		40 (33.3%)	
12-13	1	0	4	3	28	29	20	11	7	17
	1 (0.8%)		7 (5.8%)		57 (47.5%)		31 (25.8%)		24 (20.0%)	
14-15	0	1	1	4	41	27	13	11	11	11
	1 (0.8%)		5 (4.2%)		68 (56.7%)		24 (20.0%)		22 (18.3%)	
16-18	1	1	5	5	43	25	8	16	7	9
	2 (1.7%)		10 (8.3%)		68 (56.7%)		24 (20.0%)		16 (13.3%)	
19-24	0	0	1	3	37	31	14	18	6	10
			4 (3.3%)		68 (56.7%)		32 (26.7%)		16 (13.3%)	

Nota: M = Mujeres, H = Hombres.

### *Comparación entre sexos*

Como se observa en la Tabla 4, de acuerdo con el análisis *t* de *Student*, hombres y mujeres de edades tempranas —preadolescencia y adolescencia temprana— son semejantes en

conductas y actitudes hacia la imagen corporal, ya que sólo durante la preadolescencia se observaron diferencias en insatisfacción corporal e influencia de pares, siendo la población masculina la que obtuvo medias mayores que las mujeres. Mientras que, a partir de la adolescencia intermedia hasta la juventud se encontraron mayor número de diferencias entre sexos, especialmente en la adolescencia intermedia y en las variables insatisfacción corporal e influencia de pares. Por lo cual, se podría deducir que es hasta la adolescencia cuando es posible distinguir las diferencias entre sexos respecto a las actitudes y las conductas relacionadas a la imagen corporal.

### *Comparación entre grupos de edad*

Con las mujeres (véase Tabla 5) las seis variables —insatisfacción corporal, dieta restrictiva, influencia de pares, interiorización del ideal corporal, autoestima e IMC— de estudio fueron estadísticamente diferentes entre grupos de edades. De acuerdo con la prueba post-hoc de Tukey, preadolescencia y adolescencia temprana difieren con adolescencia intermedia, adolescencia tardía y juventud, asimismo, se observó que de la adolescencia temprana a la intermedia hay un incremento importante en todas las variables, lo cual podría indicar que mujeres de entre 12 y 15 años de edad presentan mayor descontento con su imagen corporal y conductas alimentarias anómalas que el resto de las mujeres.

Por otra parte, con la muestra de hombres, sólo en cuatro variables —insatisfacción corporal, dieta restrictiva, influencia de pares e IMC— se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad (véase Tabla 5). De acuerdo con la prueba post-hoc de Tukey, las diferencias entre grupos se dieron, principalmente, entre adolescencia intermedia y adolescencia tardía (véase Tabla 5), siendo la transición entre estas etapas el incremento más importante para las variables estadísticamente significativas, lo cual indicaría que, a diferencia de las mujeres, la población masculina tiene mayor descontento con su imagen corporal y sus conductas alimentarias entre los 14 y 18 años de edad.

Tabla 4

*Comparación de las variables de estudio entre sexos*

Variables	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DE	M	DE		
<b>Preadolescencia</b>						
Insatisfacción corporal	27.70	14.09	33.50	14.89	2.19	.03
Dieta restrictiva	9.78	3.42	10.30	3.06	.87	.39
Influencia Pares	24.45	9.07	29.98	14.29	2.53	.01
Interiorización	15.48	6.98	17.70	8.45	1.57	.12
Autoestima	31.62	4.19	30.40	3.74	1.67	.10
IMC	20.31	3.50	20.46	3.59	.24	.81
<b>Adolescencia temprana</b>						
Insatisfacción corporal	29.23	15.51	27.90	11.35	.54	.59
Dieta restrictiva	8.80	2.74	8.73	2.70	.13	.89
Influencia Pares	27.47	12.49	25.63	9.43	.91	.37
Interiorización	17.67	7.80	15.32	7.02	1.73	.09
Autoestima	31.90	3.99	31.50	4.12	.54	.59
IMC	21.20	4.36	20.87	4.06	.42	.67
<b>Adolescencia intermedia</b>						
Insatisfacción corporal	42.70	20.30	25.44	11.09	5.91	.00
Dieta restrictiva	12.12	5.11	9.07	2.73	4.17	.00
Influencia Pares	32.82	15.20	23.30	6.80	4.56	.00
Interiorización	23.12	9.04	17.81	7.11	3.60	.00
Autoestima	29.41	5.61	31.67	4.19	2.52	.01
IMC	23.29	4.17	21.92	4.01	1.81	.07

Nota: IMC = Índice de Masa Corporal.

Tabla 4

*Comparación de las variables de estudio entre sexos (continuación)*

Variables	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DE	M	DE		
<b>Adolescencia tardía</b>						
Insatisfacción corporal	40.19	20.15	33.54	13.74	2.13	.04
Dieta restrictiva	12.00	6.33	11.30	4.90	.67	.51
Influencia Pares	32.39	13.18	28.25	11.00	1.85	.07
Interiorización	22.31	8.57	17.55	8.77	3.00	.00
Autoestima	30.72	4.03	31.64	4.27	1.22	.23
IMC	23.46	5.28	24.07	4.16	.70	.49
<b>Juventud</b>						
Insatisfacción corporal	36.97	16.48	31.94	12.64	1.87	.07
Dieta restrictiva	9.88	3.14	10.02	4.22	.20	.84
Influencia Pares	31.07	11.25	26.87	10.63	2.10	.04
Interiorización	21.28	7.94	18.53	7.67	1.93	.06
Autoestima	31.07	3.44	32.24	3.31	1.90	.06
IMC	24.09	3.70	25.18	4.36	1.47	.15

*Nota:* IMC = Índice de Masa Corporal.

Tabla 5

## Comparación de las variables de estudio entre grupos de edad

Variables	P - A		A - Te		A - I		A - Ta		J		F	Diferencias
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
<b>Mujeres †</b>												
Insatisfacción corporal	27.70	14.09	29.23	15.51	42.70	20.30	40.19	20.15	36.97	16.48	8.85***	P-A, A-Te ≠ (A-I = A-Ta); P-A ≠ J
Dieta restrictiva	9.78	3.42	8.80	2.74	12.12	5.11	12.00	6.33	9.88	3.14	6.95***	(P-A = A-Te) ≠ A-I, A-Ta; A-I ≠ J
Influencia Pares	24.45	9.07	27.47	12.49	32.82	15.20	32.39	13.18	31.07	11.25	5.08***	P-A ≠ (A-I = A-Ta = J)
Interiorización	15.48	6.98	17.67	7.80	23.12	9.04	22.31	8.57	21.28	7.94	9.56***	P-A, A-Te ≠ (A-I = A-Ta); P-A ≠ J
Autoestima	31.62	4.19	31.90	3.99	29.41	5.61	30.72	4.03	31.07	3.44	3.19*	(P-A = A-Te) ≠ A-I
IMC	20.31	3.50	21.20	4.36	23.29	4.17	23.46	5.28	24.09	3.71	8.75***	(P-A = A-Te) ≠ (A-I = A-Ta = J)
<b>Hombres ††</b>												
Insatisfacción corporal	33.50	14.89	27.90	11.35	25.44	11.09	33.54	13.74	31.94	12.64	4.50**	(P-A = A-Ta) ≠ A-I
Dieta restrictiva	10.30	3.06	8.73	2.70	9.07	2.73	11.30	4.90	10.02	4.22	4.54***	(A-Te = A-I) ≠ A-Ta
Influencia Pares	29.98	14.29	25.63	9.43	23.30	6.80	28.35	11.00	26.87	10.63	3.17*	P-A ≠ A-I
Interiorización	17.70	8.45	15.32	7.02	17.81	7.11	17.55	8.77	18.53	7.67	1.45	
Autoestima	30.40	3.74	31.50	4.12	31.67	4.19	31.64	4.27	32.24	3.13	1.77	
IMC	20.46	3.59	20.87	4.06	21.92	4.01	24.07	4.16	25.18	4.36	15.39***	(P-A = A-Te = A-I) ≠ (A-Ta = J)

Nota: P-A = Preadolescencia, A-Te = Adolescencia Temprana, A-I = Adolescencia Intermedia, A-Ta = Adolescencia Tardía, J = Juventud, IMC = Índice de Masa Corporal. † Mujeres (n = 308), g(4,303); †† Hombres (n = 292), g(4,287). \*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

*Modelo para mujeres y varones preadolescentes*

En la Tabla 6 se observan las correlaciones para el grupo de preadolescentes, donde las relaciones de mayor magnitud para la insatisfacción corporal se observaron con influencia de pares ( $r = .74$ ) e interiorización ( $r = .71$ ); mientras que para la dieta restrictiva se dieron con insatisfacción ( $r = .35$ ) e influencia de pares ( $r = .32$ ). En tanto que la autoestima sólo tuvo una correlación débil pero significativa con la insatisfacción ( $r = -.22$ ), pero no con la dieta restrictiva. Además, en preadolescentes destacó una fuerte correlación entre influencia de pares e interiorización ( $r = .63$ ).

Posteriormente se valoró el modelo hipotético, propuesto en el presente estudio, con el grupo de preadolescentes (véase Tabla 7). Los índices de ajuste en el modelo inicial fueron aceptables, a excepción del obtenido en *NFI* y *NNFI* (Modelo 1); en un intento por optimizar este índice y el ajuste del modelo, se revisaron las pruebas de Wald, de Lagrange y los residuos estandarizados, observándose que estas dos últimas sugirieron incorporar un sendero que iba de IMC a influencia de pares, sin embargo, al efectuar esta modificación los índices señalaron un sobreajuste (Modelo 2). Por lo cual, la prueba de Wald sugirió retirar aquellos senderos con valores  $< .10$  (Modelo 3) y con valores  $< .20$  (Modelo 4), de este modo se obtuvo el modelo final, el cual alcanzó excelentes índices de ajuste, a excepción del *NFI*, que quedó por debajo de .90.

Tabla 6

*Correlaciones entre insatisfacción corporal y dieta restrictiva con factores biopsicosociales, en preadolescentes*

	IC	DR	A	IP	IIC
DR	.35***				
A	-.22*	-.15			
IP	.74***	.32***	-.24**		
IIC	.71***	.28**	-.17	.63***	
IMC	.32***	.01	-.04	.26**	.19*

Nota: IC = Insatisfacción Corporal, DR = Dieta Restrictiva, A = Autoestima, IP = Influencia de Pares, IIC = Interiorización del Ideal Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal.

\* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Tabla 7

*Índices de ajuste para modelo de preadolescentes*

<b>Modelo</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>gl</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><i>NFI</i></b>	<b><i>NNFI</i></b>	<b><i>CFI</i></b>	<b><i>IFI</i></b>	<b><i>MFI</i></b>	<b><i>RMSEA</i></b>	<b><i>IC</i></b>
1	11.514	5	.04	.928	.803	.953	.958	.973	.105	.018-.185
2	3.024	4	.55	.981	1.037	1.000	1.006	1.004	.000	.000-.122
3	11.871	14	.62	.926	1.023	1.000	1.015	1.009	.000	.000-.092
4	16.172	15	.37	.899	.988	.992	.992	.995	.026	.000-.092

Los efectos estandarizados para el modelo final de preadolescentes se aprecian en la Figura 13 y en la Tabla 8; en donde se observa que la insatisfacción corporal fue la variable con el mayor porcentaje de varianza explicada (64%), donde los efectos directos sobre ésta fueron derivados de la influencia de pares (0.48) y de la interiorización (0.41); en tanto que el IMC (0.19), el sexo (0.16) y la influencia de pares (0.26) influyeron sobre la insatisfacción de forma indirecta mediados, principalmente, por la interiorización del ideal corporal.

La dieta restrictiva fue explicada en 12% de su varianza, recibiendo sólo el efecto directo de insatisfacción corporal (0.34) e indirecto de interiorización (0.14) e influencia de pares (0.25). Además, se advierte que la insatisfacción corporal fue la variable mediadora entre la dieta restrictiva y el resto de las variables involucradas en el modelo (véase Figura 13 y Tabla 8).

La segunda variable mejor explicada en este modelo fue la interiorización del ideal corporal, 40% de su varianza, la cual sólo fue afectada directamente por la influencia de pares (0.63), misma que se desempeñó como variable mediadora de los efectos indirectos derivados del sexo (0.16) y del IMC (0.14) sobre la interiorización. Finalmente, la influencia de pares fue explicada en 12% de su variabilidad, sólo por los efectos directos del IMC (0.26) y el sexo (0.22).

Tabla 8

*Efectos totales e indirectos para modelo de preadolescentes*

	<b>IC</b>	<b>IP</b>	<b>IIC</b>	<b>IMC</b>	<b>S</b>
<b>Efectos Totales</b>					
<b>IC</b>	---	0.735	0.408	0.189	0.163
<b>DR</b>	0.344	0.253	0.141	0.065	0.056
<b>IP</b>	0.000	---	0.000	0.258	0.222
<b>IIC</b>	0.000	0.631	---	0.163	0.140
<b>Efectos Indirectos</b>					
<b>IC</b>	---	0.258	0.000	0.189	0.163
<b>DR</b>	0.000	0.253	0.141	0.065	0.056
<b>IP</b>	0.000	---	0.000	0.000	0.000
<b>IIC</b>	0.000	0.000	---	0.163	0.140

*Nota:* IC = Insatisfacción Corporal, IP = Influencia de Pares, IIC = Interiorización del Ideal Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal, S = Sexo, DR = Dieta Restrictiva.

A partir de los índices de ajuste y los efectos estandarizados de este modelo se puede deducir que durante la preadolescencia la influencia de pares tiene un rol esencial en las conductas y las actitudes hacia la imagen corporal, ya que fue predictor —directo y/o indirecto— tanto de la insatisfacción corporal como de la dieta restrictiva, siendo un alto IMC el mejor predictor de comentarios de los pares relacionados con la imagen corporal; asimismo, el modelo (véase Figura 13) señala que los hombres preadolescentes son más propensos a la influencia de pares en comparación con las mujeres de la misma edad. Finalmente, este modelo sugiere que la autoestima no tiene una influencia estadísticamente significativa en el desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva en esta etapa del desarrollo.

