



**El Colegio  
de la Frontera  
Norte**

**INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL,  
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y DESEO  
DE MODIFICACIÓN CORPORAL EN  
ADOLESCENTES, UN REPORTE POR SEXO Y  
ORIENTACIÓN SEXUAL EN HERMOSILLO,  
SONORA**

Tesis presentada por

**Brenda Francisca Flores Micker**

para obtener el grado de

**MAESTRA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN**

Tijuana, B. C., México  
2018

# CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Director(a) de Tesis:

\_\_\_\_\_   
 Dra. Ietza Rocío Bojorquez Chapela

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado con todo mi amor y cariño a:

Mi madre

Mi padre

A mi hermana

A mis hermanos

A mis abuelas

A mis abuelos

A mi familia

A mi pareja

A Dios

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca otorgada para llevar a cabo este trabajo en el programa Maestría en Estudios de Población de El Colegio de la Frontera Norte (El Colef); a éste último por darme la oportunidad de realizar mi maestría y permitir realizar la movilidad con carga académica en el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD, A.C.), gracias por permitirme formar parte de su institución.

Muchas personas participaron e influyeron positivamente para llevar a cabo este estudio. Principalmente quiero agradecer a mi directora de tesis, la Dra. Ietza R. Bojorquez Chapela, quien fue una pieza clave en la realización de mi trabajo de investigación, fue mi guía para poder llevar a cabo y culminar este trabajo, a usted muchas gracias por su paciencia, consejos académicos, observaciones-comentarios tan precisos y de gran ayuda, pero sobre todo por creer en mi proyecto desde el proceso de selección; le expreso mi infinito agradecimiento y gratitud. A mis lectoras la Dra. Silvia Mejía Arango y la Dra. Juana María Meléndez Torres, les expreso mi agradecimiento por formar parte de éste proyecto, por sus comentarios enriquecedores para poder mejorar mi trabajo.

Quedo en deuda con los jóvenes que accedieron a participar en la encuesta, a la directora del plantel, maestros, prefectos que muy amablemente siempre estuvieron presentes para que la realización de esta actividad se llevara a cabo de la mejor manera posible. Al igual quiero agradecer a la dirección académica del Colegio de Bachilleres del Estado de Sonora por permitir el acceso a uno de sus planteles y poder realizar mi trabajo de campo. Al igual, al Subcomité de Bioética de El Colef por la aprobación de mi trabajo.

Agradezco infinitamente a todos mis profesores en el transcurso de estos dos años, quienes de alguna u otra manera influyeron y apoyaron en mi formación académica y profesional, pero sobre todo, para ampliar los conocimientos en estudios de poblaciones, no solo en salud. Sobre todo agradezco las bases estadísticas que se me proporcionaron, fueron punto clave para la realización de mi trabajo, así como también, en los cursos de muestreo y principalmente a los cursos de metodología, ya que son la base para realizar un buen trabajo.

A mis compañeras y compañeros de curso, que aunque éramos pocos, pero muy distintos, fue un curso muy ameno, ya que todos se apoyaban uno del otro para que nunca alguno se quedara atrás en el camino, es algo que se aprecia y reconoce. Porque de ellas y ellos me llevo mucho aprendizaje, amistades y colegas. Por último, más no menos importante, agradezco infinitamente el apoyo de mi familia, de mi madre, mi padre, mi hermana y mis hermanos. Gracias por siempre apoyarme (en todos los aspectos habidos y por haber) siempre en mis planes, el tomar bien mi emprendimiento de salir del nido con la finalidad de crecer profesional y emocionalmente. A mis abuelas y abuelos, aunque uno de ellos no esté físicamente presente. A tía Martha que siempre me ha apoyado e incitado a seguir preparándome profesionalmente, gracias por ser quien me dio ese primer empujón en comenzar este camino que hoy culmina. A mi prima Sandra, por su apoyo incondicional en la captura de mis encuestas. A mi pareja Pablo, por apoyarme desde un principio, y estar siempre presente en esta nueva etapa.

## RESUMEN

La insatisfacción con la imagen corporal (IIC) se presenta en un gran número de personas y puede ser originada por la distorsión perceptiva, por la discrepancia entre el cuerpo percibido y el ideal o, simplemente, por el disgusto con el propio cuerpo. Los cambios físicos, hormonales y mentales/emocionales que se experimentan durante la adolescencia muchas veces desencadenan la IIC. Ésta investigación tiene como propósito conocer la relación de la IIC, con las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y el deseo de modificación corporal (DMC: deseo por la musculatura –DM- e intención de modificación corporal –IM-), según sexo y orientación sexual (OS) en una muestra de adolescentes estudiantes de preparatoria. Se encuestó a quienes asistieron a clase el día del levantamiento, N=1,217. Se aplicó un cuestionario que explora la OS, la IIC, las CAR, el DMC y algunos aspectos sociodemográficos. Se encontró que 79.4 % de los alumnos tienen IIC, 15.5% CAR, 7.9% DM y 8.5% IM. El porcentaje de heterosexuales y no heterosexuales con IIC fue de 79.3% y 84.3% respectivamente, el porcentaje con CAR de 13.4% y 27.9%, el porcentaje con DM 8.5% y 4.7% y el porcentaje con IM 7.2% y 14.8%. Independientemente de la OS, las mujeres presentaron mayor IIC, CAR e IM en comparación con los hombres.

**Palabras clave:** Adolescentes, orientación sexual, insatisfacción con la imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo, deseo de modificación corporal.

## ABSTRACT

Dissatisfaction with body image (IIC) caused by perceptive distortion (discrepancy between perceived body and the ideal) caused by perceptive distortion occurs in a lot of people. The physical, hormonal and mental/emotional changes that are experienced in adolescence many times they trigger the IIC. This investigation has as purpose to know the relation of the IIC, whit the risky eating behaviors (CAR) and the desire for body modification (DMC: drive for muscularity –DM- and intention of body modification – IM-), according sex and sexual orientation (OS) in a sample of teenage high school students. Those who attended class on the day of the survey were surveyed, N=1,217. An own questionnaire was applied to explore: the OS, the IIC, the CAR, the DMC and some sociodemographic aspects. It was found that 79.4 percent of students have IIC, 15.5% CAR, 7.9% DM and 8.5% IM. The percentage of heterosexuals and not heterosexuals with IIC was 79.3% and 84.3% respectively, the percentage with CAR 13.4% and 27.9%, the percentage with DM 8.5% y 4.7% and the percentage whit IM 7.2% and 14.8%. Independently of sexual orientation women presented higher IIC, CAR and IM compared to men. Men presented higher DM than women.

**Key words:** Adolescents, sexual orientation, dissatisfaction body, risky eating behaviors, desire for body modification.

## INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO.....	17
1.1. Cuerpo.....	18
1.2. La percepción de la imagen corporal, la insatisfacción con la imagen corporal y condiciones asociadas.....	21
1.3. Factores asociados a IIC, CAR, DMC (DM e IM).....	24
1.3.1. Psicológicos.....	25
1.3.1.1. Autoestima.....	25
1.3.1.2. Perfeccionismo.....	26
1.3.2. Socioculturales.....	27
1.3.2.1. Posición social y “occidentalización”.....	28
1.3.2.2. Ideal estético y normas sociales.....	28
1.3.2.3. Discurso pro-salud.....	32
1.3.3. Género, sexo y orientación sexual.....	33
1.3.3.1. Sexo y género.....	33
1.3.3.2. Orientación sexual.....	35
1.3.4. Adolescencia.....	37
1.4. Teorías que permiten explicar la asociación entre sexo/género y orientación sexual, e IIC y condiciones relacionadas.....	40
1.4.1. Teoría de la objetivación.....	40
1.4.2. Teoría de la comparación social.....	42
1.4.3. Teoría del estrés de las minorías.....	43
CAPÍTULO II. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL, LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, EL DESEO POR LA MUSCULATURA Y LA INTENCIÓN DE MODIFICACIÓN CORPORAL.....	47
2.1. Insatisfacción con la imagen corporal.....	47
2.2. Conductas alimentarias de riesgo.....	50
2.3. Deseo de modificación corporal.....	53
2.3.1. Deseo por la musculatura.....	53
2.3.2. Intención de modificación corporal.....	54
CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	57
3.1. Descripción del sitio y del plantel.....	57
3.2. Muestra.....	58
3.3. Procedimiento.....	58
3.4. Instrumento.....	59
3.4.1. Orientación sexual.....	59
3.4.2. Insatisfacción con la imagen corporal.....	60
3.4.3. Conductas alimentarias de riesgo.....	60
3.4.4. Deseo de modificación corporal.....	61
3.4.4.1. Deseo por la musculatura.....	61
3.4.4.2. Intención de modificación corporal.....	61
3.5. Análisis de datos.....	62
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	64
4.1 Alumnos inscritos y alumnos en la muestra.....	64