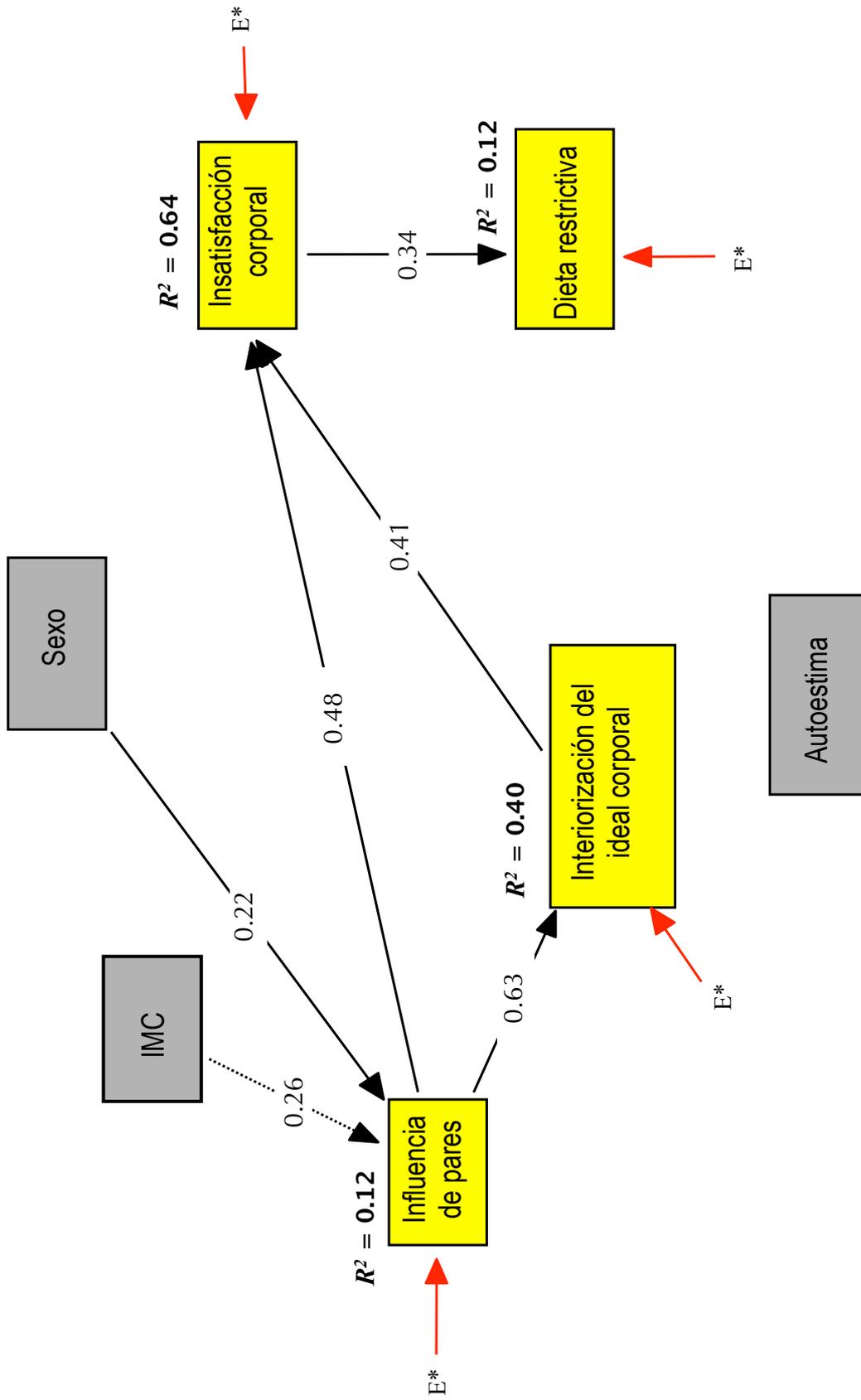


Figura 13. Modelo de desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva para preadolescentes.  
 Nota. IMC = Índice de Masa Corporal. Líneas sólidas = senderos esperados, líneas punteadas = senderos no esperados.  
 $E^*$  = representan el error de medida de la variable endógena o dependiente.

*Modelo para mujeres y varones adolescentes en etapa temprana*

Las correlaciones entre las variables de estudio con adolescentes de 12 y 13 años de edad revelan que el IMC no correlacionó con la dieta restrictiva, la interiorización y la autoestima, al igual que esta última no tuvo asociación con dieta restrictiva e influencia de pares. Mientras que el resto de las relaciones fueron significativas, donde las correlaciones de mayor magnitud para la insatisfacción corporal fueron con influencia de pares ( $r = .76$ ) y con interiorización ( $r = .63$ ); y para la dieta restrictiva con insatisfacción ( $r = .45$ ), interiorización ( $r = .34$ ) e influencia de pares ( $r = .33$ ). Entre otras correlaciones significativas destacan la relación entre interiorización e influencia de pares ( $r = .54$ ) como una de las más fuertes y la asociación entre autoestima con insatisfacción corporal ( $r = -.18$ ) como la más débil (véase Tabla 9).

Tabla 9

*Correlaciones entre insatisfacción corporal y dieta restrictiva con factores biopsicosociales, en adolescentes de etapa temprana*

	<b>IC</b>	<b>DR</b>	<b>A</b>	<b>IP</b>	<b>IIC</b>
<b>DR</b>	.45***				
<b>A</b>	-.18*	-.07			
<b>IP</b>	.76***	.33***	-.12		
<b>IIC</b>	.63***	.34***	-.26**	.54***	
<b>IMC</b>	.35***	-.01	.04	.43***	.14

*Nota:* IC = Insatisfacción Corporal, DR = Dieta Restrictiva, A = Autoestima, IP = Influencia de Pares, IIC = Interiorización del Ideal Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

En la Tabla 10 se encuentran los índices de ajuste para el modelo de adolescentes en etapa temprana, donde se aprecia que en el modelo inicial sólo el MFI obtuvo el valor mínimo aceptable (Modelo 1). Para optimizar el ajuste, la prueba de Lagrange sugirió adicionar un sendero de IMC a influencia de pares; no obstante, con esta modificación el modelo fue sobreajustado (Modelo 2). Por ello, se decidió eliminar los senderos —de acuerdo con la

prueba de Wald— que tuvieran un valor  $<.20$  y de esta forma se logró el modelo final para esta población (Modelo 3), el cual obtuvo buenos índices de ajuste, a excepción del NFI el cual posee un valor de .851.

Tabla 10

*Índices de ajuste para modelo de adolescentes en etapa temprana*

<b>Modelo</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>NFI</i>	<i>NNFI</i>	<i>CFI</i>	<i>IFI</i>	<i>MFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>IC</i>
1	15.217	5	.01	.894	.650	.917	.926	.958	.131	.059-.208
2	2.003	4	.74	.986	1.086	1.000	1.014	1.008	.000	.000-.098
3	21.367	16	.16	.851	.942	.956	.958	.978	.053	.000-.106

En la Figura 14 y la Tabla 11 se observan los efectos estandarizados para el modelo de adolescencia temprana, los cuales permiten sustentar que los efectos directos o indirectos del sexo sobre la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva no fueron estadísticamente significativos, por ello es posible sugerir que las variables involucradas en dicho modelo se comportan de la misma manera para hombres y mujeres de 12 y 13 años de edad.

Las variables que tuvieron efecto directo sobre la insatisfacción corporal fueron la influencia de pares (0.59) y la interiorización (0.31), donde esta última también fungió como mediadora de los efectos indirectos de la influencia de pares (0.17) y el IMC (0.33) sobre la insatisfacción, así se explicó 64% de su varianza (véase Figura 14 y Tabla 11).

En este modelo se explicó 20% de la variabilidad de la dieta restrictiva, a partir del efecto directo de la insatisfacción corporal (0.45) y de la aportación indirecta de la influencia de pares (0.34), de la interiorización del ideal corporal (0.14) y del IMC (0.15), las cuales fueron mediadas por la insatisfacción corporal (véase Figura 14 y Tabla 11).

La interiorización del ideal corporal fue explicada en 29% de su varianza, sólo por el efecto directo de la influencia de pares (0.54) e indirecto del IMC (0.23). Finalmente, la varianza de la influencia de pares (19%) fue explicada únicamente por el efecto directo del IMC (0.43).

A partir de los estadísticos derivados del *path* análisis se puede concluir que la insatisfacción corporal en adolescentes de etapa temprana es producto —principalmente— de la influencia de pares, seguido por el IMC, el cual fue un mejor predictor que la interiorización del ideal corporal, misma que también contribuyó a la insatisfacción. Mientras que la dieta restrictiva es principalmente consecuencia de la insatisfacción corporal y la influencia de pares. Estos resultados indican que para adolescentes en etapa temprana, el grupo de pares y los cambios físicos son elementos claves en el desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal y dieta restrictiva; además, de que la autoestima —al igual que en los preadolescentes— no tuvo un efecto estadísticamente significativo.

Tabla 11

*Efectos totales e indirectos para modelo de adolescentes en etapa temprana*

	IC	IP	IIC	IMC
<b>Efectos Totales</b>				
<b>IC</b>	---	0.755	0.308	0.326
<b>DR</b>	0.447	0.338	0.138	0.146
<b>IP</b>	0.000	---	0.000	0.432
<b>IIC</b>	0.000	0.542	---	0.234
<b>Efectos Indirectos</b>				
<b>IC</b>	---	0.167	0.000	0.326
<b>DR</b>	0.000	0.338	0.138	0.146
<b>IP</b>	0.000	---	0.000	0.000
<b>IIC</b>	0.000	0.000	---	0.234

*Nota:* IC = Insatisfacción Corporal, IP = Influencia de Pares, IIC = Interiorización del Ideal Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal, DR = Dieta Restrictiva.

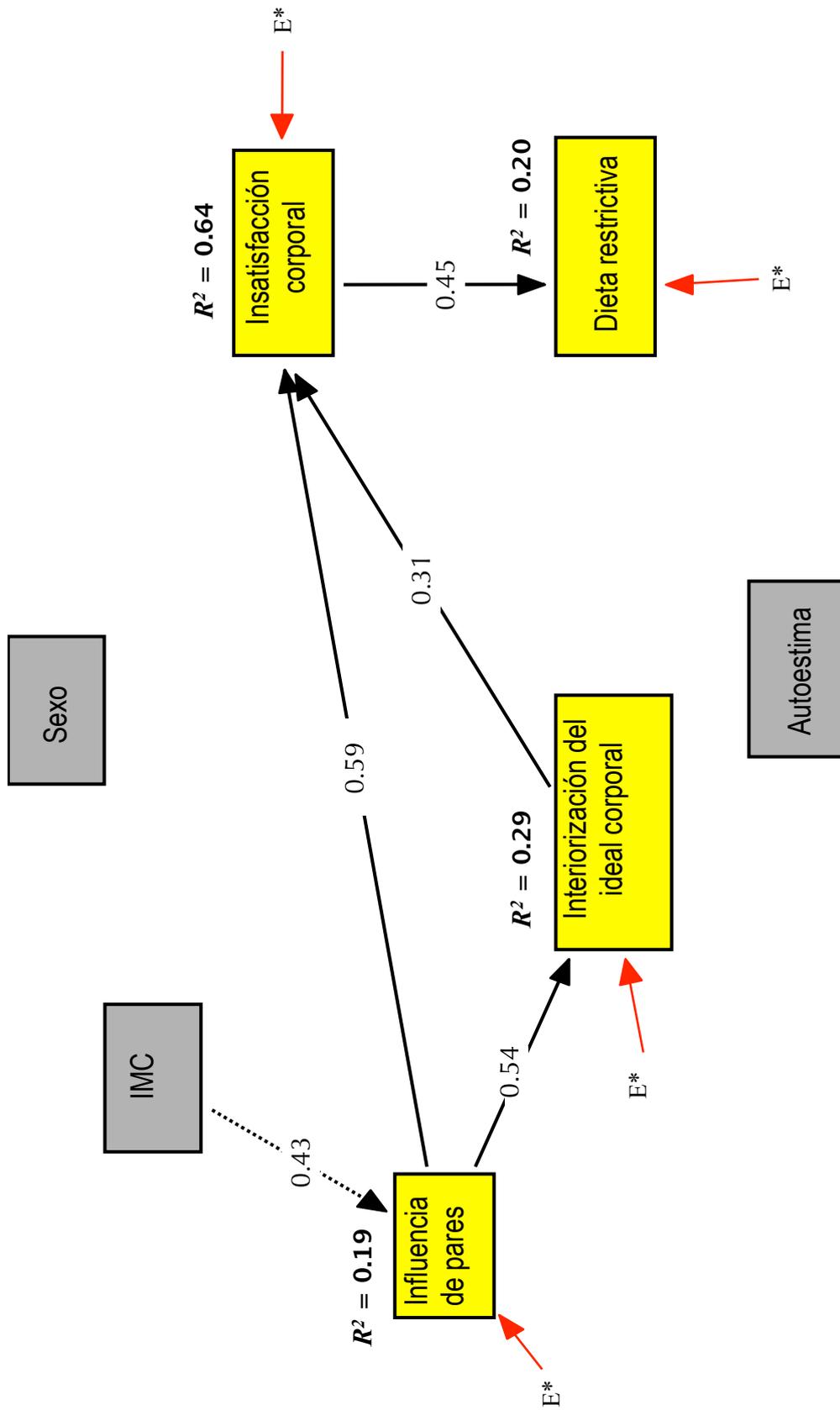


Figura 14. Modelo de desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva para adolescentes en etapa temprana.  
 Nota. IMC = Índice de Masa Corporal. Líneas sólidas = senderos esperados, líneas punteadas = senderos no esperados.  
 $E^*$  = representan el error de medida de la variable endógena o dependiente.

*Modelo para mujeres y varones adolescentes en etapa intermedia*

En adolescentes de 14 y 15 años de edad no se obtuvieron coeficientes significativos en dos casos, IMC con autoestima e interiorización; mientras que el resto de las correlaciones fueron significativas. Es importante destacar que este grupo obtuvo correlaciones de mayor magnitud que el de preadolescentes y adolescencia temprana, distinguiéndose asociaciones altas de insatisfacción corporal con dieta restrictiva ( $r = .61$ ), con influencia de pares ( $r = .69$ ) y con interiorización ( $r = .68$ ), además de la relación entre influencia de pares e interiorización del ideal corporal ( $r = .64$ ); por último, es necesario subrayar que este es el primer grupo de edad que tiene una correlación significativa entre dieta restrictiva y autoestima ( $r = -.29$ ), aunque ésta fue débil (véase Tabla 12).

Tabla 12

*Correlaciones entre insatisfacción corporal y dieta restrictiva con factores biopsicosociales, en adolescentes de etapa intermedia*

	<b>IC</b>	<b>DR</b>	<b>A</b>	<b>IP</b>	<b>IIC</b>
<b>DR</b>	.61**				
<b>A</b>	-.41**	-.29**			
<b>IP</b>	.69**	.44**	-.36**		
<b>IIC</b>	.68**	.43**	-.44**	.64**	
<b>IMC</b>	.41**	.28*	-.09	.39**	.15

*Nota:* IC = Insatisfacción Corporal, DR = Dieta Restrictiva, A = Autoestima, IP = Influencia de Pares, IIC = Interiorización del Ideal Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal.

\*  $p < .01$ , \*\*  $p < .001$

En la Tabla 13 se muestran los índices de ajuste para el modelo de adolescentes en etapa intermedia, donde se distingue que el modelo inicial obtuvo —en su mayoría— valores mayores a .90, no obstante, no cumplió con el mínimo indispensable para considerarlo óptimo (Modelo 1). La prueba de Lagrange sugirió añadir el sendero de IMC a influencia de pares (Modelo 2) y después el sendero de sexo a autoestima (Modelo 3), con ambas modificaciones todos los índices de ajuste se encontraban dentro de los parámetros aceptables; pero a pesar de ello la prueba de Wald indicó como necesario eliminar los senderos  $< .15$ , los cuales fueron excluidos y permitieron un adecuado ajuste (Modelo 4).

Tabla 13

*Índices de ajuste para modelo de adolescentes en etapa intermedia*

Modelo	$\chi^2$	gl	p	NFI	NNFI	CFI	IFI	MFI	RMSEA	IC
1	21.175	5	.01	.904	.661	.919	.925	.935	.165	.096-.239
2	8.567	4	.07	.961	.980	.977	.979	.981	.098	.000-.189
3	4.119	3	.25	.981	.961	.994	.995	.995	.056	.000-.173
4	15.278	12	.23	.931	.971	.984	.984	.986	.048	.000-.110

El modelo final para adolescencia intermedia se presenta en la Figura 15 y sus efectos totales e indirectos estandarizados en la Tabla 14, a partir de los cuales se hace el siguiente análisis.

La insatisfacción corporal fue explicada en 61% de su varianza, siendo la interiorización (0.45) el mejor predictor directo de esta variable, seguida por la influencia de pares (0.31) y el IMC (0.22); empero, la autoestima (-0.29), la influencia de pares (0.24) y el IMC (0.21), también contribuyeron de forma indirecta sobre la insatisfacción, en el que la interiorización del ideal corporal fue el principal mediador entre los efectos indirectos y la insatisfacción.

Al igual que en modelos previos, la dieta restrictiva tuvo como único predictor directo a la insatisfacción corporal (0.61), la cual fue mediadora del efecto indirecto del IMC (0.26), la influencia de pares (0.34), la interiorización (0.27) y la autoestima (-0.18). En este modelo se explicó 37% de la variabilidad de la dieta restrictiva.

La interiorización del ideal corporal fue explicada en 46% de su varianza; de forma directa por la autoestima (-0.24) y por la influencia de pares (0.55), aunque esta última también fungió como mediadora de los efectos indirectos del IMC (0.20) y la autoestima (-0.18) sobre la interiorización.

Aunado a ello, en este modelo se explicó 25% de la variabilidad de influencia de pares, a partir del efecto directo del IMC (0.37) y la autoestima (-0.33).

De la misma manera que en modelos previos, se confirma que la interiorización y la influencia de pares son importantes predictores de la insatisfacción corporal, al igual que esta última es la mejor predictora de la dieta restrictiva. No obstante, la diferencia del modelo de adolescentes en etapa intermedia con respecto a los modelos previamente mostrados radica en que en la adolescencia intermedia el sexo y la autoestima tuvieron mayor relevancia estadística, ya que el sexo tuvo un efecto importante sobre la autoestima y ésta sobre la influencia de pares y la interiorización. Por lo tanto, en una primera instancia se puede mencionar que la autoestima es mayor en hombres que en mujeres adolescentes de etapa intermedia, además de que a menor autoestima mayor será la influencia de pares e interiorización, las cuales son predictoras directas de la insatisfacción corporal y esta última de la dieta restrictiva.

Tabla 14

*Efectos totales e indirectos para modelo de adolescentes en etapa intermedia*

	IC	IP	IIC	IMC	S	A
<b>Efectos Totales</b>						
<b>IC</b>	---	0.558	0.445	0.423	-0.056	-0.295
<b>DR</b>	0.605	0.337	0.269	0.256	-0.034	-0.179
<b>IP</b>	0.000	---	0.000	0.370	-0.063	-0.332
<b>IIC</b>	0.000	0.551	---	0.204	-0.082	-0.430
<b>A</b>	0.000	0.000	0.000	.000	0.190	---
<b>Efectos Indirectos</b>						
<b>IC</b>	---	0.245	0.000	0.206	-0.056	-0.295
<b>DR</b>	0.000	0.337	0.269	0.256	-0.034	-0.179
<b>IP</b>	0.000	---	0.000	0.000	-0.063	0.000
<b>IIC</b>	0.000	0.000	---	0.204	-0.082	-0.183
<b>A</b>	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	---

*Nota:* IC = Insatisfacción Corporal, IP = Influencia de Pares, IIC = Interiorización del Ideal Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal, S = Sexo, A = Autoestima, DR = Dieta Restrictiva.

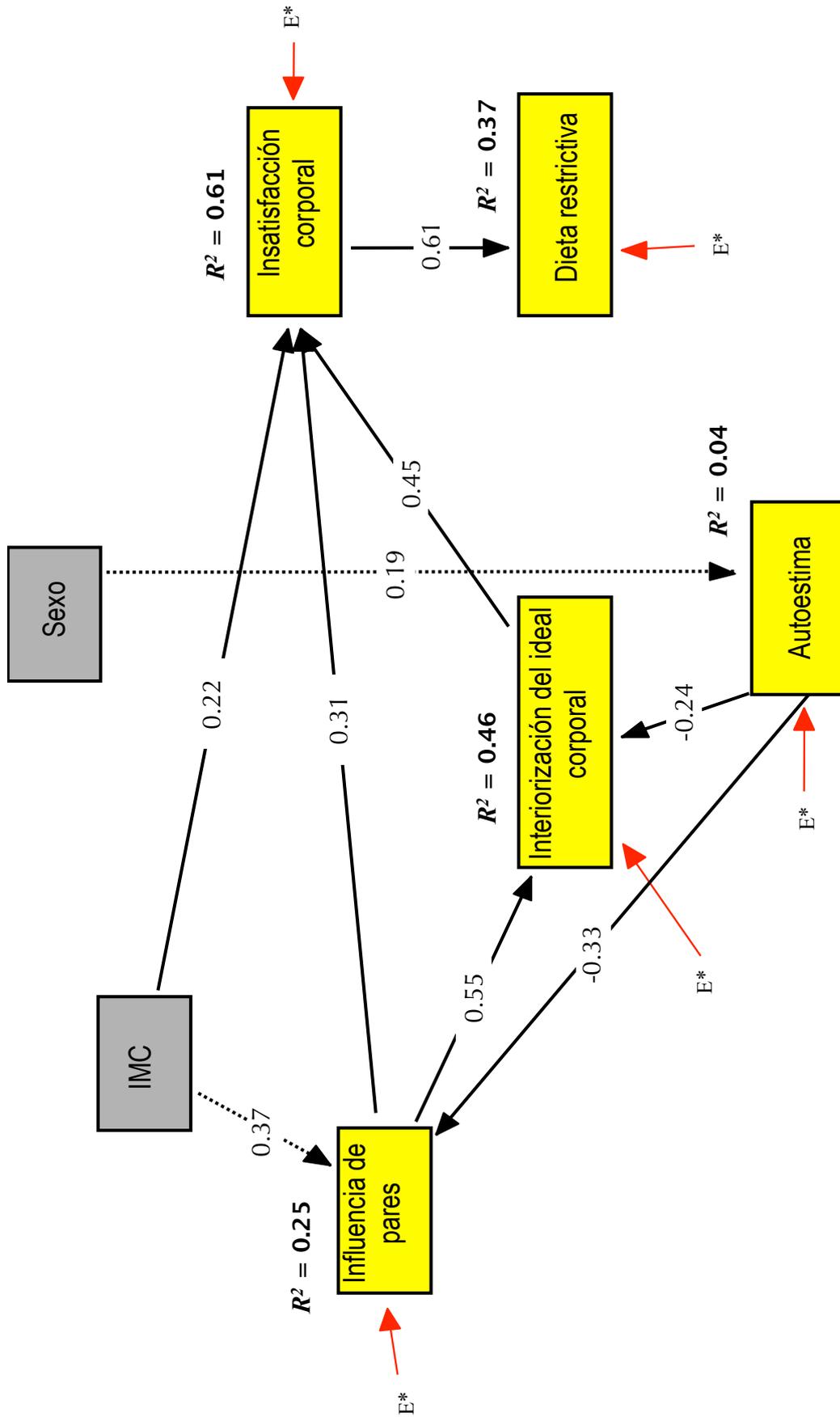


Figura 15. Modelo de desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva para adolescentes en etapa intermedia.  
 Nota. IMC = Índice de Masa Corporal. Líneas sólidas = senderos esperados, líneas punteadas = senderos no esperados.  
 $E^*$  = representan el error de medida de la variable endógena o dependiente.

*Modelo para mujeres y varones adolescentes en etapa tardía*

Las correlaciones para adolescentes en etapa tardía (véase Tabla 15), muestran que la única relación que no fue significativa fue entre el IMC y la autoestima. En tanto que, la insatisfacción corporal correlacionó con todas las variables, entre ellas se distinguen las altas asociaciones con influencia de pares ( $r = .68$ ) e interiorización ( $r = .67$ ); de la misma manera, la dieta restrictiva obtuvo coeficientes significativos con todas las variables, pero destaca la correlación con insatisfacción corporal ( $r = .47$ ). Finalmente, es preciso hacer notar que también se obtuvieron buenas correlaciones entre influencia de pares con interiorización ( $r = .52$ ) e IMC ( $r = .51$ ).

Tabla 15

*Correlaciones entre insatisfacción corporal y dieta restrictiva con factores biopsicosociales, en adolescentes de etapa tardía*

	<b>IC</b>	<b>DR</b>	<b>A</b>	<b>IP</b>	<b>IIC</b>
<b>DR</b>	.47**				
<b>A</b>	-.38**	-.18*			
<b>IP</b>	.68**	.37**	-.35**		
<b>IIC</b>	.67**	.34**	-.19*	.52**	
<b>IMC</b>	.41**	.33**	-.11	.51**	.18*

*Nota:* IC = Insatisfacción Corporal, DR = Dieta Restrictiva, A = Autoestima, IP = Influencia de Pares, IIC = Interiorización del Ideal Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$

En la Tabla 16 se aprecian los índices obtenidos para cada uno de los modelos probados en la muestra de adolescentes en etapa tardía. El modelo inicial no mostró adecuados índices de ajuste (Modelo 1), por lo cual, se agregó un sendero que iba de IMC a influencia de pares, el cual fue significativo en la prueba de Lagrange, con esta modificación se logró un buen ajuste para todos los índices (Modelo 2). No obstante, la prueba de Wald sugirió eliminar los senderos con valores  $< .10$  (Modelo 3) y después los senderos con valores  $< .20$  (Modelo 4), que al ser excluidos permitieron un óptimo ajuste del modelo. Es preciso hacer notar que aunque el modelo 2 presentaba mejores índices de ajuste, varios de sus senderos

no eran significativos, si estos permanecían en el modelo llevaban a un ligero sobreajuste, por lo cual la prueba de Wald sugirió eliminarlos para obtener un ajuste más fiel.

Tabla 16

*Índices de ajuste para modelo de adolescentes en etapa tardía*

Modelo	$\chi^2$	gl	p	NFI	NNFI	CFI	IFI	MFI	RMSEA	IC
1	29.310	5	.01	.873	.514	.884	.892	.904	.202	.134-.274
2	5.084	4	.28	.978	.973	.995	.995	.995	.048	.000-.153
3	7.462	11	.76	.968	1.032	1.000	1.016	1.015	.000	.000-.067
4	25.082	15	.05	.891	.933	.952	.953	.959	.075	.005-.125

El modelo final para la muestra de adolescentes en etapa tardía se observa en la Figura 16 y sus efectos directos e indirectos en la Tabla 17, los cuales permitieron hacer el siguiente análisis.

La insatisfacción corporal fue explicada en 59% de su variabilidad, de forma directa por la interiorización (0.43) y la influencia de pares (0.45); mientras que la autoestima (-0.20), la influencia de pares (0.22) y el IMC (0.33) influyeron sobre la insatisfacción corporal de forma indirecta. Al igual que en modelos previos, la interiorización fue el principal mediador entre los efectos indirectos y la insatisfacción.

Para la dieta restrictiva sólo se explicó 22% de su varianza, siendo el predictor por excelencia la insatisfacción corporal (0.47); sin embargo, la dieta también fue producto del efecto indirecto de la autoestima (-0.10), la influencia de pares (0.32), la interiorización (0.20) y el IMC (0.16). En tanto que la insatisfacción corporal fue el mediador de los efectos indirectos.

A diferencia de otros modelos, la influencia de pares fue la segunda variable con mayor varianza explicada (33%), la cual fue consecuencia directa de la autoestima (-0.31) y el IMC (0.49).

Para la interiorización del ideal corporal se explicó 26% de su varianza, a partir del efecto directo de la influencia de pares (0.49), la cual también fungió como mediadora del efecto indirecto del IMC (0.25) y la autoestima (-0.16) sobre la interiorización.

En este modelo es indispensable destacar la predicción que tuvieron la autoestima y el IMC sobre la influencia de pares, las cuales indican que a mayor IMC y menor autoestima mayor será la influencia de pares, esto independientemente del sexo, el cual no tuvo significancia estadística en este modelo. Como se ha observado en todos los modelos, los principales desencadenantes de la insatisfacción corporal fueron la influencia de pares y la interiorización; en tanto que la dieta restrictiva fue producto, primordialmente, de la insatisfacción corporal.

Tabla 17

*Efectos totales e indirectos para modelo de adolescentes en etapa tardía*

	IC	IP	IIC	IMC	A
<b>Efectos Totales</b>					
<b>IC</b>	---	0.676	0.434	0.331	-0.207
<b>DR</b>	0.470	0.318	0.204	0.156	-0.097
<b>IP</b>	0.000	---	0.000	0.489	-0.306
<b>IIC</b>	0.000	0.512	---	0.250	-0.157
<b>Efectos Indirectos</b>					
<b>IC</b>	---	0.222	0.000	0.331	-0.207
<b>DR</b>	0.000	0.318	0.204	0.156	-0.097
<b>IP</b>	0.000	---	0.000	0.000	0.000
<b>IIC</b>	0.000	0.000	---	0.250	-0.157

*Nota:* IC = Insatisfacción Corporal, IP = Influencia de Pares, IIC = Interiorización del Ideal Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal, A = Autoestima, DR = Dieta Restrictiva.