4.2 Descripción de la muestra.....	65
4.2.1. Participantes y características sociodemográficas.....	65
4.3. IIC, CAR, DM e IM; características generales por sexo y OS. ....	68
4.3.1. Orientación sexual de los adolescentes .....	68
4.3.2. Insatisfacción con la imagen corporal.....	69
4.3.3. Conductas alimentarias de riesgo.....	72
4.3.4. Deseo por la musculatura .....	75
4.3.5. Intensión de modificación corporal.....	78
4.3.6. Relación de IIC con CAR, DM e IM .....	81
4.4. Modelos predictivos sobre IIC, CAR, DM e IM .....	83
4.6. Hallazgos inesperados.....	89
4.6.1. Reacciones en el Test de siluetas .....	89
4.6.2. Descripción de Pansexual.....	91
CAPITULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSION .....	92
BIBLIOGRAFIA .....	103
Anexo 1. Carta de probación por el subcomité de Bioética de El Colegio de la Frontera Norte i	
Anexo 2. Oficio de asignación de plantel para realizar la investigación.....	ii
Anexo 3. Carta de consentimiento dirigida a los padres de familia .....	iii
Anexo 4 .Cuestionario aplicado a los jóvenes, incluido el asentimiento en las instrucciones ..	iv
Anexo 5. Abreviaturas.....	xi
Anexo 6. Frecuencias de CAR, DM e IM por sexo, OS e IIC .....	xii
Anexo 7. Pruebas de bondad de ajuste de modelos predictivos .....	xiv

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. 1. Mapa conceptual .....	17
------------------------------------	----

## INDICE CUADROS

Cuadro 4.1. Comparación de alumnos inscritos con los participantes en la encuesta, según sexo, turno y semestre, incluyendo tasa de respuesta.....	65
Cuadro 4.2. Datos descriptivos de los alumnos según sexo.....	66
Cuadro 4.3. Orientación sexual de adolescentes según su sexo. Frecuencia y porcentaje.....	69
Cuadro 4.4. Categorías creadas de orientación sexual de adolescentes según su sexo.....	69
Cuadro 4.5. Tipo de IIC según sexo.....	71
Cuadro 4.6. Tipo de IIC según grupo de sexo y OS (N=1,119).....	72
Cuadro 4.7. Porcentajes <sup>1</sup> de las CAR en adolescentes según frecuencia y sexo.....	74
Cuadro 4.8. Adolescentes con CAR según grupo por sexo y OS <sup>1</sup> .....	75
Cuadro 4.9. Porcentaje de prácticas y pensamientos de adolescentes relacionados con el deseo por la musculatura según su sexo. <sup>1</sup> .....	76
Cuadro 4.10. Porcentaje <sup>1</sup> de adolescentes con DM por sexo/OS.....	78
Cuadro 4.11. Adolescentes que respondieron sí en IM por sexo. <sup>1</sup> .....	79
Cuadro 4.12. Porcentaje de adolescentes por sexo/OS con IM.....	81
Cuadro 4.13. Matriz de correlación entre IIC, CAR, DM e IM en adolescentes por sexo.....	81
Cuadro 4.14. Asociaciones de OS, escolaridad de los padres e IMC, con la condición tipos de IIC, en ambos sexos, sexo femenino y masculino. Con base en quienes no presentan IIC. ....	84
Cuadro 4.15. Asociaciones entre condiciones sociodemográficas, IMC, sexo y OS, y la presencia de CAR en adolescentes.....	85
Cuadro 4.16. Asociaciones de presencia de DM de acuerdo con las condiciones sociodemográficas, OS e IMC en adolescentes.....	86
Cuadro 4.17. Asociaciones de presencia de IM de acuerdo con las condiciones sociodemográficas, OS e IMC en adolescentes.....	87
Cuadro 4.18. Asociaciones entre condiciones sociodemográficas, IMC, sexo, OS e IIC, y la presencia de CAR en adolescentes.....	88
Cuadro 4.19. Asociaciones entre condiciones sociodemográficas, IMC, sexo, OS e IIC, y la presencia de DM en adolescentes.....	88
Cuadro 4.20. Asociaciones entre condiciones sociodemográficas, IMC, sexo, OS e IIC, y la presencia de IM en adolescentes.....	89
Cuadro 4.21. Comentarios de los/las adolescentes (por sexo/OS) sobre figura ideal en la sociedad. <sup>1</sup> .....	90

## INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 4.1. Panorama general de la IIC por sexo, según figura percibida y deseada. <sup>1</sup> .....	70
Gráfica 4.2. Principales CAR practicadas por adolescentes de sexo femenino, según OS.....	73
Gráfica 4.3. Principales CAR practicadas por adolescentes de sexo masculino, según OS.....	73
Gráfica 4.4. Porcentajes de principales <i>ítems Drive for Muscularity Scale</i> , sexo femenino....	77
Gráfica 4.5. Porcentajes de principales <i>ítems Drive for Muscularity Scale</i> , sexo masculino ..	77
Gráfica 4.6. Porcentaje de principales IM de adolescentes femeninas por OSFuente: Elaboración con datos propios.....	80
Gráfica 4.7. Porcentaje de principales IM de adolescentes masculinos por OS.....	80
Gráfica 4.8. Porcentajes <sup>1</sup> de adolescentes que presentan CAR, DM e IM, según el tipo de IIC. .....	82

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, se han llevado a cabo diferentes estudios referentes al cuerpo, a la alimentación y todo lo que los rodea. Muchos de ellos han sido sólo enfocados en mujeres, pero últimamente ha aumentado el interés por estudios que consideren a ambos sexos, además de tomar en cuenta no solo eso, sino también la orientación sexual de las personas ya sea en estudios contemplando a ambos sexos o cada uno por separado.

Hoy en día, para hombres y mujeres el cuerpo tiene significados diferentes que se han ido formando y cambiando a lo largo de la vida, muchas veces el cuerpo que desea tener una persona ya sea porque se lo dicta la sociedad o simplemente porque lo considera de su agrado, no es el cuerpo que consideran tener en ese momento dado, por lo que puede llegar a presentarse en algunos casos insatisfacción con la imagen corporal (IIC)<sup>1</sup>, una condición que corresponde al cuerpo y que se encuentra presente en muchas personas, la cual va de la mano con diferentes manifestaciones que aparecen a raíz de ella. La IIC se define como una diferencia entre la imagen percibida del cuerpo y la deseada o simplemente como la inconformidad con el cuerpo propio. Según algunos autores la IIC se debe a que la persona que no está satisfecha con lo que ve en el espejo, está experimentando a una gran presión social de familiares, amigos, parejas y mensajes bombardeados en los medios de comunicación para tener una figura corporal dada, por lo que busca de alguna u otra manera lograr el ideal estético imperante en su sociedad.

El hecho de que una persona presente insatisfacción con la imagen corporal, como algunos estudios los han reportado, puede dar pie a la presencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR), las cuales son una serie de conductas y actitudes relacionadas con la preocupación por conseguir o mantener una figura corporal delgada (ayunos, dietas, ejercicio para bajar de peso, laxantes, diuréticos, vómito, etcétera); por otro lado, también puede dar pie a que la persona presente un deseo por la musculatura (DM) y por ello realice actividades o presente sentimientos relacionados con el deseo de aumentar su masa muscular (levantamiento de pesas constante, considera sería más fuerte con músculo, se siente culpable si no realiza sus

---

<sup>1</sup> Véase anexo 5, se encontrarán todas las abreviaturas utilizadas a lo largo de este documento. Página xi (al final después de la bibliografía).

rutinas de ejercicio, entre otras). Incluso, puede llegar a tener la intención de modificar su cuerpo (IM) realizando algún procedimiento quirúrgico o usando prendas para moldear su figura para lograr el modelo corporal deseado.

Por lo tanto, el presente trabajo abordó la IIC y otras condiciones (CAR, DM e IM) relacionadas en adolescentes, entendiendo a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Las conductas y actitudes relacionadas con la IIC son más frecuentes en la adolescencia, y estudiar estos aspectos puede permitir crear medidas para su control y/o prevención mediante políticas públicas de salud, lo que llevaría a una mejor calidad de vida de los adolescentes y a evitar complicaciones de salud a futuro.

Diversos estudios han reportado que todas estas conductas son más frecuentes en población no heterosexual, pero aún son escasos los que lo han investigado en adolescentes, y hasta donde llega nuestro conocimiento, ninguna investigación lo ha realizado en adolescentes mexicanos. Es por los datos expuestos en los párrafos anteriores, que surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué asociaciones existen entre IIC, CAR, DM e IM en una muestra de adolescentes estudiantes de nivel preparatoria en Hermosillo, Sonora?

¿La frecuencia de estas condiciones, y su asociación, varían de acuerdo al sexo y orientación sexual (OS) de los adolescentes?

Para poder contestar la pregunta de investigación que se planteó, se definió un objetivo general, objetivos específicos, hipótesis y justificación:

**Objetivo general:**

Analizar las asociaciones entre IIC, CAR, DM e IM por sexo y orientación sexual en una muestra de adolescentes estudiantes de nivel preparatoria en Hermosillo, Sonora.

### **Objetivos específicos:**

1. Describir la distribución de IIC, CAR, DM e IM en una muestra de adolescentes estudiantes de nivel preparatoria en Hermosillo, Sonora, total y estratificada por sexo y orientación sexual.
2. Analizar la asociación entre IIC y CAR en una muestra de adolescentes estudiantes de nivel preparatoria en Hermosillo, Sonora, total y estratificada por sexo y orientación sexual.
3. Analizar la asociación entre IIC y DM en una muestra de adolescentes estudiantes de nivel preparatoria en Hermosillo, Sonora, total y estratificada por sexo y orientación sexual.
4. Analizar la asociación entre IIC e IM en una muestra de adolescentes estudiantes de nivel preparatoria en Hermosillo, Sonora, total y estratificada por sexo y orientación sexual.

### **Hipótesis**

- 1.1) La IIC, CAR e IM son más frecuentes en adolescentes de sexo femenino, en comparación con los de sexo masculino.
- 1.2) El DM es más frecuente en adolescentes de sexo masculino, en comparación con los de sexo femenino.
- 1.3) La IIC, CAR, DM e IM son más frecuentes en adolescentes con OS no heterosexual, en comparación con aquellos con OS heterosexual.
- 2.1) La IIC en adolescentes tiene una asociación positiva con las CAR, DM e IM.
- 2.2) La asociación positiva entre IIC y CAR, DM e IM está presente, independientemente del sexo y OS del adolescente.

### **Justificación**

La IIC, CAR, DM e IM son un problema de salud mental importante en los adolescentes, y sobre todo entre los no heterosexuales. Se ha documentado en las investigaciones previas a ésta, que la edad de aparición de la IIC, y CAR ha ido disminuyendo, hasta llegar a la niñez. Por ello, se considera de relevancia el estudiar el grupo de personas adolescentes.

Por otra parte, la adolescencia es la etapa en la que se define la OS (en la mayoría de los casos), por lo que en esta investigación se incluye esta variable para su análisis junto con la IIC, CAR y DMC, ya que en investigaciones antecesoras a ésta, se ha demostrado que existen

casos en los cuales diferentes tipos de orientaciones sexuales recae con mayor peso la prevalencia de IIC, DM, DMC y CAR.

La ENSANUT nos muestra que la región de la que es parte Sonora es una de las que tienen mayor prevalencia de CAR. Es el único dato nacional que se tiene en este grupo etario, pero suponemos que la IIC, DM e IM también podrían estar por encima de la media nacional puesto que estas condiciones se encuentran relacionadas. El hecho de poder contar con datos sobre estas condiciones tiene gran importancia, ya que con ello se pueden tomar las medidas necesarias para llevar a cabo la planeación de acciones para su tratamiento, pero sobre todo para su prevención.

El municipio de Hermosillo se encuentra en el estado de Sonora, el cual pertenece a la región noroeste del país. Esta es la segunda región con mayor presencia de CAR en el país con uno punto tres por ciento de los adolescentes entre 10 y 19 años según los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012). Para el grupo de 14 a 19 años la presencia de CAR es del tres por ciento. Esta región está a menos de medio punto porcentual de diferencia de la zona de la península, la cual es la de principal presencia de CAR (2.5%) para el grupo de 10 a 19 años en México. A nivel estatal, la presencia de CAR en Sonora es de uno punto dos por ciento para los adolescentes entre 10 y 19 años (0.9% mujeres y 0.3% hombres), al analizar por sexo, uno punto ocho por ciento de las mujeres y punto seis por ciento de los hombres presentan CAR. En los adolescentes entre 14 y 19 años la presencia de CAR está en 1.9 por ciento (conformado por 1.3% y 0.6% de mujeres y hombres respectivamente) (Gutiérrez et al., 2012).

Se cuentan con datos con representatividad nacional y estatal en la ENSANUT (2012), pero para fines de mostrar un panorama municipal se indagó en su base de datos. Se encontró que el 25 por ciento de los adolescentes de Hermosillo, Sonora presentan CAR (aunque los datos encontrados no son representativos a este nivel). Otro aspecto de este lugar, es que cuenta con una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, por lo que se esperaría que presentaran una mayor insatisfacción con su imagen corporal.

Para poder lograr dichos objetivos y contestar a la pregunta formulada, en este trabajo se exploraron mediante un cuestionario las relaciones de interés en adolescentes estudiantes de

una escuela preparatoria de Hermosillo, Sonora. Se aplicó un cuestionario propio, en el que se incluían preguntas sobre indicadores sociodemográficos para conocer a la población estudiada, además de las variables principales de interés: el test de siluetas para conocer la IIC (Stunkard, A. y Stellar, E., 1990), el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) para conocer la presencia de CAR (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García, 2004), el cuestionario de deseo por la musculatura (*Drive for muscularity Scale*) para conocer la presencia de DM (McCreary, 2007) y un cuestionario creado para esta investigación con la finalidad de conocer si la persona tiene IM. Por último, se utilizó la escala de Kinsey para conocer la orientación sexual de cada persona (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948).

El método de selección del sitio de estudio fue por conveniencia, ya que se trabajó en un plantel autorizado por las autoridades que rigen las instituciones de estudios de media superior. Se encuestó a todos los estudiantes del plantel que acudieron a clase el día del levantamiento de la información. Con anterioridad se enviaron cartas de consentimiento de los padres y al momento de la aplicación de la encuesta, se le dio a conocer al alumno la carta de asentimiento para participación voluntaria. Previo a ello, el protocolo de investigación fue aprobado por el Subcomité de Bioética de El Colegio de la Frontera Norte (El Colef).

Esta tesis está dividida en cinco capítulos para su mejor comprensión. En el primer capítulo se explican los aspectos teóricos relacionados con la insatisfacción con la imagen corporal y las otras condiciones de interés. Para ello se parte de una discusión sobre el cuerpo y la percepción del mismo, y los factores asociados a la insatisfacción con la imagen corporal, de conductas alimentarias de riesgo y deseo de modificación corporal. Entre estos factores se resaltan los aspectos de sexo/género y orientación sexual. Por último, se describen tres teorías útiles para la explicación y entendimiento del problema. Las teorías son: 1) de la objetivación; 2) de la comparación social y; 3) del estrés de las minorías.

En el segundo capítulo se proporciona información contextual sobre las prevalencias e incidencias de las condiciones de interés, para mostrar el panorama del problema estudiado y con ello poder tener una guía de lo que se puede esperar en los resultados, o incluso el poder contrastarlos. Los instrumentos utilizados para medir estos aspectos son escalas validadas, lo cual da la confianza de comparabilidad con otros estudios.

En el tercer capítulo, se describen los métodos utilizados para la selección de participantes, recolección, captura y procesamiento de información, y el análisis estadístico. Seguido de ello, se presenta el cuarto capítulo con los resultados obtenidos en la investigación, comenzando con las características generales de la muestra encuestada (frecuencias y porcentajes), se presenta la distribución de los alumnos según la orientación sexual que indicaron tener, seguido de cruces bivariados sobre las relaciones que se buscan conocer y por último, modelos multivariados para explicar las variables dependientes y sus relaciones con análisis de correlación y regresiones logísticas binaria y multinomial.

Finalmente, en el último capítulo de esta investigación se presenta la discusión sobre los resultados obtenidos y los reportados en anteriores investigaciones además de las conclusiones a las cuales se llegó. Estas conclusiones fueron: 1) las mujeres presentan mayores prevalencias de las diferentes condiciones estudiadas, a excepción del DM; 2) al analizar por la combinación de sexo y OS, se encuentra que los hombres no heterosexuales son quienes presentan mayor IIC; las mujeres heterosexuales son quienes presentan mayor prevalencia de CAR; los hombres heterosexuales son quienes presentan mayor prevalencia de DM, mientras que quienes presentan mayores prevalencias de IM son las mujeres no heterosexuales.

La principal limitación de esta investigación fue el no poder tener representatividad estadística más allá del plantel estudiado, pero una de las principales fortalezas es que se trata de uno de los primeros estudios que presentan estos datos en adolescentes mexicanos dando un panorama según la OS.

## CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se abordarán las diferentes problemáticas que se estudian en esta investigación, es decir, se tratará de dejar en claro lo que se entenderá al hablar de la IIC, las CAR, el DM y la IM. El objetivo de este capítulo es hilar la relación de un aspecto con otro u otros, y explicar la relación que tienen con el sexo/género y orientación sexual en la etapa de la adolescencia, la cual es una etapa vulnerable en la vida donde se presentan una gran serie de cambios. Se explicará también la aplicación de tres diferentes teorías a la problemática: de la objetivación, de la comparación social y del estrés de las minorías. En la figura 1.1, se ilustra la manera en la que se relacionarán las variables a analizar con las teorías que pueden explicarlas.

Figura 1. 1. Mapa conceptual



Fuente: Elaboración propia.

Se comenzará por explicar lo referente al cuerpo y a la imagen corporal percibida por las personas y cómo existen diferentes factores que pueden influir en la aparición o la presencia de IIC y con ello las CAR, DM y/o IM. Finalmente, se explicarán las tres teorías planteadas. En el siguiente capítulo se abordará la descripción epidemiológica de las condiciones de interés estudiadas en esta investigación.

## 1.1. Cuerpo

Un tema de gran importancia es el cuerpo, la percepción de éste y la construcción del mismo. Como seres humanos, somos cambiantes, por tanto, el cuerpo es la construcción de nosotros mismos por nuestras vivencias, aprendizajes, concepciones.

En las diversas culturas y períodos históricos, la corporalidad ha estado ligada irremediablemente a lo social y a lo cultural. Para entender lo que es el cuerpo, y cómo la percepción de éste cambia a lo largo de los años, debemos considerar que mientras la sociobiología considera el cuerpo como “una base biológica y presocial sobre la cual se fundan las superestructuras del yo y de la sociedad” (Shilling, 1993: 41), “los constructivistas como Douglas, Foucault, Goffman y Turner toman el cuerpo como algo que pertenece a la cultura y no a una identidad biológica. Desde esta perspectiva, el cuerpo es interpretado culturalmente en todas partes, por lo tanto, la biología no se encuentra excluida de la cultura, sino que está dentro de ella” (Martínez, 2004: 128).