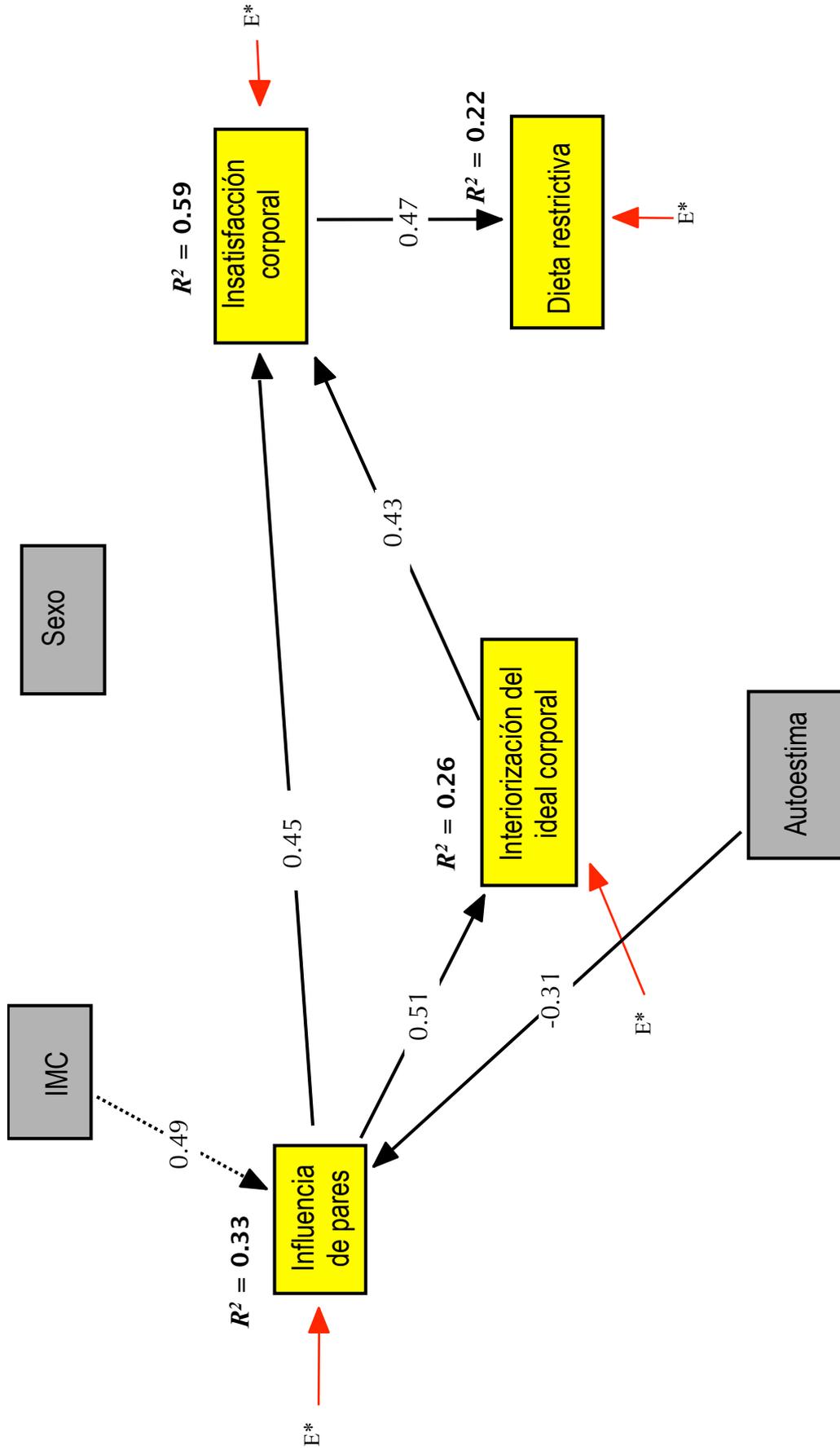


Figura 16. Modelo de desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva para adolescentes en etapa tardía.  
 Nota. IMC = Índice de Masa Corporal. Líneas sólidas = senderos esperados, líneas punteadas = senderos no esperados.  
 $E^*$  = representan el error de medida de la variable endógena o dependiente.

*Modelo para mujeres y varones jóvenes adultos*

En jóvenes de 19 a 24 años de edad las correlaciones de mayor magnitud para insatisfacción corporal se dieron con influencia de pares ( $r = .69$ ) y con interiorización ( $r = .64$ ); mientras que para la dieta restrictiva fueron con insatisfacción ( $r = .44$ ), interiorización ( $r = .38$ ) e influencia de pares ( $r = .36$ ). Entre otros coeficientes de correlación significativos destacan la relación entre interiorización e influencia de pares ( $r = .50$ ). La única asociación no significativa en esta muestra fue entre la autoestima y el IMC (véase Tabla 18).

Tabla 18

*Correlaciones entre insatisfacción corporal y dieta restrictiva con factores biopsicosociales, en jóvenes adultos*

	<b>IC</b>	<b>DR</b>	<b>A</b>	<b>IP</b>	<b>IIC</b>
<b>DR</b>	.44***				
<b>A</b>	-.41***	-.19*			
<b>IP</b>	.69***	.36***	-.39***		
<b>IIC</b>	.64***	.38***	-.43***	.50***	
<b>IMC</b>	.31***	.28**	.03	.44***	.18*

*Nota:* IC = Insatisfacción Corporal, DR = Dieta Restrictiva, A = Autoestima, IP = Influencia de Pares, IIC = Interiorización del Ideal Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

En jóvenes adultos el modelo inicial no cumplió con los valores mínimos necesarios para los índices de ajuste (Modelo 1). De la misma manera que en el modelo de adolescentes en etapa tardía, la prueba de Lagrange y de los residuos estandarizados, sugirieron anexar tres senderos, los cuales iban de IMC a influencia de pares (Modelo 2), de IMC a autoestima y de sexo a autoestima (Modelo 3). Sin embargo, el mejor ajuste se observó en el cuarto modelo, después de haber eliminado los senderos con valores  $< .20$ , que fueron sugeridos por la prueba de Wald, para eludir un sobreajuste, y entre los cuales se encontraban los últimos dos senderos agregados (véase Tabla 19).

Tabla 19

*Índices de ajuste para modelo de jóvenes adultos*

<b>Modelo</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>NFI</b>	<b>NNFI</b>	<b>CFI</b>	<b>IFI</b>	<b>MFI</b>	<b>RMSEA</b>	<b>IC</b>
1	32.619	5	.01	.861	.458	.871	.880	.891	.215	.148-.287
2	5.699	4	.23	.976	.958	.992	.993	.993	.060	.000-.160
3	.1197	2	.94	.999	1.092	1.000	1.008	1.008	.000	.000-.036
4	19.376	14	.15	.918	.962	.975	.976	.978	.057	.000-.112

En la Figura 17 y la Tabla 20 se aprecian los efectos totales, directos e indirectos estandarizados para el modelo final propuesto para población de entre 19 y 24 años de edad, a partir de los cuales se infieren los siguientes hallazgos.

Se explicó 59% de la varianza de insatisfacción corporal, la cual fue consecuencia directa de la interiorización (0.39) y la influencia de pares (0.50); además, la interiorización fue la mediadora de los efectos indirectos provenientes del IMC (0.29), la autoestima (-0.37) y la influencia de pares (0.15) sobre la insatisfacción.

La dieta restrictiva tuvo efectos indirectos de la influencia de pares (0.29), la interiorización (0.17), el IMC (0.13) y la autoestima (-0.16), los cuales fueron mediados por la insatisfacción corporal, misma que contribuyó sobre la dieta sólo de forma directa (0.45). En este modelo se explicó 20% de la varianza de la dieta restrictiva.

Para la influencia de pares se explicó 36% de su varianza, a partir del efecto directo del IMC (0.47) y la autoestima (-0.36). Mientras que para la interiorización del ideal corporal se explicó 32% de su varianza, con el efecto directo de la autoestima (-0.28) y de la influencia de pares (0.39), esta última fungió como mediadora del efecto indirecto del IMC (0.18) y la autoestima (0.16) sobre la interiorización.

Para el modelo de jóvenes adultos se observa que la autoestima y el IMC fueron importantes predictores indirectos de la insatisfacción corporal, junto con el efecto directo de la influencia de pares y la interiorización, que se ha presentado en todos los modelos previamente analizados. Además, se puede concluir que la dieta restrictiva en jóvenes adultos es predicha, principalmente, por la insatisfacción corporal y el efecto indirecto de la influencia de pares.

Tabla 20

*Efectos totales e indirectos para modelo de jóvenes adultos*

	<b>IC</b>	<b>IP</b>	<b>IIC</b>	<b>IMC</b>	<b>A</b>
<b>Efectos Totales</b>					
<b>IC</b>	---	0.650	0.387	0.290	-0.366
<b>DR</b>	0.445	0.289	0.173	0.129	-0.163
<b>IP</b>	0.000	---	0.000	0.447	-0.396
<b>IIC</b>	0.000	0.393	---	0.176	-0.436
<b>Efectos Indirectos</b>					
<b>IC</b>	---	0.152	0.000	0.290	-0.366
<b>DR</b>	0.000	0.289	0.173	0.129	-0.163
<b>IP</b>	0.000	---	0.000	0.000	0.000
<b>IIC</b>	0.000	0.000	---	0.176	-0.156

*Nota:* IC = Insatisfacción Corporal, IP = Influencia de Pares, IIC = Interiorización del Ideal Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal, A = Autoestima, DR = Dieta Restrictiva.

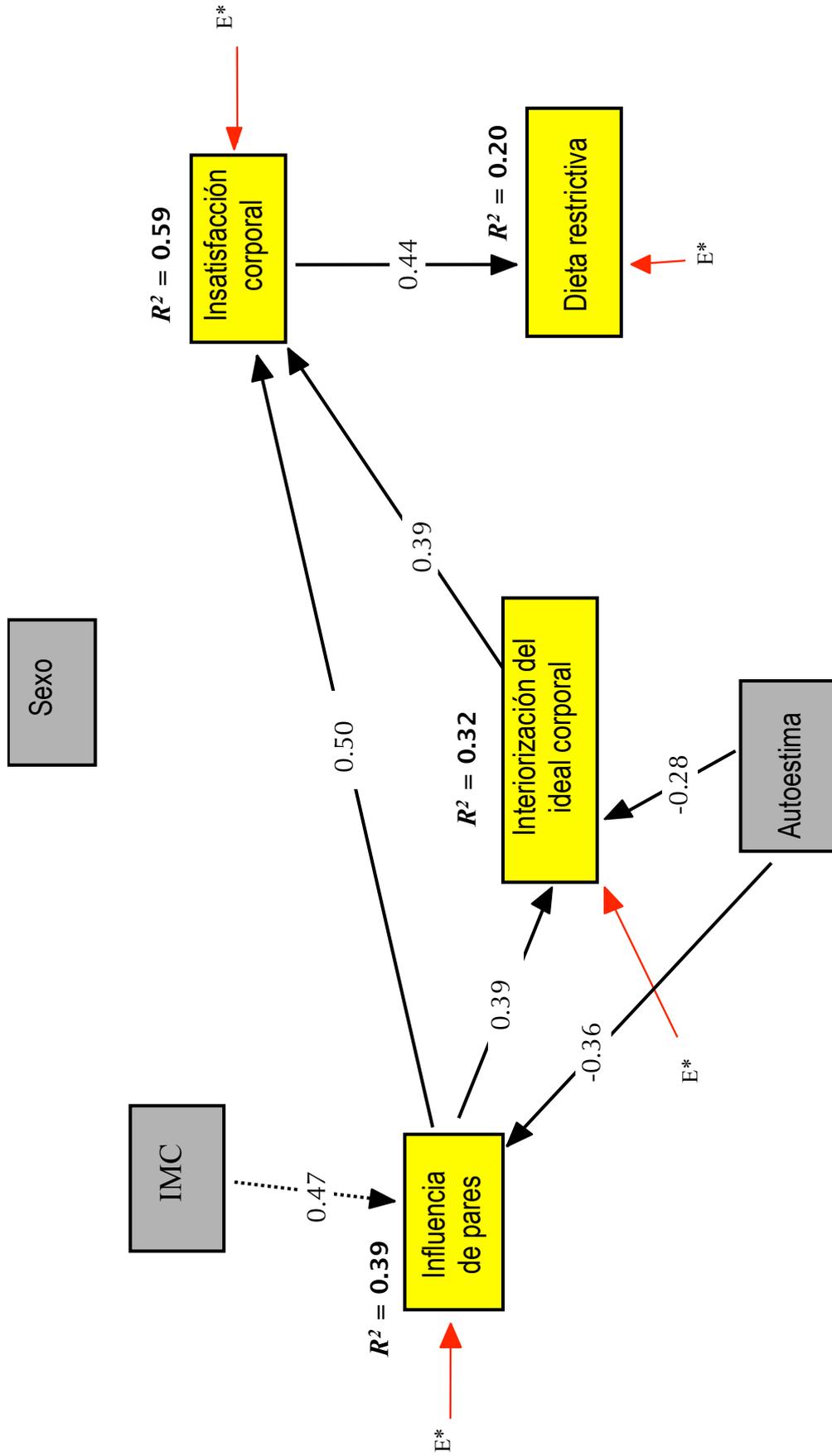


Figura 17. Modelo de desarrollo de insatisfacción corporal y dieta restrictiva para jóvenes adultos.  
 Nota. IMC = Índice de Masa Corporal. Líneas sólidas = senderos esperados, líneas punteadas = senderos no esperados.  
 E\* = representan el error de medida de la variable endógena o dependiente.

## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue conocer el rol de la autoestima, así como de factores biológicos (sexo, índice de masa corporal) y socioculturales (influencia de pares e interiorización del ideal corporal) en la predicción de insatisfacción corporal y dieta restrictiva en diferentes etapas del desarrollo.

En la revisión realizada para los fines de este estudio se observó que un motivo de las inconsistencias entre investigaciones recae en los instrumentos empleados para evaluar las variables de estudios, ya que en ocasiones éstos no contaban con la adaptación o la evaluación de propiedades psicométricas necesarias a la población de estudio; ante ello como un primer paso en la presente investigación se realizó la adaptación a población mexicana y la evaluación psicométrica de los instrumentos que lo requerían (BSQ-16, RSES, SATAQ-R e I-PIEC). Todos los instrumentos obtuvieron cualidades psicométricas óptimas para su uso, por lo cual es posible afirmar que las mediciones empleadas en este estudio estimaron de forma fiable y válida las variables consideradas en esta investigación (Kerlinger & Lee, 2002). Aunado a ello y de acuerdo con Batista-Foguet, Coenders y Alonso (2004), los análisis de confiabilidad y validez constituyen los índices de calidad de los cuestionarios, además de ser el soporte de las mediciones realizadas; no obstante, es necesario que en futuras investigaciones se evalúen otros indicadores de confiabilidad y validez de todos los instrumentos aquí evaluados, con la finalidad de complementar las propiedades psicométricas de los instrumentos evaluados en este estudio.

Posterior a la evaluación psicométrica de los instrumentos y como un primer hallazgo en este estudio se presentaron los porcentajes de IMC para cada grupo de edad, siendo normopeso el que obtuvo los porcentajes más altos. Además, es preciso hacer notar que —en cada uno de los grupos de edad— por lo menos la tercera parte presentaba sobrepeso u obesidad, siendo los preadolescentes quienes alcanzaron el porcentaje más alto; mientras que 5.5% del total de la muestra tuvo infrapeso o bajo peso. El hecho de que en esta muestra 43% de los participantes presentara sobrepeso u obesidad resulta alarmante, debido a que se ha documentado que México se encuentra entre los primeros países de obesidad infantil y adulta, la gravedad de esta enfermedad radica en que su presencia acarrea consecuencias

médicas, como diabetes, hipertensión, hígado graso, apnea del sueño, entre otras (Daniels, 2006; Lee, 2009) y consecuencias psicológicas, que han sido consideradas más relevantes que las médicas (Dietz, 1998; Lee, 2009; Reily et al., 2003), entre las cuales se encuentran depresión, distimia, fobias, trastorno por atracón, historia de abuso físico o sexual y alexitimia, como las más relevantes (Unikel, Vázquez, & Kaufer-Horwitz, 2012). Los costos que esta problemática representa para la persona que lo padece y para el sector salud del país, el gobierno federal estableció el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria, el cual tiene por objetivo prevenir el desarrollo de obesidad y sobrepeso, que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012 ha tenido un impacto positivo, ya que tanto en población infantil como adulta los porcentajes de sobrepeso y obesidad han decrementado del 2006 al 2012; no obstante, en esta encuesta se insiste en que México sigue manteniéndose entre los primeros lugares de alta prevalencia de obesidad y sobrepeso.

Los hallazgos de la presente investigación dejan entrever que —a pesar de que la mayoría de la muestra (51%) posee un adecuado IMC— en la actualidad los preadolescentes, adolescentes y jóvenes carecen de hábitos alimentarios saludables que garanticen una óptima calidad de vida en la adultez, varias son las razones que podrían justificar el alto porcentaje de participantes con sobrepeso u obesidad, por una parte se puede mencionar el crecimiento imparable de establecimientos de comida rápida, que además de ahorrar tiempo ofrecen comida basta a un bajo costo y, por otra parte, ante los problemas económicos por los que atraviesa el país surge la imperiosa necesidad de que varios miembros de la familia tengan que trabajar, incluyendo a las madres que en la cultura mexicana se cree que son las encargadas de cuidar la alimentación de los miembros de la familia, por lo cual se ven en la necesidad de adquirir alimentos de rápida cocción o ya preparados, mismos que suelen caracterizarse por su alto contenido en grasas y carbohidratos, dejando de lado el resto de nutrientes necesarios para una alimentación adecuada. Los hallazgos del presente estudio y los reportados por ENSANUT (2012) hacen evidente la necesidad de grandes cambios en la sociedad que permitan la adquisición de hábitos y conductas alimentarias saludables en la población mexicana, con la intención de reducir los índices de sobrepeso y obesidad; no obstante, como una primera aproximación —en la cual puede contribuir el psicólogo— se considera conveniente continuar ejerciendo y perfeccionando los programas preventivos de obesidad y sobrepeso, que tengan como objetivo informar de las consecuencias médicas y psicológicas de este padecimiento, además de ofertar soluciones a quienes ya la padecen. Aunque los programas preventivos en esta área son eficaces (Gómez, Gaité, Gómez, Carral,

Herrero, & Vázquez-Barquero, 2008), es necesario que este problema social sea abordado con campañas a nivel nacional de mayor impacto, que además de crear conciencia busquen resolver la problemática, por ejemplo, con la regularización de establecimientos de comida rápida.

#### ➔Comparación entre sexos

La primera hipótesis planteada para este estudio mencionaba que las mujeres obtendrían puntuaciones mayores en influencia de pares, interiorización, insatisfacción corporal y dieta restrictiva en comparación con los hombres; mientras que, de forma inversa, la autoestima sería mayor en hombres que en mujeres.

Esta hipótesis se cumplió de forma parcial, ya que las puntuaciones fueron mayores para mujeres en insatisfacción corporal, dieta restrictiva, influencia de pares e interiorización del ideal corporal sólo durante la adolescencia intermedia; asimismo, se observaron puntuaciones altas en las mujeres de adolescencia tardía y juventud, pero sólo para las variables insatisfacción e influencia de pares, estos hallazgos concuerdan con estudios previos (Ata et al., 2007; Bearman et al., 2006; Benas & Gibb, 2007; Canpolat et al., 2005; Heywood & McCabe, 2006; McCabe & Ricciardelli, 2001, 2005; McCabe et al., 2002; Phares et al., 2004; Schur et al., 2000; Shea & Pritchard, 2007). Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten confirmar que las mujeres son la población con mayor susceptibilidad para presentar sintomatología asociada a los TCA, especialmente durante la adolescencia; una interpretación a este hecho puede encontrarse en los cambios físicos que conlleva esta etapa del desarrollo, ya que en algunas adolescentes estos cambios son poco armónicos y desproporcionados contradiciendo el ideal de belleza imperante, el cual es impuesto socialmente y tiende a hacer más énfasis en la mujer, a quién se le exige encontrar un equilibrio entre los nuevos ideales del éxito —delgada, autosuficiente, trabajadora, entre otras— y las expectativas tradicionales —sumisa, abnegada, vulnerable, resignada, etc.— (Maganto & Cruz, 2000).

De forma antagónica a las expectativas del presente estudio, en el grupo de preadolescentes se observaron diferencias entre sexos, en las variables insatisfacción corporal e influencia de pares, pero fueron los hombres quienes destacaron por sus puntuaciones altas. Como una

posible explicación a estos resultados y retomando los antecedentes teóricos del presente estudio en los que se hizo mención de que el IMC está correlacionado positivamente con la insatisfacción corporal y la influencia de pares (Dunkley et al., 2001; Ricciardelli & McCabe, 2001), resulta evidente que sean los hombres del grupo preadolescencia quienes reporten mayor insatisfacción e influencia de pares que las mujeres, ya que la muestra de varones de este grupo se distinguió por agrupar el mayor número de participantes con sobrepeso y obesidad, lo cual indicaría que dado su alto IMC tienen menos satisfacción con su apariencia física, misma que desencadena comentarios y burlas de sus pares.

Por otra parte, se esperaban diferencias estadísticamente significativas para las puntuaciones de autoestima, siendo mayores en los varones, empero los resultados de esta investigación aceptaron de forma parcial esta hipótesis, ya que sólo el grupo de adolescencia intermedia la confirmó, lo cual contrasta con estudios previos que han proporcionado evidencia de diferencias entre sexos para la autoestima en diferentes edades (Kling, Hyde, Showers, & Buswell, 1999; Twenge & Campbell, 2001). En un análisis sobre autoestima, Rodríguez y Caño (2012) sugirieron que en la infancia se posee altos niveles de autoestima, pero al entrar a la adolescencia y a lo largo de ésta la autoestima decae, especialmente en el sexo femenino, los autores explican que esta diferencia entre sexos se debe a que los hombres se evalúan a partir de sus propios logros, mientras que las mujeres lo hacen en función de la aprobación que tengan otros de ellas. Si se traslada esta idea a los datos obtenidos en esta investigación encontraríamos que los cambios físicos propios a la adolescencia y el no alcanzar el estándar corporal socialmente impuesto se pueden ver reflejados en una baja autoestima en mujeres adolescentes de etapa intermedia.

Las comparaciones entre sexos confirman que las mujeres presentan mayor sintomatología asociada a los TCA que los hombres, lo cual señala la necesidad de continuar trabajando en la prevención de estas psicopatologías con el sexo femenino, no sólo haciendo promoción de una alimentación y calidad de vida saludable, sino también atendiendo cuestiones sociales y psicológicas como la autoestima, la ansiedad y la depresión que se encuentran estrechamente relacionadas a la alimentación y, en algunas ocasiones, a la imagen corporal. Por otra parte, el desarrollar estas medidas preventivas no descarta que los hombres estén exentos de su participación en este tipo de programas, además se considera necesario seguir explorando las causas que emanen la presencia de sintomatología asociada a los TCA en varones, al mismo tiempo de estudiar nuevas problemáticas asociadas a la imagen corporal

en varones, como es el deseo de un cuerpo musculoso (McCabe & Ricciardelli, 2004), tópico que no se consideró en esta investigación, pero que se sabe que tiene un auge importante en el presente siglo.

#### ➔Comparación entre grupos de edad

La segunda hipótesis enunciaba que el grupo con mayor edad (jóvenes adultos) estaría sujeto a una mayor influencia sociocultural. Mientras que la insatisfacción corporal sería mayor para el grupo de adolescencia intermedia comparado con el resto de las etapas del desarrollo.

Se rechazó la hipótesis de que la influencia sociocultural fuera mayor en los jóvenes, ya que para el grupo de mujeres en ambos tipos de influencia social, consideradas en este estudio —influencia de pares e interiorización del ideal corporal—, si se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, pero fue el cambio de adolescencia temprana a intermedia en donde se presentó el incremento más importante de estas variables, mismo que permaneció en las etapas subsecuentes. Haber encontrado diferencias entre grupos en la variable de interiorización del ideal corporal concuerda con los hallazgos previamente expuestos por Alvarez et al. (2009), quienes en población mexicana encontraron una asociación positiva entre edad e interiorización. Una explicación a los resultados encontrados en la presente investigación pueden sustentarse en que, por una parte, el rol social de las mujeres hace énfasis en el posesión de un “cuerpo perfecto” —que en la actualidad se caracteriza por ser delgado—, mensaje que es transmitido por los medios de comunicación, la familia y los pares; pero, por otra parte, es en la adolescencia cuándo existen un mayor número de cambios físicos en las mujeres, como es el ensanchamiento de las caderas, que las alejan del ideal corporal social. De acuerdo con Mann (2002) todo individuo depende de un grupo, ya que éste le permite satisfacer todo tipo de necesidades, por lo cual, si una adolescente considera que los cambios físicos a los que se enfrenta su cuerpo la alejan del ideal social, mayor será su interiorización o apropiación del ideal corporal y su deseo de alcanzarlo, ya que así podrá obtener el reconocimiento y aprobación de su grupo.

Por otra parte, en población femenina también se observaron diferencias en influencia de pares entre los grupos de preadolescencia con adolescencia intermedia, adolescencia tardía

y juventud; estos hallazgos corroboran las afirmaciones teóricas de Feldman (2007) y Hoffman et al. (1996) quienes señalaban que durante la adolescencia se le da mayor importancia a los pares, comparada con cualquier otra etapa del desarrollo. Una explicación a los resultados de este estudio recaen en que durante la preadolescencia los principales emisores de las normas sociales son los padres, mismos que otorgan protección y soporte emocional; no obstante, como se demostró en este estudio a partir de la adolescencia los pares adquieren mayor relevancia, ya que durante esta etapa del desarrollo se busca independencia de los padres y un nuevo grupo que satisfaga las necesidades sociales como son la afiliación, la amistad, la aprobación y el reconocimiento (Mann, 2002), por lo cual, resulta evidente que al ser los pares el primer contacto directo fuera del círculo familiar tengan mayor relevancia a partir de la adolescencia en adelante.

De la misma manera que en las mujeres, los hombres obtuvieron diferencias significativas entre grupos en influencia de pares, encontrándose diferencias entre preadolescentes y adolescentes en etapa intermedia, por lo tanto, es posible deducir que los mensajes, la interacción y la popularidad con los pares en relación con la imagen corporal y las conductas alimentarias, es de suma trascendencia para hombres y mujeres adolescentes, lo cual coincide con investigaciones previas (Ata et al., 2007; Bearman et al., 2006; Gerner & Wilson, 2005; Hutchinson & Rapee, 2007; Jones & Crawford, 2005; McCabe & Ricciardelli, 2001, 2005; McCabe et al., 2002; Paxton, Eisenberg et al., 2006; Phares et al., 2004; Ricciardelli & McCabe, 2001b; Ricciardelli et al., 2000; Ricciardelli et al., 2003). Por otra parte, en la revisión de la literatura que se efectuó para los fines de este estudio se reflejó que a pesar de la contribución que tiene la influencia de pares en los problemas con la imagen corporal y las conductas alimentarias anómalas, apenas empezó a ser incluida de forma importante en las investigaciones del presente siglo, por ello este estudio apoya la premisa de Meyer y Gast (2008), quienes mencionaron que ha sido documentado que los pares influyen en la práctica de conductas poco saludables. Por lo cual, a partir de los resultados obtenidos en este estudio e investigaciones precedentes, se considera que los mensajes, interacciones y popularidad con los pares deben ser incluidas como importantes variables de estudio en futuras investigaciones de satisfacción con la imagen corporal y las conductas alimentarias anómalas.

La segunda hipótesis en la cual se señalaba que la insatisfacción corporal sería mayor para el grupo de adolescencia intermedia comparado con el resto de las etapas del desarrollo, fue

aceptada parcialmente, ya que la insatisfacción corporal en mujeres fue mayor en la adolescencia intermedia comparada con el resto de las etapas, mientras que en hombres fue mayor en la adolescencia tardía; estas diferencias también se observaron en la dieta restrictiva. Estos resultados concuerdan con la investigación de Gómez et al. (2001) quienes mencionaron que durante la adolescencia la satisfacción con la imagen corporal está deteriorada en comparación con otras etapas del desarrollo, además de que la práctica de conductas alimentarias anómalas, como la dieta restrictiva, es más frecuente en esta etapa del desarrollo.

El hecho de que en mujeres y hombres las variables de estudio obtengan las puntuaciones más altas en la adolescencia, deja entrever que ésta es una etapa crítica en el desarrollo humano, lo cual concuerda con la literatura (Casas & Ceñal, 2005; Weissmann, 2005). No obstante, al observar las tres etapas que componen la adolescencia se distinguen importantes diferencias entre éstas, donde se perciben puntuaciones altas en etapa intermedia para mujeres y altas en etapa tardía para hombres, lo cual sugiere que dentro de la adolescencia existen etapas más críticas que otras para desarrollar sintomatología asociada a los TCA y que las mujeres reportan problemas de imagen corporal y conductas alimentarias anómalas antes que los varones. Una explicación a este acontecimiento recae en que las mujeres son las primeras en experimentar los cambios físicos de la adolescencia, los cuales se manifiestan entre los 10 y 14 años de edad, mientras que en los hombres entre los 12 y 16 años (Levine & Smolak, 2002; OPS, 2008; Papalia et al., 2010). Por otra parte, en la sociedad actual la imagen corporal funge como un clasificador de personas, de tal manera que aquellas que cumplen con el ideal corporal socialmente establecido son personas con excelentes cualidades y, por ende, exitosas, mientras que en el sentido opuesto se encontrarán personas con defectos y que tienden al fracaso; por lo tanto, no es inaudito observar que tanto hombres como mujeres adolescentes muestren una excesiva preocupación y descontento con la forma y el peso de su cuerpo, lo cual es un foco de atención, ya que esta actitud negativa hacia la apariencia puede ser el detonante de un TCA. Dado que la mayoría de los programas preventivos van dirigidos a los adolescentes como un grupo, se sugiere que se diseñen programas preventivos focalizados a cada etapa de la adolescencia, ya que como se demostró en esta investigación la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva que están asociados a los TCA, tienen diferentes implicaciones en cada etapa del desarrollo humano, por lo mismo conlleva diferentes formas de intervención; por otra parte, se sabe que un objetivo fundamental en los programas preventivos de TCA es la

aceptación de la propia imagen corporal, por ello se recomienda que en grupos de personas con normopeso, además de trabajar con la aprobación de su imagen corporal, se les instruya sobre los efectos nocivos de la práctica de dietas restrictivas, uso de laxantes, ejercicio excesivo entre otras conductas alimentarias anómalas, ya que de acuerdo con la literatura es este tipo de población quien más las ejerce. Mientras que, en personas con exceso de peso, como anteriormente se mencionó, se sugiere trabajar, en un primer momento, informándoles las consecuencias médicas y psicológicas de este padecimiento, además de ofertar soluciones a su problemática, para así prevenir la práctica de conductas alimentarias anómalas que tiene por objetivo modificar la imagen corporal, al mismo tiempo que ponen en riesgo la salud.