Martínez (2004) nos dice que en las obras de Mary Douglas (1988, 1979, 1991) el cuerpo se considera como un sistema de clasificación primario para las culturas, medio a través del cual se representan y se manejan los conceptos de orden y desorden. Por su parte, Marcel Mauss arguye que la cultura da forma al cuerpo y describe con detalle lo que él denomina las “técnicas del cuerpo”: “El modo en que de sociedad en sociedad los seres humanos saben cómo usar sus cuerpos” (Mauss, 1973: 70). Estas “técnicas corporales” son un medio importante para la socialización de los individuos en la cultura; a través de ellas y de su cuerpo, un individuo llega a conocer una cultura y a vivir en ella. Mary Douglas también ha reconocido el cuerpo como un objeto natural moldeado por las fuerzas sociales. Para esta antropóloga, existen dos cuerpos: el “cuerpo físico” y el “cuerpo social”. Y afirma que “el cuerpo social restringe el modo en que se percibe el cuerpo físico” (Douglas, 1988: 93). Esto significa que el cuerpo es un medio de expresión altamente restringido, puesto que está muy mediatizado por la cultura y expresa la presión social que tiene que soportar (Martínez, 2004: 129-130).

Por lo tanto, el cuerpo lo conceptualizo en este momento como el espacio en el cual habitamos los seres vivos y humanos, un lugar en la sociedad, el que hemos construido y a la vez

mediante el cual expresamos nuestros gustos, preferencias, actitudes, conocimientos, aprendizajes, obtenidos a lo largo de nuestras vivencias e incluso las forjadas antes de nuestra existencia, ya que nos son transmitidas por generaciones antecesoras a nosotros. Un aspecto importante es que nuestro cuerpo es individual, pero también es social, ya que aunque sea un cuerpo propio, principalmente se rige por el otro y para el otro en algunos casos; si no es que en la mayoría de ellos. Es por esto que el cuerpo toma diferentes significados conceptuales, sobre todo dependiendo del área en la que se analice, por ejemplo, la química y la física las cuales nos mencionan que es el espacio material que ocupamos, en cambio si lo vemos desde lo espiritual, es el espacio que habita un alma, un espíritu, un ser, y así podemos ir encontrando significados diferentes para definir el cuerpo. Un aspecto que es claro y bien sabido, es que el cuerpo es el único espacio o lugar que nos pertenece a nosotros mismos; es el cuerpo que hemos construido mediante nuestras vivencias, nuestros aprendizajes, nuestros conocimientos. Aun así, la construcción del cuerpo depende mucho del contexto en el que hemos vivido, incluso en el que nuestros padres vivieron y lo que nos transmiten a lo largo de nuestra vida.

En nuestra sociedad occidental, la educación tiende a modelar nuestro cuerpo y a ajustarlo a las exigencias y normativas del entorno en que vivimos, adquiriendo el cuerpo una función muy relevante como mediador cultural. Es así como la imagen corporal ideal se va plasmando de acuerdo a los valores, creencias y cánones estéticos que promueve cada sociedad. Las últimas décadas del siglo XX y el comienzo del siglo XXI se han caracterizado por un culto total al cuerpo (Esteban, 2004; citado en Behar, R., 2010: 319). “Actualmente, el cuerpo se ha convertido en blanco de múltiples atenciones y es al mismo tiempo objetivo de grandes inversiones [...] Las prácticas y los saberes son promovidos por múltiples especialistas, como los estilistas, los médicos, los publicistas y los esteticistas, que han contribuido a crear o definir y legitimar los nuevos códigos éticos y estéticos de los usos sociales del cuerpo. Todo este nuevo interés que despierta el cuerpo está estrechamente ligado a transformaciones sociales profundas, a cambios en el modo de producción y en las formas de relación, como también a la emergencia de nuevas formas de dominación” (Martínez, 2004:131).

Con esto podemos deducir que, que aunque tenemos un cuerpo propio, a la vez no lo es, ya que quien dicta cómo deben ser los cuerpos de las personas (haciendo hincapié en diferenciar

cuerpos femeninos y masculinos) son las mismas sociedades, la cultura creada, transformada, perpetuada y/o transmitida por la sociedad, en la cual intervienen, con diferentes representaciones, especialistas tales como médicos o personas que no tienen que ver con esta rama y sólo definen una moda o la promueven. Es así como por medio del cuerpo, lo dictado por la sociedad (cultura) nos está dominando.

En palabras de Ana Martínez (2004), es bien sabido que “el cuerpo se ha convertido en el centro de un trabajo cada vez mayor a través del ejercicio, la dieta, el maquillaje y la cirugía estética, y hay una tendencia general a ver el cuerpo como una parte del propio yo que está abierto a revisión, cambio y transformación. El crecimiento de los estilos de vida sanos son testimonios de esta idea de que nuestros cuerpos están inacabados y son susceptibles de cambio. Al parecer, no nos contentamos con ver el cuerpo como una obra completa, sino que intervenimos activamente para cambiar su forma, alertar sobre su peso y su silueta. El cuerpo se ha convertido en parte de un proyecto en el que hemos de trabajar, proyecto que va vinculado a la identidad del yo de una persona. El cuidado del cuerpo no hace referencia sólo a la salud, sino también a sentirse bien; nuestra felicidad y realización personal, cada vez más, están sujetas al grado en que nuestros cuerpos se ajustan a las normas contemporáneas de salud y belleza” (Martínez, 2004: 131).

Con el paso de tiempo, las percepciones del cuerpo “normalizado” o “idealizado” varían dependiendo del tiempo, del lugar y sobre todo del contexto histórico y sociocultural. Como sociedad hemos ido cambiando el ideal estético del cuerpo a lo largo de los años. Ha pasado desde un cuerpo robusto, carnoso, con cadera ancha, hasta llegar a un cuerpo muy delgado. Claro está que han existido variaciones del mismo. Un punto a recalcar en este sentido es la relación entre el cuerpo y el cambio social. Es decir, en tiempos remotos el tener cuerpo robusto, con sobrepeso, significaba riqueza y abundancia, ya que representaba el tener acceso a los alimentos. En cambio, las personas delgadas eran catalogadas como pobres que no tenían los recursos para poder alimentarse con una gran cantidad de comida. Esto es, como menciona Deborah Lupton en su libro *Fat*, la apariencia carnosa del cuerpo gordo es un símbolo que es leído de diversas maneras (Lupton, 2013). Por ejemplo, los antiguos griegos vieron el control del peso corporal como parte de la relación espiritual entre la comida, el cuerpo y los dioses (Lupton, 2013). La gordura, tanto en el pensamiento como en la práctica médica griega

antigua y en la romana, se consideraba un resultado patológico del desequilibrio corporal (Gilman 2010 citado en Lupton, 2013). Posteriormente, estuvo el cristianismo, donde se hizo especial hincapié en tener un cuerpo delgado; que para lograr este cuerpo promovieron las prácticas de ayuno, justificadas con la salud y la espiritualidad, y se consideró que tener un cuerpo delgado era estar en una buena relación con Dios, mientras que un cuerpo no delgado era señal de gula, no saludable, pecado, etcétera. El hecho de privarse de la comida se consideraba la prueba definitiva de autodisciplina, y un cuerpo delgado era sinónimo de disciplina, de autocontrol, de salud. Este discurso fue llegando hasta la época actual, mediante los cambios sociales que fueron ocurriendo a lo largo de los años.

Actualmente se pone gran atención a cuidar el cuerpo para lograr una “figura saludable”, que se define como una figura con poca adiposidad y que corresponde también al ideal estético que se muestra en los medios de comunicación. Este ideal se relaciona a su vez con la interpretación del cuerpo a partir de la imagen corporal, tema que se aborda en el siguiente apartado.

## **1.2. La percepción de la imagen corporal, la insatisfacción con la imagen corporal y condiciones asociadas**

Es importante el conocer qué es la imagen corporal, para así comprender qué es la distorsión de la misma y de esta manera poder dar paso a las siguientes secciones con una mejor comprensión de las mismas.

Uno de los primeros autores que abordan la imagen corporal es Schilder, quien propuso la primera definición de ésta en el año 1935, en su libro *The Image and Appearance of the Human Body*, la cual propone que: “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Schilder, 1950 citado en Baile Ayensa, 2003:3).

Posteriormente, el término se ha ido modificando por diferentes autores, aunque algunos han tomado todas esas nuevas definiciones creadas y han formado una con base en ellas; tal es el caso de Baile Ayensa (2003) quien analizó diferentes definiciones utilizadas para la imagen corporal y propuso la suya, la cual define como “un constructo psicológico complejo, que se

refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas” (p.8). El componente perceptual implica la exactitud de la estimación de la forma del cuerpo y la actitud y sentimientos que las personas tienen hacia su cuerpo (Coelho, et al, 2013; citados en Jiménez-Flores, Jiménez-Cruz y Bacardí-Gascón, 2017:480).

Ahora bien, ¿qué pasa cuando la imagen corporal percibida no nos es agradable, placentera o no la aceptamos? Una de las respuestas más factibles es que puede presentarse la insatisfacción. La diferencia entre el cuerpo que percibimos y el cuerpo ideal, puede dar origen a la IIC; además de que el disgusto por el cuerpo puede ser generado por ideales establecidos por la sociedad, puesto que los cuerpos que existen no son los que esos ideales esperan que imperen (Odgen, 2011 citado en Jiménez-Flores, Jiménez-Cruz y Bacardí-Gascón, 2017:480).

Berengüí et.al, mencionan que la IIC se caracteriza por la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales (Sepúlveda, Botella y León, 2001). Además varios autores mencionan que la IIC es una condición con consecuencias individuales y sociales relevantes, en cuya formación intervienen -con distinto peso- factores individuales, sociales y culturales, entre los cuales cobran especial relevancia los modelos estéticos corporales (Crowther y Williams, 2011; Cruz, Ávila, Velázquez y Estrella, 2013; Cruzat, Haemmerli y García, 2012; citados por Berengüí, Castejón y Torregrosa, 2016:2-3; Jiménez-Flores, et.al., 2017:480).

Para tener más en claro la conceptualización de la insatisfacción corporal, es importante conocer los tipos en que se divide. Existen dos tipos de alteraciones de la imagen corporal, en donde se incluyen dos aspectos relacionados: uno es la distorsión perceptiva, que conlleva una sub o sobreestimación de partes del cuerpo; el segundo es la alteración cognitivo-afectiva, la cual es asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura (Garner y Garfinkel, 1981). También puede distinguirse la IIC en dos tipos: la de quienes desean una imagen corporal mayor, que indique fuerza y musculatura, y las que desean una imagen más delgada (Jiménez-Flores, et.al., 2017:488).

La insatisfacción corporal se relaciona con las CAR y el DMC (ya sea DM o IM) por el hecho de que cierto grupo de personas, al no sentirse satisfechos o satisfechas con su figura corporal, intentan realizar algún tipo de plan alimentario o alguna práctica inadecuada para modificarla. Así, una de las consecuencias de la IIC, es querer lograr el cuerpo/figura deseada y/o impuesta por la sociedad (ideal). Por lo que, en muchos de los casos, las personas buscan lograr esa meta.

Una de las medidas que se llevan a cabo para obtener una figura corporal delgada, acorde con el ideal estético, son las CAR. Se definen las CAR como una serie de conductas y actitudes relacionadas con la preocupación por conseguir o mantener una figura corporal delgada, que ocurren en un contexto en el que la persona asigna una gran importancia a su figura corporal y se siente permanentemente insatisfecha con ésta. Las CAR se caracterizan porque son un problema de salud que involucra aspectos tanto físicos como mentales, y se presenta con elevada frecuencia entre las mujeres jóvenes (Unikel S, Nuño G, Celis de la R, Saucedo M, Chi V, García C, 2010; Neumark S, Levine MP, Paxton SJ, Smolak L, Piran N, Wertheim EH, 2006). De acuerdo con algunos autores, las CAR “podrían ser momentos prodrómicos o manifestaciones subclínicas de los trastornos de la conducta alimentaria, o factores de riesgo para esos trastornos” (Bojórquez Chapela, Saucedo-Molina, Juárez-García, y Unikel-Santoncini, 2013) es decir hecho de que las CAR no se traten y sigan continuamente con el paso del tiempo, pueden llegar a problemas de gravedad y salud mental (Polivy y Herman, 2002; Stice E, Ng J, Shaw H, 2010). Algunas de las CAR son: vómitos auto inducidos, ayunos intencionales para bajar de peso, atracones, dietas restrictivas, ejercicio excesivo para bajar de peso, uso de laxantes, etcétera, y son un problema de salud mental, con consecuencias también sobre la salud física. Al ser los adolescentes, uno de los grupos o el grupo de personas en el cual se presentan mayor prevalencia de CAR; y dada la proximidad de la aparición de desórdenes de la alimentación y la orientación sexual durante esta etapa crítica del desarrollo, no es sorprendente que los desórdenes alimentarios puedan afectar desproporcionadamente a los jóvenes vulnerables, en particular a los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales (Austin et.al., 2009).

Por su parte, el DM definido como un deseo intenso de aumentar la masa muscular, es otra de las manifestaciones que se dan al no estar satisfecha la persona con su imagen corporal.

Cuando una persona quiere aumentar de peso (principalmente musculatura) o disminuir la grasa corporal (tonificar), puede llevar a cabo ejercicios intensos u otras conductas como consumo de anabólicos o esteroides. El DM representa la percepción de un individuo de que él o ella no es lo suficientemente musculoso y que debería agregar volumen a su cuerpo, en forma de masa muscular (independientemente del porcentaje de masa muscular real) (McCreary, 2007). En general, la principal manifestación de la IIC en los hombres es el DM, ya que el ideal estético masculino enfatiza la masa muscular, a diferencia del ideal femenino que enfatiza la delgadez.

Finalmente, otro de los aspectos que se relacionan con la IIC, es la IM, que se refiere a la intención del individuo de intervenir sobre su cuerpo con el fin de hacerlo más aproximado al modelo estético imperante o el ideal personal. En este estudio se entenderá como IM, a todo procedimiento, acto o uso de cualquier producto o prenda, para modificar la figura corporal, buscando lograr el ideal estético imperante, tanto de la silueta femenina como de la masculina, ya sea que las personas hayan pensado en utilizar o hayan utilizado alguna prenda para contornear su figura/silueta corporal e incluso el llegar a una cirugía estética para lograr la figura corporal deseada. Si bien sólo una minoría de las mujeres que están insatisfechas con el aspecto físico recurren a la cirugía estética, esta minoría ha ido aumentando durante los últimos años, en lo que Wolf (1990; citado en Ogden, 2005: 111) ha denominado “era quirúrgica”.

### **1.3. Factores asociados a IIC, CAR, DMC (DM e IM)**

Existen varias causas para la aparición de la IIC y manifestaciones asociadas, que incluyen los múltiples factores biológicos, sociales y culturales que modulan la percepción del cuerpo (Gittelsohn et al., 1996; Gupta, Chaturvedi, Chandarana y Johnson, 2000 citados por Gómez-Marmol, Sánchez-Alcaraz y Mahedero-Navarrete, 2012). Esta combinación de factores corresponde al modelo "biopsicosocial", que considera desde lo ampliamente cultural a lo estrictamente biológico, con paradas a lo largo del camino para los factores familiares, sociales, cognitivos, de aprendizaje, personalidad y otros factores (Leung et al, 1996 citado

por Polivy y Herman, 2002). A continuación se describen por separado los principales elementos psicológicos y socioculturales que se relacionan con la IIC, CAR y DMC.

### **1.3.1. Psicológicos**

#### **1.3.1.1. Autoestima**

De acuerdo con Rice (2000; citado por Naranjo Pereira, 2007), la autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. Señala este autor que ha sido denominada como el vestigio del alma y que es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana (Naranjo Pereira, 2007).

Interpretando a Naranjo Pereira (2007), se puede entender que la formación de la autoestima, es por medio de la interacción del uno con el otro, y es aquí donde la persona puede sentirse/considerarse o no importante, especial para con el otro. Entonces, podemos deducir, que según las experiencias que se tengan en la vida, es como vamos a formar nuestra autoestima.

Según Leary y Baumeister (2000) mencionados por Gómez-Jacinto, al ser la autoestima un juicio personal, por lo tanto subjetivo, no quiere decir que tenga que ser en realidad lo que somos, sino tiene más que ver con lo que los demás perciben o evalúan de nosotros. “La autoestima es una autoevaluación cargada afectivamente. En las autoevaluaciones hay valoraciones de los atributos o de la conducta de uno mismo a través de dimensiones evaluativas (bueno-malo, positivo-negativo, entre otras). Unas autoevaluaciones son desapasionadas y otras tienen unas claras resonancias emocionales” (Gómez-Jacinto, 2005: 10).

Diversos estudios han relacionado la baja autoestima con los problemas de IIC y otros aspectos relacionados. Por ejemplo, en Venezuela un estudio con 198 estudiantes universitarios (27% masculino y 73% femenino) de primer año, mostró que aquéllos que se percibían con un aspecto de mayor volumen tenían menor autoestima que los que se percibían como de aspecto delgado o normal (López Atencio, et al., 2008). Por otro lado, en un estudio

con 892 estudiantes universitarios de nuevo ingreso (502 mujeres y 390 hombres, edad media=19.7 años con DE=2.9) de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), en la Ciudad de México, se observó que la baja autoestima aumentaba dos veces el riesgo de CAR en ambos sexos (Unikel, Díaz de León, y Rivera, 2016: 145).

### **1.3.1.2. Perfeccionismo**

Vuyk menciona que Slaney et al. (2001) conceptualizan al perfeccionismo como un constructo multidimensional que posee componentes positivos como orden y metas elevadas, y consideran que el perfeccionismo se convierte en negativo únicamente cuando los individuos perciben una discrepancia entre sus metas y su rendimiento. Igualmente menciona que Frost et al. (1990) describen seis áreas cruciales del perfeccionismo: exigencias personales, preocupación por los errores, dudas sobre las acciones, expectativas de los padres, críticas de los padres, y organización. La combinación de niveles altos en unas escalas y niveles bajos en otras, determinan si el perfeccionismo tendrá consecuencias positivas o negativas (Vuyk, 2015).

El perfeccionismo implica el establecimiento de altos estándares personales. Aparte de esta dimensión de perfeccionismo, que a menudo se conoce como perfeccionismo de los estándares personales, varios estudiosos enfatizaron que el perfeccionismo también implica una tendencia a ser altamente autocrítico y participar en una autoevaluación negativa, lo que ha sido referido como perfeccionismo de las preocupaciones evaluativas (Frost, Heimberg, Holt, Mattia y Neubauer, 1993; Frost, et al., 1990)<sup>2</sup>.