#### ➔ Asociaciones entre las variables de estudio

A partir de la literatura revisada en este estudio se propuso como una tercera hipótesis que para todos los grupos de edad se observarían correlaciones positivas de insatisfacción corporal y dieta restrictiva con influencia de pares, interiorización e IMC; en tanto que la relación entre insatisfacción y dieta restrictiva con autoestima serían negativas.

Las asociaciones de insatisfacción corporal con el resto de las variables de estudio fueron estadísticamente significativas para todos los grupos de edades, lo cual corrobora una de la hipótesis de esta investigación y apoya resultados de estudios previos (Davison et al., 2003; Geschwind et al., 2008; Griffiths & McCabe, 2000; Phares et al., 2004; Ricciardelli & McCabe, 2001b; Shepherd & Ricciardelli, 1998). También se observó que las asociaciones de insatisfacción corporal con dieta restrictiva, autoestima e IMC fueron de mayor magnitud, principalmente, en el grupo de adolescencia intermedia y/o adolescencia tardía y/o juventud, mientras que las relaciones con influencia de pares e interiorización fueron de mayor magnitud en el grupo de preadolescencia y/o adolescencia temprana. Esto sugiere que en edades tempranas la presencia de insatisfacción corporal está asociada a agentes socioculturales, en tanto que en edades adultas a agentes intrapersonales. Estos resultados pueden ser explicados a partir de la teoría de aprendizaje social, propuesta por Bandura (1977), ya que en edades tempranas el principal medio de aprendizaje se da por agentes sociales, como son los pares, los padres y los medios de comunicación, quienes transmiten de qué forma o en qué momento se pueden manifestar ciertos comportamientos y cuáles son

o no éticamente aceptables en la sociedad en que se encuentran inmersos, este tipo de aprendizaje puede continuar hasta la edad adulta, aunque en menor medida; por otra parte, se sabe que en la sociedad mexicana se es más dependiente a los padres en edades tempranas, por ejemplo en la forma de vestir o qué comer, pero al entrar a la adolescencia se empieza a gozar de mayor independencia, lo cual permite que cada individuo cuestione que de su persona no le permite cumplir con el ideal corporal socialmente establecido, por ello la insatisfacción corporal en estas edades se asocia, primordialmente, a la fijación que se tiene con el peso (IMC), a lo que se come (dieta restrictiva) y a los sentimientos hacia la apariencia física (autoestima).

Las asociaciones de dieta restrictiva con el resto de las variables de estudio, permitieron confirmar la tercera hipótesis de forma parcial, ya que la relación de dieta restrictiva con IMC sólo fue significativa a partir de la adolescencia intermedia, contradiciendo hallazgos previos reportados por Vincent y McCabe (2000) y Davison et al. (2003), quienes afirmaron que estas variables se encuentran asociadas a muy temprana edad; además un punto a subrayar es que todas las correlaciones para dieta restrictiva fueron débiles, a excepción de la relación que tuvo con insatisfacción corporal, lo cual concuerda con estudios previos (Geschwind et al., 2008; Griffiths & McCabe, 2000; Ricciardelli & McCabe, 2001b; Shepherd & Ricciardelli, 1998). La interpretación de estos resultados gira sobre dos ejes, el primero de ellos —que ya se mencionó previamente— es que la autoridad que tienen los padres sobre los participantes, entre los 10 y 13 años de edad, puede estar impidiendo que estos realicen dietas restrictivas con la intención de modificar su imagen corporal y el segundo es que los juicios subjetivos, como el sentirse insatisfechos con la imagen corporal, tienen mayor peso para que una persona realice una dieta restrictiva, comparado con un juicio objetivo, es decir, presentar un alto IMC (Mancilla et al., 2006).

Asimismo, se observaron dos correlaciones que no se tenían previstas, en todos los grupos de edades, la primera de ellas fue influencia de pares con interiorización, la cual de acuerdo con Thompson y Stice (2001) se presenta debido a que los pares son un agente social que refuerza la interiorización del ideal corporal, a través de comentarios o comportamientos; mientras que la segunda asociación fue entre influencia de pares e IMC, que sobresalió porque su coeficiente de correlación pasó de leve magnitud en la preadolescencia a fuerte magnitud en la adolescencia tardía, la relación entre influencia de pares e IMC propone que una persona que tiene un alto IMC recibirá mayor número de comentarios por parte de sus

pares acerca de su imagen corporal y sus conductas alimentarias, siendo estadísticamente más significativa en la adolescencia tardía. Aunado a ello, se ha reportado que aquellas personas con sobrepeso u obesidad tienen mayor riesgo de recibir burlas por parte de sus pares (Meyer & Gast, 2008), lo que puede contribuir al desarrollo de preocupación por el peso y práctica de conductas alimentarias anómalas (Field et al., 2009).

#### ➔ Predicción de insatisfacción corporal y dieta restrictiva

La predicción de insatisfacción corporal y dieta restrictiva en preadolescencia y adolescencia temprana, fueron muy similares, ya que en ambos modelos se observó que la insatisfacción fue predicha por influencia de pares, interiorización e IMC; mientras que la dieta restrictiva tuvo como principal predictor a la insatisfacción y, como predictores indirectos, la influencia de pares y la interiorización. La única diferencia entre ambos modelos fue la contribución que hizo la variable sexo sobre la influencia de pares, la cual sólo se observó en el modelo de preadolescentes. Estas predicciones coincidieron con los hallazgos de Sands y Wardle (2003) y, de forma parcial, con el estudio de Clark y Tiggemann (2006), quienes afirmaron que la insatisfacción corporal es producto de factores socioculturales y del efecto directo del IMC. Los modelos de preadolescentes y adolescentes en etapa temprana, del presente estudio, sugieren que el IMC, en sí mismo, no predice insatisfacción con la imagen corporal ni la práctica de dietas restrictivas, pero contribuye indirectamente a éstas mediante los pares, quienes con sus opiniones acerca de la apariencia física y el peso corporal dan pie a la adopción del ideal corporal socialmente establecido, que si no se cumple repercute de forma directa sobre la satisfacción con la figura corporal. De esta manera se observa que los pares adquieren un papel trascendental en la aceptación o el rechazo de la imagen corporal, ya que se convierten en un modelo a seguir (Kail & Cavanaugh, 2006; Papalia et al., 2010).

En adolescentes de entre 14 y 15 años de edad, se observó que la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva fueron predichas por influencia de pares, interiorización, IMC y autoestima, además, de que la insatisfacción corporal también contribuyó a la predicción de dieta restrictiva. Estos hallazgos concuerdan con los resultados reportados por Dunkley et al. (2001) y de forma parcial con los de van den Berg, Wertheim et al. (2002), debido a que en este estudio la insatisfacción corporal no fue predictor de baja autoestima, como lo afirmaron van den Berg, Wertheim et al. Los hallazgos encontrados en la presente

investigación sugieren que a esta edad no sólo se trata de cumplir con las expectativas sociales —como sucede en la preadolescencia y la adolescencia temprana—, sino que también entran en juego las características individuales, como es el IMC y la autoestima, esto permite deducir que en esta etapa se contraponen lo que la sociedad y lo que el adolescente quiere. Por lo tanto, es posible afirmar que en adolescentes de 14 y 15 años puede existir una mayor dificultad para aceptar la imagen corporal, lo que puede llevar a la práctica de conductas alimentarias anómalas, al mismo tiempo que incrementa su susceptibilidad para desarrollar un TCA (Ocampo et al., 1999).

Los modelos de adolescentes en etapa tardía y de jóvenes adultos tuvieron un comportamiento semejante, debido a que estos dos mostraron que la influencia de pares, la interiorización, el IMC y la autoestima predicen la insatisfacción corporal, mientras que influencia de pares, interiorización, IMC e insatisfacción corporal contribuyeron a la presencia de la dieta restrictiva. Estas predicciones coinciden con estudios previos (Dunkley et al., 2001; Fingeret & Gleaves, 2004; Huon & Strong, 1998; Thompson et al., 1999; van den Berg, Thompson et al., 2002; Yamamiya et al., 2008). Por otra parte, ambos modelos confirman que son los agentes sociales el principal factor involucrado en la satisfacción con la imagen corporal y la práctica de conductas alimentarias anómalas; no obstante, aunque tienen un efecto indirecto se enaltece el rol del IMC y la autoestima, sugiriendo que estas variables con personas de entre 16 y 24 años adquieren mayor relevancia al auto-evaluar su satisfacción corporal y al decidir realizar una dieta restrictiva, en comparación con otras edades.

A partir de los resultados previamente discutidos, es posible afirmar que la cuarta y la quinta hipótesis de este estudio, que enunciaban los efectos directos y mediadores de influencia de pares, interiorización, sexo, IMC y autoestima sobre la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva, fueron apoyadas parcialmente. En el modelo hipotético puesto a prueba en esta investigación no se pudo pasar por alto, el importante papel que desempeñaron los factores socioculturales en todas las etapas del desarrollo, sugiriendo que para la muestra de este estudio la presencia de insatisfacción corporal y dieta restrictiva son consecuencia de lo que Bandura llama modelamiento o aprendizaje por observación (Bandura & Walters, 1963), es decir, que aquellas personas que se encuentren inmersas en una sociedad que glorifica la delgadez y sataniza la obesidad, aprenderán cuál es el estereotipo socialmente aceptado —el cual suele caracterizarse por ser inalcanzable— al mismo tiempo que estarán

sumergidos en una búsqueda de dicho ideal corporal, incluso a costa de los riesgos de salud que esto pueda implicar.

### *Futuras líneas de investigación y limitaciones*

\* La mayoría de los modelos evaluados en este estudio apoyan la premisa de que la presencia de la insatisfacción con la imagen corporal y la dieta restrictiva están asociadas a factores biopsicosociales. No obstante, se sugieren dos vertientes para futuros estudios, la primera de ellas está encaminada a considerar nuevas variables psicológicas (como: depresión, ansiedad, ineficacia, perfeccionismo, inseguridad interpersonal, entre otros) y/o sociales (como: familia y medios de comunicación) al estudiar el desarrollo de la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva, ya que éstas son producto de un contexto biopsicosocial más amplio del que aquí se considero. Mientras que la segunda vertiente se enfoca en el diseño de programas preventivos donde se considere a los participantes y sus patologías como producto de un contexto biopsicosocial, al mismo tiempo de considerar sus atributos personales, como previamente se señaló en la discusión.

\* Una de las aportaciones que hizo este estudio fue evidenciar el importante rol que desempeñan los pares, el cual ha sido pocas veces considerado en el estudio de los TCA (Meyer & Gast, 2008). Dado que los pares son un contacto más próximo que los medios de comunicación, se considera pertinente seguir examinando su rol como un predictor sociocultural de problemas relacionados a la imagen corporal y las conductas alimentarias anómalas.

\* En esta investigación se consideró la participación de ambos sexos en la predicción de insatisfacción corporal; la cual estuvo encaminada hacia la búsqueda de delgadez, ya que es la que caracteriza a los TCA. Sin embargo, estudios recientes (Ata et al., 2007; Clark & Tiggemann, 2006; Dohnt & Tiggemann, 2006b; McCabe & Ricciardelli, 2001, 2005) sustentan que, a diferencia de las mujeres, la insatisfacción corporal de los hombres puede tener dos vertientes, ya sea al anhelo de un cuerpo delgado, o bien, un cuerpo grande y con tono muscular, dado que esto no fue considerado en el presente estudio se sugiere se retome en futuras investigaciones.

\* Entre las riquezas de esta investigación se puede señalar el cuidado que se tuvo para adaptar los instrumentos de medición a la población evaluada, no obstante, los coeficientes de consistencia interna de la Escala de Autoestima de Rosenberg y los reactivos de dieta restrictiva fueron bajos, por ello se sugiere que futuros estudios consideren nuevos instrumentos o medidas complementarias a éstas.

\* Los resultados de este estudio sugieren que dentro de la adolescencia existen diferencias entre cada una de sus etapas, sin embargo, no se realizó ningún análisis que permitiera comprobar estadísticamente estas disparidades, por lo cual, se sugiere que futuras investigaciones realicen los análisis estadísticos pertinentes.

\* Este estudio se distingue por haber realizado una primera aproximación del impacto que tienen factores biopsicosociales en el desarrollo de problemas con la imagen corporal y conductas alimentarias en diferentes etapas del desarrollo; no obstante, el diseño de investigación fue transversal lo cual no permite ver la evolución a través de los años y el verdadero efecto de la edad sobre las variables de interés, por ello se sugiere que posteriormente sea considerado este aspecto.

\* El número tan reducido de participantes para cada modelo no logró ser representativa de cada una de las etapas de desarrollo en población mexicana, aunado a ello sólo se contaban con 60 participantes por sexo y por etapa de desarrollo, lo que impidió probar el modelo en mujeres y hombres en diferentes edades; además de tener una posible afectación en el ajuste de los propios modelos. Por lo cual, es pertinente que en un futuro se considere corroborar los hallazgos aquí señalados en muestras mayores o iguales a 200, como la teoría lo recomienda al utilizar análisis de senderos (Kline, 2005).

## CONCLUSIONES

\* Contrario a los que se esperaba, sólo se observaron diferencias entre sexos en la adolescencia intermedia, en las variables insatisfacción corporal, dieta restrictiva, influencia de pares, interiorización del ideal corporal, autoestima e IMC.

\* Se esperaba que la influencia sociocultural fuera mayor en los jóvenes adultos que en cualquier otra etapa del desarrollo, no obstante, al comparar entre grupos de edades las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en las variables evaluadas durante la adolescencia intermedia; mientras que en hombres las puntuaciones más altas fueron en la adolescencia tardía para las variables insatisfacción corporal, dieta restrictiva, influencia de pares e IMC.

\* Insatisfacción corporal y dieta restrictiva obtuvieron coeficientes de correlación significativos con el resto de las variables de estudio, en todas las etapas del desarrollo, excepto las asociaciones de dieta restrictiva con autoestima e IMC, que fueron significativas a partir de la adolescencia intermedia.

En la Figura 18 se muestran los efectos significativos para los cinco modelos —preadolescencia a juventud— evaluados en este estudio, resaltando sus concordancias y diferencias, entre las cuales se encuentran las siguientes:

\* La insatisfacción corporal fue el principal predictor y mediador de los efectos indirectos sobre la dieta restrictiva, para todas las etapas del desarrollo;

\* La influencia de pares y la interiorización del ideal corporal fueron predictores de la insatisfacción corporal, teniendo un efecto mayor la influencia de pares en todas las etapas del desarrollo, excepto en la adolescencia intermedia, donde la interiorización fue mejor predictor directo de la insatisfacción corporal;

\* La interiorización del ideal corporal y la influencia de pares fungieron como variables mediadoras de los efectos indirectos sobre la insatisfacción corporal;

\* La autoestima, el sexo y el IMC sólo tuvieron efectos indirectos sobre la insatisfacción y dieta restrictiva mediante la interiorización y la influencia de pares.