En una serie reciente de estudios experimentales (Boone, Soenens, Vansteenkiste, y Braet, 2012; Shafran, Lee, Payne y Fairburn, 2006) se obtuvieron pruebas adicionales del papel del perfeccionismo de estándares personales como factor de riesgo (causal) para los síntomas del desorden alimenticio. En estos estudios, los participantes fueron asignados aleatoriamente a una condición perfeccionista, en la cual se les pidió a los participantes que establecieran estándares personales elevados durante 24 horas, o en una condición no perfeccionista, en la que se les pidió a los participantes no esforzarse para cumplir con altas expectativas. Estos

---

<sup>2</sup> A partir de éste párrafo hasta el final de ésta sección las citas son tomadas de Boone y Soenens (2015).

estudios encontraron que al final del día, los participantes en la condición perfeccionista reportaron significativamente más síntomas anoréxicos (comer menos alimentos calóricos, comer más restringido y más arrepentimiento después de comer) y síntomas bulímicos (comer en exceso, pérdida de control) en comparación con aquéllos en condiciones no perceptivas (Boone et al., 2012; Shafran et al., 2006)

Es aquí donde nos podemos preguntar ¿qué relación hay con el perfeccionismo y la IIC? En primer lugar, cuando las personas con altos estándares personales están insatisfechas con su cuerpo, pueden desarrollar una preocupación poco saludable con los defectos percibidos de su cuerpo. De acuerdo con Shafran et al. (2002), es probable que las personas con altos estándares sean hipervigilantes de sus deficiencias. Como resultado, sólo estarían satisfechas consigo mismas cuando puedan controlar su cuerpo y cuando cumplan con sus propios criterios de peso. Por el contrario, emprenderían una dura autocrítica cuando no cumplieran con los criterios autoimpuestos (Shafran et al., 2002). Este esquema disfuncional de autoevaluación, en el que la autoestima se ha vuelto dependiente de la consecución de los criterios de peso corporal y forma, se considera la psicopatología central de los desórdenes alimenticios (Fairburn, 2008). En segundo lugar, para obtener control sobre su vida estas personas pueden desarrollar un impulso excesivo para controlar el peso y la forma del cuerpo y pueden aplicar estándares rígidos al dominio de la alimentación. Como consecuencia, las personas con altos niveles de insatisfacción corporal y perfeccionismo podrían ser vulnerables a participar en dietas rígidas (Verstuyf, Patrick, Vansteenkiste y Teixeira, 2012).

### **1.3.2. Socioculturales**

Los factores socioculturales constituyen unos de los aspectos fundamentales en el desarrollo de la IIC. Para fines de este trabajo se abordarán los aspectos del nivel educativo de los padres y migración, del ideal estético regido por las normas sociales y el discurso pro-salud.

### **1.3.2.1. Posición social y “occidentalización”**

Los primeros estudios sobre las CAR y los trastornos de la conducta alimentaria enfatizaban que éstos se presentaban sobre todo en mujeres jóvenes de las clases altas. Posteriormente, se expandió esta idea al modelo de “occidentalización”, según el cual la preocupación por la figura delgada se relaciona con condiciones particulares de la cultura moderna de los países occidentales desarrollados (Nasser, M., Katzman, M., y Gordon, R., 2001). Aunque estas nociones se han modificado, en los estudios realizados en países de ingreso medio y bajo sigue siendo frecuente encontrar prevalencias más altas de CAR en los grupos de nivel socioeconómico superior (Palma-Coca, O., et al, 2011). Aunque estos temas han sido menos estudiados para las otras condiciones de interés en este trabajo, es importante considerar la posibilidad de una relación entre el nivel socioeconómico, así como la adopción de valores culturales modernos, y la presencia de IIC, CAR, DM e IM.

Un indicador de posición social frecuentemente empleado en estudios con adolescentes, es el nivel educativo de los padres. El nivel educativo parental podría ser también indicador de la adopción de valores culturales más modernos. Sosteniendo la idea de que estas circunstancias se asocian con IIC, CAR, DM e IM, en un estudio realizado con adolescentes entre 12 y 19 años sobre las tendencias de CAR en el Distrito Federal entre 1997 y 2003 (Encuestas sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal), se observó que el nivel educativo de los padres tenía una asociación positiva con las CAR, sobre todo entre las mujeres (Unikel, Bojorquez, Villatoro, Fleiz y Medina, 2006). En otro estudio con mujeres estudiantes entre 15 y 19 años, con datos tomados de una encuesta representativa de las escuelas públicas de nivel medio superior en el Estado de México, levantada en el año 2006, también se observó que el nivel educativo de los padres se asoció directamente con la presencia de CAR (Bojorquez, Saucedo, Juárez y Unikel, 2013).

### **1.3.2.2. Ideal estético y normas sociales**

En la formación del ideal estético confluyen los ideales del yo y los principios normativos del grupo (Bourdieu, 1979; Jodelet y Ohama, 1982; Maisonneuve, 1981 citados por Pastor Carballo y Bonilla Campos; 2000). Es decir, cualquier cosa que un grupo social determine

como la “norma” y que el individuo la tome como su ideal, influirá en su satisfacción o insatisfacción corporal, ya que cuando la percepción de la imagen corporal no coincide con este ideal se desarrolla la IIC.

Elsa Muñiz (2014) hace una revisión de cómo con el paso del tiempo los cánones de belleza van cambiando; concluye que el analizar las prácticas y los discursos culturales sobre la belleza, proporcionan significados de gran importancia para poder comprender todo lo que engloba la materialización de los cuerpos y las razones de ello, por qué se sigue llevando a cabo ese cambio físico a pesar de sus riesgos u otros aspectos negativos en la búsqueda de la belleza. Por ejemplo, si echamos un vistazo varias épocas atrás (a partir del siglo XVI-XVIII aproximadamente) el ideal estético era una mujer acinturada y para ello las mujeres debían usar un corsé. Uso que con el paso del tiempo fue desapareciendo, pero sorpresivamente hoy en día, están volviendo a tomar fuerza en su uso (fajas que simulan tal prenda) pues los cánones de belleza requieren de ellos para cumplirse en cierta manera, o el simple hecho de que se estén comercializando en varias presentaciones y se bombardee por todos los medios posibles para su consumo; sólo que ahora con la diferencia que no es exclusivamente para uso femenino, pues también se comercializan las fajas para hombres.

“El estándar social de la delgadez para las mujeres o del cuerpo musculoso para los hombres, se ha convertido en símbolo asociado al éxito y a la independencia” (Ianotti, 2005; citado en Bautista-Díaz, et al. 2017:3). El alcanzar ese éxito e independencia dependía de diferentes formas corporales según la época, por ejemplo, en la cultura egipcia y Grecia clásica (a.C.) la belleza para mujeres y hombres se basaba en las proporciones puños y cabezas respectivamente. Después, los “cánones de belleza de la Antigua Grecia se observan a través de su escultura. En el caso de las estatuas femeninas, aunque proporcionadas, representan a mujeres más bien robustas y sin sensualidad, con ojos grandes, nariz afilada, boca y orejas ni grandes ni pequeñas, mejillas y mentón ovalados, que daban un perfil triangular, cabello ondulado detrás de la cabeza y senos pequeños y torneados. En cambio, el ideal masculino estaba basado directa y exclusivamente en los atletas y gimnastas, a quienes se les atribuían cualidades como el equilibrio, el valor, el control o la belleza” (SECPRE, 2017). Seguido de la Edad Media (siglo V-XV) donde lo importante era la pureza y el recato, cuerpos pequeños para la mujer y robustos para los hombres, posteriormente en el Renacimiento vuelve los

cuerpos proporcionados donde la belleza se representaba con David de Miguel Ángel y el Nacimiento de Venus de Sandro Boticelli, para los hombres y mujeres respectivamente. Los ideales cambiaron en el Barroco por apariencias y es aquí donde aparece el corsé para las mujeres, y en los hombres debían de ser con mucho pelo. Por último en el siglo XX donde los cambios fueron más notorios para el ideal femenino, pasó de figuras voluptuosas a cuerpos muy delgados, hasta llegar al siglo XXI donde lo predominante son las cirugías estéticas para lograr un cuerpo curvilíneo, pero a su vez también están los cuerpos delgados pero muy definidos muscularmente para las mujeres, mientras que para los hombres son cuerpos musculosos con un poco de volumen y tonificados, más no como en los años 90's tipo Schwarzenegger.

Por otra parte, el ideal estético es diferente para cada sexo, y se manifiestan las diferencias en normas de género culturalmente aceptadas. La antropóloga Marta Lamas nos dice que: “El cuerpo es la primera evidencia incontrovertible de la diferencia humana. Este hecho biológico, con toda la carga libidinal que conlleva, es materia básica de la cultura. Desde la antropología cognitiva sabemos que nuestra conciencia ya está habitada por el discurso social: nacemos en una sociedad que tiene un discurso sobre el género y que nos hace ocupar cierto lugar. En la forma de pensarnos, en la construcción de nuestra propia imagen, de nuestra autoconcepción, utilizamos elementos y categorías de nuestra cultura” (Lamas, M., 1994). Es decir, nacemos predispuestos a ser lo que los demás esperan/quieren que seamos y durante nuestro crecimiento vamos tomando como aprendizaje lo que nos inculcan de cómo debemos vestir, hablar, comportarnos, incluso hasta pensar, para poder encajar en un grupo o sociedad. Estas normas son diferentes para cada género, y el cuerpo es el sitio principal en el que se plasman.

Pastor Carballo y Bonilla (2000) nos dicen que “en nuestra cultura, la imagen del cuerpo fomentada por el discurso médico biologicista y tecnológico, la cultura de los medios de comunicación y del consumo, no sólo produce una imagen fragmentada de los sujetos, sino también introduce una lectura genérica de los cuerpos al establecer una diferencia entre valores instrumentales y valores de atractivo, ligados al referente corporal que distingue a varones y mujeres” (Pastor Carballo y Bonilla Campos, 2000:37). Para las mujeres, “El ideal estético corporal imperante en la actualidad preconiza que ser bella es igual a ser delgada” (Llorca Diez, Cabrejas Martínez, Gallego Álvarez, Bueno Carrera y Diez Sánchez, 2011: 22),

lo que muchas veces es biogenéticamente difícil de conseguir, facilitando la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal y generando de este modo la insatisfacción corporal (Raich, 2001; citado por Behar R, 2010:320). Aunque los conflictos de imagen no son un tema exclusivo de las mujeres, éstas se ven afectadas en mayor grado que los varones, ya que los estándares de belleza y delgadez son especialmente rígidos para ellas (Dolan y Gitzinger, 1994; Thompson et al., 1999 citados por Pastor Carballo y Bonilla Campos, 2000). “El ideal estético de mujer contiene tres ingredientes básicos: juventud, delgadez y belleza” (Pastor Carballo y Bonilla Campos, 2000:37-38). En cambio, el ideal masculino es de un cuerpo delgado, pero sobre todo musculoso. Como consecuencia, algunos hombres aspiran a ser más delgados, mientras que otros van a querer tamaños corporales más grandes que incluyan mayor musculatura (Bergstrom y Neighbors, 2006). De la misma manera que para las mujeres, para los hombres la imagen construida por los medios de comunicación parece que juega un papel importante con la IIC. Ya que lo masculino remite a la perfección y al control, poseer o sentir que se posee un cuerpo inapropiado atenta contra el dictamen social. Con el advenimiento del ejercicio como moda, la participación en gimnasios y las dietas calóricas y saludables, no sabremos con certeza si se asumen como esfuerzo para mantener un cuerpo saludable o como destino ineludible de la masculinidad impuesta (Toro-Alfonso, Nieves Lugo y Borrero Bracero, 2010).

Desde un punto de vista sociocultural, se puede decir que tanto hombres como mujeres participan en prácticas que producen cuerpos típicamente masculinos o típicamente femeninos. Cuando estas prácticas se llevan al extremo, aparecen los problemas de la imagen corporal, las CAR y otras condiciones que se pueden interpretarse como el resultado de las expectativas sociales acerca de la feminidad y la masculinidad en la actualidad (Cruz y Maganto, 2002; Pastor y Bonilla, 2000). El hecho de que exista una gran presión de la sociedad para alcanzar un modelo estético, hace que la preocupación por la imagen corporal llegue al punto de ir más allá de la salud física y mental (Abraham, 2003; Boschi et al., 2003; Cuadrado, Carbajal y Moreiras, 2000; Haizmouitz, Lansky y O’Reilly, 1993; Killen et al., 1996; Montero, Vernis, Varea y Arias, 1999; Núñez, Carbajal y Moreiras, 1998 citados por Gómez-Marmol, Sánchez-Alcaraz y Mahedero-Navarrete, 2012). Aunque esta situación es más frecuente entre las mujeres, en años recientes se ha observado que los hombres también han sido afectados por estos problemas (Gómez-Perezmitré, 2014).

### 1.3.2.3. Discurso pro-salud

Siempre hemos escuchado que, para tener una buena calidad de vida, debemos de llevar una “vida saludable”. Pero muchas veces este discurso es utilizado o interpretado de la manera que a cada persona le convenga. Es decir, hoy en día a cualquier lado que volteemos (tv, revistas, espectaculares, tiendas de ropa, etcétera) encontramos un mensaje (disfrazado o no) relacionado a la “salud”, y dentro de ese mensaje de salud, otra gran mayoría está destinado al control del aspecto físico y alimentario, justificando que con ello se logrará evitar enfermedades. El saber médico, mediante las normas establecidas, exige que se tenga un cierto rango de peso según el sexo, la edad y la estatura, para poder ser considerado “normal”. Estas normas se plasman en el índice de masa corporal (IMC), definido como el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros (engloba masa grasa y muscular) y de acuerdo al cual se establecen los criterios del peso normal o adecuado.

Durante una entrega de premios en salud, el Dr. Ricardo Uauy (2006) dio el siguiente discurso al recibir el premio Horwitz de Liderazgo en salud en las Américas: “Es tiempo que enfrentemos la epidemia de obesidad y las otras enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición en forma estratégica, con una respuesta de salud pública clara, tratando la raíz del problema que conduce a un aumento del peso poco saludable. La estrategia sobre dieta y actividad física aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud el año pasado proporciona las orientaciones básicas; se requerirá de liderazgo y capacidad para incorporar la prevención de las enfermedades crónicas en nuestros sistemas de salud primaria con un enfoque del curso vital” (Uauy, 2006). Al analizar su discurso y en especial esta parte, se observa que la mayoría van enfocados a la obesidad y a sus complicaciones. Esto por un lado puede crear conciencia y llegar a las personas para crear hábitos saludables en sus vidas, pero también puede crear un miedo a la obesidad y, en casos extremos, llevar a prácticas alimentarias extremas/de riesgo y ejercicios excesivos, aun cuando la persona no tenga problemas con relación a su peso. Los discursos de salud centrados en controlar el peso y el aspecto físico de las personas, tanto de hombres como mujeres, pueden llevar a la obsesión por mantener o lograr ese peso y apariencia “saludable” (deseada), que el discurso nos exige para encajar en la sociedad. En este contexto, se entiende por qué a mayor IMC mayor es la IIC (Rodríguez y Cruz, 2008). Esta relación, en cierta medida puede llegar a ser una problemática para la población

mexicana, debido a que tiene uno de los primeros lugares mundiales en sobrepeso y obesidad, lo que podría llevar a prevalencias altas de IIC en esta población y con ello la posible aparición de CAR, DM e IM.

### **1.3.3. Género, sexo y orientación sexual**

En esta sección, se pretende explicar cómo se relacionan el género y la OS, con la IIC. Se busca dejar en claro que la IIC no es igual o la misma para cada género (femenino/masculino), y que varía también si aunado al sexo y al género se toma en cuenta la orientación sexual de la persona. Para esclarecer estos temas, a continuación se explican en los siguientes apartados las definiciones de sexo, género y OS, y sus relaciones con IIC, CAR y DMC.

#### **1.3.3.1. Sexo y género**

Comenzando por lo más sencillo de entender y de explicar, el sexo será entendido como lo que socialmente nos ha definido al nacer como hombre y mujer, ya sea por nacer con pene o con vagina respectivamente. El sexo que se nos impone o con el que se nos identifica al nacer, también nos marca con respecto a lo socialmente construido, ya que la sociedad ha estipulado diferentes tareas, comportamientos o actitudes exclusivas para cada sexo.

Ahora bien, ¿qué es el género? Para responder a esta pregunta se retoma a Scott, quien utiliza el concepto de género para poder explicar las desigualdades entre hombres y mujeres. Para explicar el concepto de género, Scott (1986) lo divide en dos partes y a la vez en sub-partes. La primera parte es el género “como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos” (op. cit., p.289), que a su vez tiene cuatro características. La primera característica son los “símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones” (op. cit., p.289) (da ejemplo de virgen María-Eva; mitos de luz y oscuridad, de purificación y contaminación), la segunda, los “conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos en un intento de limitar y contener sus posibilidades metafóricas. Esos conceptos se expresan en doctrinas religiosas,

educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino” (op. cit., p.289). La tercera, la construcción del género “... a través del parentesco, pero no en forma exclusiva; se construye también mediante la economía y la política que, al menos en nuestra sociedad, actúan hoy día de modo ampliamente independiente del parentesco” (op. cit., p. 290-291). “El cuarto aspecto es la identidad subjetiva” (op. cit., p.291). Por lo que Scott sugiere que se debe de hacer el estudio de la reproducción del género explicando la manera de relación entre estas cuatro características, es decir, que uno no opera sin el otro, pero a su vez, uno no es reflejo del otro.

La segunda parte de su definición se enfoca en la teorización del género: “el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (op. cit., p.289). Señala también que “no es el género el único campo, pero parece haber sido una forma persistente y recurrente de facilitar la significación del poder en las tradiciones occidental, judeo-cristiana e islámica” (op. cit., p.292), y retoma al sociólogo francés Pierre Bourdieu para mencionar que los conceptos de género estructuran la percepción y la organización, concreta y simbólica, de toda la vida social. Scott señala que la política es una de las tantas áreas en las cuales el género se puede utilizar para un análisis histórico, ya que “la historia política -todavía estilo dominante de la investigación histórica- ha sido la plaza fuerte de la resistencia a la inclusión de material e incluso de problemas sobre las mujeres y el género” (op. cit., p.294).

Complementando a Scott, nos remitimos a Gayle Rubin, quien, en su texto “El tráfico de mujeres: notas sobre la ‘economía política’ del sexo” trató de descubrir los aspectos históricos y sociales por los cuales se producía el género y la heterosexualidad como obligatorios, además del porqué de la opresión de la mujer (tratada como objeto). Para poder llegar a esta explicación, Rubin planteó el concepto del sistema sexo/género, que se define como: “El conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986: 97).

De esta manera “a partir del desarrollo de la teoría de género, se empezó a comprender que la valoración de lo masculino sobre lo femenino deviene de su posicionamiento social, de las representaciones y significados culturales atribuidos a la masculinidad y a la feminidad, así

como de los principios sexistas, incorporados en las reglas de funcionamiento de las instituciones públicas y privadas” (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007:73).

A partir de la observación de que la IIC y las CAR eran mucho más frecuentes entre las mujeres, autoras como Susan Bordo desarrollaron teorías sobre la relación entre género femenino y estos problemas. En general, estas autoras proponen que la combinación entre la opresión que experimentan las mujeres y la valoración de la delgadez, da como resultado que la búsqueda de la delgadez se convierta en una estrategia que permite a las mujeres experimentar cierto grado de control sobre sí mismas, y al mismo tiempo manifestar su malestar. Aunque diversas variaciones de esta teoría han sido muy utilizadas por la literatura sobre IIC, en años más recientes el aumento de estos problemas en hombres ha conducido a un replanteamiento de cómo la construcción social del género influye en la IIC, CAR y DMC: “Es igual o más sorprendente que en los últimos años, estemos siendo testigos del boom mediático masculino, que deja ver que el hombre también se ha convertido en objeto de consumo y que responde a la presión social con sintomatología alimentaria y problemas con la imagen corporal como las mujeres pero no igual que ellas” (Gómez-Perezmitré, 2014: 23).