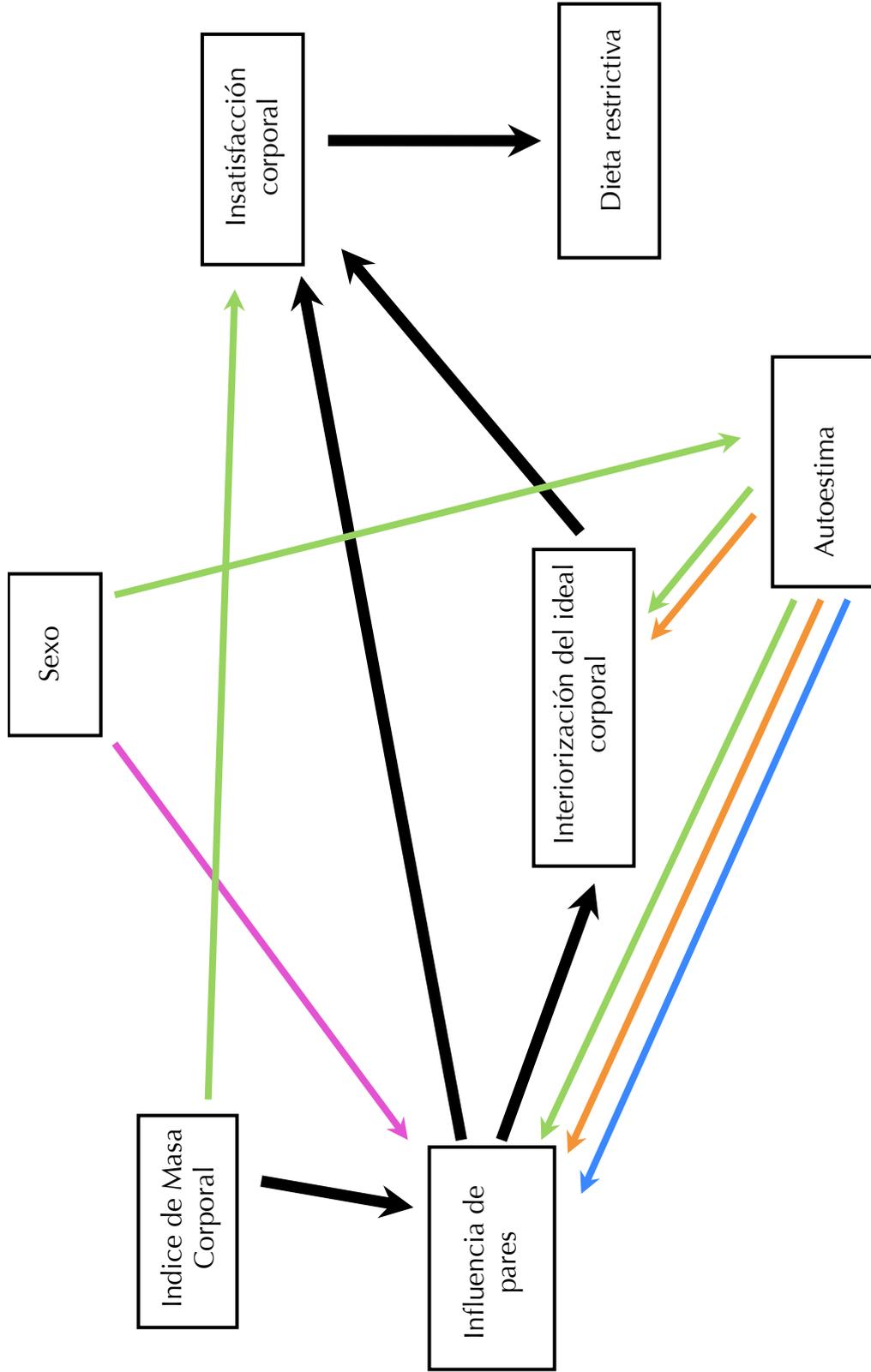


Figura 18. Modelo integrativo de las etapas del desarrollo humano en la predicción de insatisfacción corporal y dieta restrictiva. Nota. Líneas en: rosa (preadolescencia), verde (adolescencia intermedia), azul (adolescencia tardía), naranja (juventud) y negro (todas las etapas del desarrollo).

## REFERENCIAS

- Ackard, D. M., Croll, J. K. & Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 129-136.
- Acosta, M. V. & Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescents de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud*, 3(1), 9-21.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., McLean, N. J. & Davis, E. A. (2008). Overconcern with weight and shape is not the same as body dissatisfaction: Evidence from a prospective study of pre-adolescent boys and girls. *Body Image*, 5, 261-270.
- Alvarez, G., Escoto, M. C., Vázquez, R., Cerero, L. A. & Mancilla, J. M. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en varones: De la anorexia a la dismorfia muscular. En A. López & K. Franco (Eds.). *Comportamiento alimentario: Una perspectiva multidisciplinar* (pp. 138-157). México: Universitaria.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A. R., Haro, M. & Mancilla, J. M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud*, 13(2), 245-255.
- Alvarez, G., Mancilla, J. M., Martínez, M. & López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 50-58.
- Alvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M. & Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 47-56.
- Alvarez-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.

- Alvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A. & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 9, 243-248.
- Amaya, A., Alvarez, G. L. & Mancilla, J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89.
- Amaya, A., Mancilla, J. M., Alvarez, G. L., Ortega, M. & Bautista, M. L. (2011). Propiedades psicométricas del Inventario de Influencia de Pares sobre la Preocupación Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 82-93.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Washington: APA.
- Ata, R. N., Ludden, A. B. & Lally, M. M. (2007). The effects of gender and family, friends, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth Adolescence*, 36, 1024-1037.
- Ballabriga, A. & Carrascosa, A. (1998). *Nutrición en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ergon.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. & Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. EE.UU.: Holt-Rinehart.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G. & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(Supl 1), 21-7.
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martínez, E. & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 229-241.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 90-101.
- Bemporad, J. R. (1996). Self-starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 217-237.
- Bemporad, J. R. (1997). Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theoretical Medicine*, 18, 401-420.
- Benas, J. S. & Gibb, B. E. (2007). Peer victimization and depressive symptoms: The role of body dissatisfaction and self-esteem. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21(2), 107-116.
- Bermúdez-Bautista, S. M., Franco-Paredes, K., Alvarez-Rayón, G., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Ocampo, M. T. et al. (2009). El rol de la insatisfacción corporal e influencia de grupo de pares sobre la influencia de la publicidad, los modelos estéticos y dieta. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1), 9-18.
- Berscheid, E., Walster, E. & Bohmsted, G. (1973). The happy American body: A survey report. *Psychology Today*, 7, 119-131.
- Canpolat, B. I., Orsel, S., Akdemir, A. & Ozbay, M. H. (2005). The relationships between dieting and body image, body ideal, self-perception, and body mass index in Turkish adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 150-155.

- Casas, J. J. & Ceñal, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, IX(1), 20-24.
- Clark, L. & Tiggemann, M. (2006). Appearance culture in nine –to 12-year- old girls: Media and peer influences on body dissatisfaction. *Social Development*, 15(4), 628-643.
- Clark, L. & Tiggemann, M. (2008). Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, 44(4), 1124-1134.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Cusumano, D. & Thompson J. K. (1997). Body image and body shape ideals in magazines: Exposure, awareness and internalization. *Sex Roles*, 37(9/10), 701-721.
- Daniels, S. R. (2006). The consequences of childhood overweight and obesity. *Future of Children*, 16(1), 47-67.
- Davison, K. K., Markey, N. L. & Birch, L. L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 320-332.
- De la Torre, M. (2008). *Regulación neurohormonal de la función reproductora*. Recuperado de <http://www.hvn.es>
- Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*. España: Siglo Veintiuno.
- Devlin, M. J. & Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association*, 286(17), 2159-2161.

- Dietz, W. H. (1998). Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, *101*, 518-525.
- Dohnt, H. K. & Tiggemann, M. (2006a). Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(2), 141-151.
- Dohnt, H. K. & Tiggemann, M. (2006b). The contribution of peer and media influences to the development of body satisfaction and self-esteem in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, *42*(5), 929-936.
- Dunkley, T., Wertheim, E. & Paxton, S. (2001). Examination of a model of multiple sociocultural influences on adolescent girls body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence*, *36*(142), 265-279.
- Escoto, M. C. & Camacho, E. J. (2008). Propiedades psicométricas del Test Infantil de Actitudes Alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, *25* (1), 99-106.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa, I., Yenes, F. & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, *3*(4), 533-538.
- Evans, C. & Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: Derivation of shortened "alternate forms". *International Journal of Eating Disorders*, *13*, 315-321.
- Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson Educación.
- Fernández, L. E. (2000). *Explicaciones sobre el desarrollo humano*. España: Pirámide.
- Finch, J. F. & West, S. G. (1997). The investigation of personality structure: Statistical models. *Journal of Research in Personality*, *31*, 439-485.

- Fingeret, M. C. & Gleaves, D. H. (2004). Sociocultural, feminist, and psychological influences on women's body satisfaction: A structural modeling analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 370-380.
- Fisher, M., Pastore, D., Schneider, M., Pegler, C. & Napolitano, B. (1994). Eating attitudes in urban and suburban adolescents. En L. D. Peck & O. R. Lightsey (2008), The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 184-192.
- Flavell, J. H. (1985). *La psicología evolutiva de Jean Piaget* (M. Thérèse, Trad.). México: Paidós.
- Fuillerat, R. (2004). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogénico en la edad infanto-juvenil. *Nutrición Hospitalaria*, XIX(4), 209-224.
- García, E. (2003). Etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria: Etiopatogenia de la anorexia nerviosa. En A. Chinchilla (Ed.). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (pp. 21-30). Barcelona: Masson.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1631-1635.
- Garner, D. M. (2008). Women and dieting. En K. Keller (Ed.), *Encyclopedia of Obesity* (pp. 801-805). EE.UU.: Sage Publications, Inc.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M. & Keiper, C. D. (2010a). Anorexia and bulimia. J. C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology Competencies* (pp. 1429-1460). New York: Springer.
- Garner, D. M. & Keiper, C. D. (2010b). Eating Disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 1-26.

- Gerner, B. & Wilson, P. H. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 313 -320.
- Geschwind, N., Roefs, A., Lattimore, P., Fett, A. & Jansen, A. (2008). Dietary restraint moderates the effects of food exposure on women's body and weight satisfaction. *Appetite*, 51, 735-738.
- Gómez, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(3), 313-324.
- Gómez, J. A., Gaité, L., Gómez, E., Carral, L., Herrero, S. & Vázquez-Barquero, J. L. (2008). *Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso*. Madrid: Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria.
- González-Forteza, C. (1992). *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en jóvenes*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Forteza, C., Andrade, P. & Jiménez, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 20 (1), 27-35.
- Griffiths, J. A. & McCabe, M. P. (2000). The influence of significant others on disordered eating and body dissatisfaction among early adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 8, 301-314.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., et al. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Heywood, S. & McCabe, M. P. (2006). Negative affect as a mediator between body dissatisfaction and extreme weight loss and muscle gain behaviors. *Journal of Health Psychology, 11*(6), 833-844.
- Hoffman, L., Paris, S. & Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. España: McGraw-Hill.
- Hutchinson, D. M. & Rapee, R. M. (2007). Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1557-1577.
- Huon, G. F. & Strong, K. G. (1998). The initiation and the maintenance of dieting: Structural models for large-scale longitudinal investigations. *International Journal of eating Disorders, 23*, 361-369.
- James, K. A., Phelps, L. & Bross, A. L. (2001). Body dissatisfaction, drive for thinness, and self-esteem in African American college females. *Psychology in the Schools, 38*(6), 491-496.
- Jones, D. C. & Crawford, J. K. (2005). Adolescent boys and body image: Weight and muscularity concerns as dual pathways to body dissatisfaction. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(6), 629-636.
- Kail, R. V. & Cavanaugh, J. C. (2006). *Desarrollo humano: Una perspectiva del ciclo vital* (3a. ed.). México: Cengage Learning Editores.
- Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E. & Haedt, A. A. (2010). Twenty-year follow-up of bulimia nerviosa and related eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 492-497.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.

- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J. & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 25(4),470-500.
- Krones, P. M., Stice, E., Batres, C. & Orjada, K. (2005). In vivo social comparison to a thin-ideal peer promotes body dissatisfaction: A randomized experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 134-142.
- Lee, Y. S. (2009). Consequences of childhood obesity. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 38, 75-81.
- Levine, M. P. & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. En T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body image a handbook of theory, research, and clinical practice*. EE.UU.: Guilford Press.
- León, R., Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G. & Platas, S. (2002). Alteración de la imagen corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. *Psicología Social en México*, 9, 122-127.
- Maganto, C. & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: Una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30, 45-48.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B. & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of the children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- Mancilla, J. M., Franco, K., Alvarez, G., López, X., Vázquez, R. & Ocampo, T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: Exploración en una muestra comunitaria. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 6(2), 56-65.
- Mancilla, J. M., Gómez-Peresmitré, G., Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X. & Acosta, M. A. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. M. Mancilla & G. Gomez-Peresmitré (Eds.). *Trastornos del comportamiento alimentario en Hispanoamérica* (pp. 123-172). México: Manual Moderno.

- Mancilla, J. M., Mercado, L., Manríquez, E., Alvarez, G., López, X. & Roman, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 37-46.
- Mancilla-Díaz, J. M., López-Aguilar, X., Franco-Paredes, K., Alvarez-Rayón, G., Vázquez-Arévalo, R., Ocampo, M. T., et al. (2009). *Rol de la influencia de pares y el ideal de delgadez sobre la insatisfacción corporal y alimentación no saludable en jóvenes mexicanas*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Mann, L. (2002). *Elementos de psicología social*. México: Limusa.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2001). Parent, peer and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 36(142), 225-240.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 675-685.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behavior Research and Therapy*, 43, 653-668.
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. & Finemore, J. (2002). The role of puberty, media and popularity with peers on strategies to increase weight, decrease weight and increase muscle tone among adolescent boys and girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 145-153.
- McCullough, M. L., Feskanich, D., Stampfer, M. J., Giovannucci, E. L., Rimm, E. B., Hu, F. B. et al (2002). Diet quality and major chronic disease risk in men and women: Moving toward improved dietary guidance. *American Journal Clinical Nutrition*, 76, 1261-1271.

- Meyer, T. A. & Gast, J. (2008). The effects of peer influence on disordered eating behavior. *Journal of School Nursing, 24*(1), 36-42.
- Mirza, N. M., Davis, D. & Yanovski, J. A. (2005). Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents. *Journal of Adolescent Health, 36*, 267.e16 - 267.e20.
- Mintz, L. B. & Betz, N. E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. En L. D. Peck & O. R. Lightsey (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling and Development, 86*(2), 184-192.
- Mooney, E., Farley, H. & Strugnell, C. (2009). A qualitative investigation into the opinions of adolescent females regarding their body image concerns and dieting practices in the Republic of Ireland. *Appetite, 52*, 485-491.
- Moreno, M. A. & Ortíz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica, 27*(2), 181-190.
- Ocampo, M. T., López, X., Alvarez, G. & Mancilla, J. M. (2009). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica, con y sin trastornos alimentarios. *Estudios de Antropología Biológica, 521-535*.
- Oliver, K. K. & Thelen, H. M. (1996). Children's perceptions of peer influence on eating concerns. *Behavior Therapy, 27*, 25-39.
- Organización Mundial de la Salud (2007). Growth reference data for 5-19 years. Recuperado de <http://www.who.int/growthref/en/>
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Jóvenes: Opciones y cambios*. EEUU: Organización Mundial de la Salud.

- Papalia, D. E., Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano* (11a. ed.). México: McGraw-Hill.
- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E. & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42(5), 888-899.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J. & Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 539-549.
- Peck, L. D. & Lightsey, O. R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 184-192.
- Pérez, J. A., Chacón, S. & Moreno, R. (2000). Validez de constructo: El uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12(Supl. 2), 442-446.
- Pinto, J. A. & Carbajal, A. (2005). *Nutrición y salud: La dieta equilibrada, prudente o saludable*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Phares, V., Steinberg, A. R. & Thompson, J. K. (2004). Gender differences in peer and parental influences: Body image disturbance, self-worth and psychological functioning in preadolescent children. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 421-429.
- Piaget, J. (1965). *La construcción de lo real en el niño*. Buenos Aires: Proteo.
- Piaget, J. (1999). *La psicología de la inteligencia* (J. C. Foix, Trad.). Barcelona: Crítica.
- Piaget, J. (2000). *El nacimiento de la inteligencia en el niño* (P. Bordonaba, Trad.). Barcelona: Crítica.

- Piaget, J. & Inhelder, B. (1984). *Psicología del niño* (L. Hernández, Trad.). Madrid: Morata.
- Pope, A., McHale, S. & Craighead, W. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. Gran Bretaña: Pergamon Press.
- Reily, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., et al. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 748-752.
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2001a). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 325-344.
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2001b). Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1317-1328.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. & Banfield, S. (2000). Body image and body change methods in adolescent boys: Role of parents, friends, and the media. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 189-197.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Holt, K. E. & Finemore, J. (2003). A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Applied Developmental Psychology*, 24, 475-495.
- Rodríguez, C. & Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategias de prevención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. En C. Rojas-Barahona, B. Zegers & C. Förster (2009), La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137, 791-800.

- Ruíz, A., Vázquez, R., Mateo, C., Gáldos, J., Alvarez, G. & Mancilla, J. M. (2004). Presencia de trastornos alimentarios y su sintomatología en relación con influencias culturales e insatisfacción corporal entre estudiantes hombres y mujeres. *Revista Electrónica de Psicología*.
- Sands, E. R. & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 193-204.
- Sarría, A., Moreno, L. A. & Bueno, M. (2000) Requerimientos nutricionales recomendados durante la niñez y la adolescencia. En R. Tojo (Ed.) *Tratado de Nutrición Pediátrica* (pp. 33-44). Barcelona: Doyma.
- Saucedo-Molina, T. J., Ocampo, M. T., Mancilla, J. M. & Gómez, G. (2001). Índice de masa corporal en preadolescentes y adolescentes mexicanas. *Acta Pediátrica de México*, 22 (3), 184-190.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J. & León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Sherman, R. T. & Thompson, R. A. (2000). *Bulimia: Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Schreiber, J. B., Stage, F. K., King, J., Nora, A. & Barlow, E. A. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *Journal of Educational Research*, 99(6), 323-337.
- Schur, E., Sanders, M. & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Shaw, H. E., Stice, E. & Springer, D. W. (2004). Perfectionism, body dissatisfaction and self-esteem in predicting bulimic symptomatology: Lack of replication. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 41-47.
- Shea, M. E. & Pritchard, M. E. (2007). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating?. *Personality and Individual Differences*, 42, 1527-1537.

- Shepherd, H. & Ricciardelli, L. A. (1998). Test of Stice's dual pathway model: Dietary restraint and negative affect as mediators of bulimic behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 345-352.
- Sherman, R. T. & Thompson, R. A. (2000). *Bulimia: Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Shunk, J. A. & Birch, L. L. (2004). Validity of dietary restraint among 5 – to 9 – year old girls. *Appetite*, 42, 241-247.
- Smolak, L. (2002). Body image development in children. En: T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body image a handbook of theory, research, and clinical practice*. EE.UU.: Guilford Press.
- Smolak, L. & Levine, M. P. (2001). Body image in children. En J. K. Thompson & L. Smolak (Eds). *Body Image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Stice, E. (1994). A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E., Maxfield, J. & Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of "fat talk". *International Journal of Eating Disorders*, 34, 108-117.
- Stice, E., Mazotti, L., Krebs, M. & Martin, S. (1998). Predictors of adolescent dieting behaviors: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 195-205.

- Thomas, C. L., James, A. C. & Bachman, M. O. (2002). Eating attitudes in English secondary school students: Influences of ethnicity, gender, mood, and social class. En L. D. Peck & O. R. Lightsey (2008), *The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. Journal of Counseling and Development, 86(2)*, 184-192.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington: American Psychological Association.
- Thompson, J. K. & Smolak, L. (2001). *Body image, eating disorders, and obesity in youth*. Washington: American Psychological Association.
- 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, 10(5)*, 181-183.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.
- Toro, J. (2006). Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En J. M. Mancilla & G. Gómez (Eds.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 203-227). México: Manual Moderno y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psiquiátrica Scandinavica, 89*, 147-151.
- Twenge, J. M. & Campbell, W. K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review, 5(4)*, 321-344.

- Unikel, C., Vázquez, V. & Kaufer-Horwitz, M. (2012). Determinaciones psicosociales del sobrepeso y la obesidad. In J. A. Rivera, M. Hernández, C.A. Aguilar, F. Vadillo & C. Murayama (Eds.). *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado* (pp. 189-209). México: UNAM, Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brendon, K. & Covert, M. (2002). The tripartite influence model of body image and eating disturbance. A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 1007-1020.
- van den Berg, P., Wertheim, E. H., Thompson, J. K. & Paxton, S. J. (2002). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females: A replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 46-51.
- van Strien, T. & Oosterveld, P. (2008). The children's DEBQ (DEBQ-C) for assessment of restrained, emotional and external eating in 7-12 year old children. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 72-81.
- Vázquez, R., Alvarez, G. & Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estético Corporal (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental, 23*(6), 18-24.
- Vázquez, R., Alvarez, G., Mancilla, J. M. & Raich, R. M. (1998). Influencia de los modelos estéticos corporales en pacientes con trastorno alimentario. *La Psicología Social en México, VII*, 357-362.
- Vázquez, R., Fuentes, E., Báez, M., Alvarez, G. & Mancilla, J. M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud, 12*(1), 73-82.

- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Franco, K. & Mancilla, J. M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12(3), 415-427.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Mancilla, J. M. & Ruíz, 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.
- Vázquez, R., Ocampo, M. T., López, X., Mancilla, J. M. & Alvarez, G. (2002). La influencia de modelos estéticos e insatisfacción corporal en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Psicología Conductual*, 10(2), 355-369.
- Vázquez, R., Saucedo, I. A., Ocampo, M. T., López, X., Mancilla, J. M. & Alvarez, G. (2010). Psychometric properties of the Eating Attitudes Test for men. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 2(1), 39-46.
- Vincent, M. A. & McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 205-221.
- Weissmann, P. (2005). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 35(6), 1-7.
- Yamamiya, Y., Shroff, H. & Thompson, J. K. (2008). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with Japanese sample. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 88-91.

# APÉNDICES

## APÉNDICE A

### Cuestionario de Imagen Corporal - 16 (BSQ-16)

Muestra	Alpha Cronbach	Análisis Factorial Exploratorio				Reactivos por factor
		Método de extracción/Rotación	KMO	Bartlett	Factores derivados	
400	.906	Ejes principales/Promax	.941	$\chi^2(120)=2505.147^*$	1. Insatisfacción corporal	16

KMO = Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, Bartlett = Prueba de esfericidad de Bartlett. \*  $p < .0001$

Cargas factoriales para los reactivos del BSQ-16

Reactivo	CF
13. Verte reflejado(a) en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentirte mal con tu figura?	.745
9. ¿Te has sentido excesivamente gordo(a) o redondeado(a)?	.730
11. ¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estómago?	.698
3. Sentirte lleno(a) (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir gordo(a)?	.691
16. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	.677
1. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	.665
4. Al fijarte en la figura de otros(as) chicos(as) ¿la has comparado con la tuya negativamente?	.634
5. Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la T.V., lees o mantienes una conversación)?	.628
14. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?	.622
10. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de control?	.618
2. ¿Has tenido miedo de engordar?	.617
12. Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo: sentándote en un sofá o en el autobús)?	.571
8. ¿Has evitado ir a eventos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	.541
6. Estar desnudo(a) (por ejemplo, cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir gordo(a)?	.538
15. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo: en vestidores comunes de piscinas o baños)?	.537
7. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	.461
<b>Valor propio</b>	6.307
<b>% Varianza explicada</b>	39.42
<b>Alpha de Cronbach</b>	.906

Nota: Carga factorial (CF).

Análisis Factorial Confirmatorio del BSQ-16

Muestra	$\chi^2$	gl	$p$	$\chi^2/gl$	NFI	NNFI	CFI	IFI	GFI	AGFI	RMSEA	IC
600	368.89	99	0.0001	3.72	.936	.942	.952	.952	.923	.894	.068	.060 - .075

## APÉNDICE B

## Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

Muestra	Alpha Cronbach	Análisis Factorial Exploratorio				
		Método de extracción/ Rotación	KMO	Bartlett	Factores derivados	Reactivos por factor
400	.709	Ejes principales/Promax	.843	$\chi^2(45)=1459.895^*$	1. Autoestima positiva 2. Autoestima negativa	5 4

KMO = Prueba de Kaiser-Meyer-Okin, Bartlett = Prueba de esfericidad de Bartlett.

\*  $p < .0001$

Carga factorial para los reactivos de la RSES

Reactivo	Factores	
	AP	AN
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	.751	
7. Creo que soy una persona valiosa, al igual que otros(as).	.731	
3. Creo que tengo algunas buenas cualidades.	.683	
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	.624	
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	.505	
6. Me siento inútil.		.647
2. Pienso que no soy bueno(a) en nada.		.613
9. Pienso que soy un(a) fracasado(a).		.577
5. Creo que no tengo muchas razones para estar orgulloso(a) de mí.		.445
8. Desearía respetarme más a mí mismo(a).	-.011	.224
	<b>Valor propio</b>	2.91
	<b>% Varianza explicada</b>	30.22
	<b>Alpha de Cronbach</b>	.781
		1.86
		7.71
		.594

Nota: Factor de autoestima positiva (AP), Factor de Autoestima Negativa (AN). Cargas factoriales marcadas en gris corresponden a un reactivo excluido de la estructura factorial.

Análisis Factorial Confirmatorio del RSES

Muestra	$\chi^2$	gl	p	$\chi^2/gl$	NFI	NNFI	CFI	IFI	GFI	AGFI	RMSEA	IC
600	83.471	25	.000001	3.33	.941	.939	.958	.958	.969	.945	.063	.048 - .077

## APÉNDICE C

## Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia - versión Revisada (SATAQ-R)

Muestra	Alpha Cronbach	Análisis Factorial Exploratorio				
		Método de extracción/ Rotación	KMO	Bartlett	Factores derivados	Reactivos por factor
400	.856	Máxima verosimilitud/Promax	.901	$\chi^2(210)=3510.483^*$	1. Interiorización del ideal corporal 2. Consciencia del ideal corporal	8 8

KMO = Prueba de Kaiser-Meyer-Okin, Bartlett = Prueba de esfericidad de Bartlett.

\*  $p < .0001$

Carga factorial para los reactivos del SATAQ-R.

Reactivo	Factores	
	I	C
1. Me gustaría que mi cuerpo se viera como el de las mujeres (hombres) que aparecen en los programas de televisión y en las películas.	.779	
13. Desearía parecerme a las mujeres (hombres) que modelan ropa interior en las revistas.	.758	
3. Los videos musicales que muestran a mujeres (hombres) que tienen buena forma física me hacen desear mejorar mi forma física.	.732	
14. Con frecuencia leo revistas y comparo mi apariencia con la de las modelos.	.723	
7. Las fotografías de mujeres (hombres) físicamente en forma me hacen desear tener un mejor tono muscular (músculos firmes).	.698	
20. Con frecuencia me encuentro a mí misma comparándome físicamente con las deportistas que aparecen en las revistas.	.696	
2. Creo que la ropa se ve mejor en mujeres (hombres) que están en buena forma física.	.685	
5. Tiendo a comparar mi cuerpo con los de las estrellas de cine y televisión.	.667	
9. Es importante para la gente verse bonita/guapa si quieren tener éxito en la cultura actual.		.812
8. Ser bonita/guapa es muy importante si quieres tener éxito en nuestra cultura.		.725
11. La gente cree que entre más bonita/guapa sea se verá mejor con su ropa.		.700
19. En nuestra cultura, alguien que tenga un cuerpo bien formado tiene más oportunidad de tener éxito.		.639
16. Una mujer (hombre) físicamente en forma es más admirada por su apariencia que alguien que no tenga buena forma o tono muscular (músculos firmes).		.628
15. A la gente con cuerpos bien proporcionados se le ve mejor la ropa.		.619
18. La gente encuentra más bonita/guapa a las personas que están en forma que a las personas que no lo están.		.618
10. La mayoría de la gente cree que un cuerpo con tono muscular (músculos firmes) o en "forma", mejora cómo te ves.		.613
4. Yo no deseo parecerme a las (los) modelos que aparecen en las revistas.	.029	-.002
6. En nuestra sociedad, se considera bonita/guapa a la gente gorda.	-.011	-.062

12. En la sociedad actual, no es importante siempre verse bonita/guapa.		-.098	-.034
17. La forma en que yo me vea no afecta mi estado de ánimo en situaciones sociales.		-.062	-.070
21. No comparo mi apariencia con la gente que considero muy bonita/guapa.		-.014	-.019
	<b>Valor propio</b>	6.10	5.27
	<b>% Varianza explicada</b>	32.03	6.21
	<b>Alpha de Cronbach</b>	.890	.869

Nota: Factor de Interiorización (I), Factor de Consciencia (C). Cargas factoriales marcadas en gris corresponden a ítems excluidos de la estructura factorial.

#### Análisis Factorial Confirmatorio del SATAQ-R

Muestra	$\chi^2$	gl	p	$\chi^2/gl$	NFI	NNFI	CFI	IFI	GFI	AGFI	RMSEA	IC
600	350.302	93	.000001	3.76	.944	.945	.958	.958	.932	.900	.068	.061 - .076