El último punto mencionado en la cita anterior es importante: por ejemplo, la insatisfacción con cierta parte del cuerpo puede ser diferente para una persona identificada con el sexo femenino o el masculino, ya que una puede sentir que quiere un mayor o menor tamaño de cierta parte del cuerpo, o centra su insatisfacción en aspectos diferentes. Los estudios más recientes sugieren que, mientras que para las mujeres la manifestación más frecuente de IIC es el deseo de ser delgada, los hombres en general manifiestan IIC al querer un cuerpo más musculoso.

### **1.3.3.2. Orientación sexual**

La orientación sexual (OS) es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros, y puede definirse como un patrón de preferencias sexuales y afectivas por personas de un determinado sexo (Ardila, 1998; Cortés, Pérez, Aguilar, Valdés y Tabeada, 1998). Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (el sentido psicológico de ser hombre o mujer) y el rol social del

sexo (respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina) (American Psychological Association, 2017).

La orientación sexual se extiende desde la heterosexualidad (atracción predominantemente hacia individuos del otro sexo) hasta la homosexualidad (atracción predominante hacia individuos del mismo sexo), incluyendo una condición intermedia de bisexualidad (similar atracción hacia individuos de ambos sexos) (Castañeda, 1999; Kinsey, Pomeroy y Clyde, 1948; citados en Cid-Aguayo, Pérez-Villegas y Sáez-Carrillo, 2011).

Actualmente, la base de datos más actual con representatividad nacional de orientación sexual en México es la Encuesta Nacional de Valores y Juventud (ENVAJ, 2012), la cual indica que 94.6 por ciento de los jóvenes son heterosexuales, tres punto siete por ciento son no heterosexuales y uno punto siete por ciento no saben o no quisieron contestar su orientación sexual. Al analizar por sexo, para el femenino y el masculino se declararon heterosexuales 95.3 y 94.0 por ciento respectivamente, no heterosexuales tres y cuatro punto cinco por ciento y por último quienes no saben o no contestaron su OS fueron el uno punto siete y uno punto seis por ciento respectivamente. En la misma encuesta, en la región en la que se encuentra Sonora (que también incluye a los estados de Baja California, Baja California Sur y Sinaloa), se declararon heterosexuales 92.5 por ciento de los jóvenes, no heterosexuales tres punto siete por ciento, y tres punto ocho por ciento no saben o no indicaron su OS. En la misma región, en el grupo de edad de 15 a 19 años, 90.2 por ciento se declaró heterosexual, cuatro punto ocho por ciento no heterosexual, y cinco por ciento no sabía o no indicó su OS. Por sexo, los porcentajes en este grupo de edad fueron 91.9, 4.1 y 4.0 por ciento respectivamente para el sexo femenino, y para el masculino 88.4, 5.5 y 6.0 por ciento. Aunque la encuesta no tiene representatividad estatal, en Sonora se declararon heterosexuales 92.6 por ciento de los jóvenes, no heterosexual tres punto cuatro por ciento y cuatro por ciento no sabían su OS. Por sexo, para el femenino y masculino 96.4, 95.9, 2.8 y 4.1 por ciento para quienes se declararon heterosexuales y no heterosexuales respectivamente y quienes no saben su OS uno punto siete por ciento mujeres y uno punto seis por ciento hombres (ENVAJ, 2012). Por otra parte, en los estudios estadounidenses realizados por Remafedi (1994 y 1992; citados en Cid-Aguayo, Pérez-Villegas y Sáez-Carrillo, 2011), se estimó que aproximadamente 11 por ciento del total de adolescentes tenía una orientación sexual diferente a la heterosexual.

Los adolescentes homosexuales, bisexuales y aquellos inseguros de su orientación sexual confrontan cada día expresiones de discriminación y rechazo social que pueden conducir a problemas de salud mental. Se ha documentado que los adolescentes con orientación sexual no heterosexual tienen prevalencias mayores de depresión, ansiedad, suicidio y otros padecimientos, en comparación con los heterosexuales. De la misma manera, esto puede conllevar a que muchos adolescentes experimenten conductas riesgosas para su integridad física y socioafectiva (Cid-Aguayo, Pérez-Villegas y Sáez-Carrillo, 2011: 78).

Estudios recientes han empezado a reportar que los problemas asociados a la IIC son más frecuentes entre los adolescentes no heterosexuales, en comparación con los heterosexuales. Por ejemplo, un estudio encontró que los adolescentes homosexuales, bisexuales y "mayormente heterosexuales", tanto entre las mujeres como entre los varones, mostraban una mayor prevalencia de purgas y de atracones en el año previo en comparación con los heterosexuales (Watson, Saewyc, Homma y Goodenow, 2017). En otro estudio, se observó que los hombres homosexuales reportaban más actitudes y comportamientos negativos hacia la gordura y orientados hacia la delgadez que los hombres heterosexuales (Duggan y McCreary, 2004). De acuerdo con Pope et al. (2000), los hombres homosexuales pueden tener más problemas con la imagen corporal en comparación a los hombres heterosexuales, porque probablemente sufrieron más burlas sobre su supuesta falta de masculinidad durante la infancia y la adolescencia. Por lo tanto, los hombres homosexuales podrían desear un cuerpo musculoso porque con ese cuerpo se "prueban" a ellos mismos y a los demás que son verdaderos hombres (Duggan y McCreary, 2004).

#### **1.3.4. Adolescencia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios (físicos, emocionales, hormonales, etc.) superado únicamente por el que experimentan los

lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (OMS, 2016). La adolescencia se divide en tres etapas; adolescencia temprana, media (15 a 16 años) y tardía (17 a 19 años).

Según Diverio (2007), cuando hablamos de adolescentes debemos tomar en cuenta que son personas que viven en contextos socio-históricos fuertemente cambiantes en el tiempo y en el espacio; seres humanos que han desarrollado las potencialidades de nuestra especie casi completamente; sujetos capaces de una acción simbólica, en función de imágenes del mundo y de ellos mismos, ofrecidas por su cultura; y también, obviamente, individuos que están construyendo, en relación con otros, una historia personal de vida con un significado y valor únicos. Se pueden sintetizar los principales eventos que caracterizan a la adolescencia, con relativa independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas, en los siguientes puntos:

Aspectos biológicos: Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcadas en el varón. Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico. Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria. Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva. Es fundamental siempre considerar que la biología tiene un valor relativo en cuanto a predisposición, pero que debe tenerse en cuenta siempre la interrelación con los niveles psicosociales.

Aspectos psicológicos: Búsqueda de sí mismos, de su identidad. Necesidad de independencia. Tendencia grupal. Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual. Tendencia a contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico. Relación especial que puede llegar a ser conflictiva con los padres. Actitud social reivindicativa. Los y las adolescentes se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias (Diverio, 2007: 13-14).

Durante la adolescencia, la persona está expuesta a cambios (físicos, mentales, emocionales, hormonales, etcétera) en sí misma, entre ellos el cambio de su cuerpo físico. Estos cambios involuntarios y que escapan a su control, pueden llevar a la/el adolescente a buscar o querer una reestructuración de su apariencia física, trayendo con ello un aumento de la IIC. El hecho de que la insatisfacción aumente, causa en muchas ocasiones el buscar contrarrestarla y algunas de las acciones/medidas para lograrlo pueden ser la aparición de las CAR, el DM o la IM.

En cuanto a la relación entre cambios físicos, sexo/género y OS, el adolescente espera que los cambios que se producen en su cuerpo confirmen su identidad sexual, es decir, que confirmen su sexo, su identidad de género y su orientación sexual (Molina, Sandoval, y González, 2003 citados por Cid-Aguayo, Pérez-Villegas y Sáez-Carrillo, 2011:75). Las adolescentes crean estrictos criterios para su definición de ser mujer, y pueden verse afectadas al no aceptar los cambios que ocurren en su cuerpo cuando éstos no se acercan al modelo sexual ideal. Esto puede conducir a una insatisfacción con partes específicas de su cuerpo, cuando éstas no representan el atractivo que ellas esperan tener. De esta manera, se puede ver afectada la construcción de su imagen corporal (Pastor Carballo y Bonilla Campos, 2000: 6).

“Los patrones estéticos corporales han sido valorados de manera distinta en ciertas épocas de la historia. Actualmente, en el mundo occidental está de moda un modelo estético corporal caracterizado por un cuerpo delgado, denominado “tubular” (andrógino). La existencia de este ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión significativa para la población en general y, especialmente, para la adolescente quien se encuentra en la etapa de integración de la imagen corporal. De tal manera, si se es delgado o delgada hay razones para valorarse positivamente; sin embargo, aquellos y aquellas quienes se apartan del modelo delgado sufren y suelen padecer baja autoestima. Cuando se asume la delgadez como valor altamente positivo, como modelo corporal por imitar, como criterio de evaluación estética del propio cuerpo, el ser delgado significa triunfo, éxito, control sobre sí mismo. Por el contrario, el no ser delgado, el engordar, implica sentimientos asociados con el fracaso aunque se hayan hecho intentos de alcanzar la figura deseada. Es así como muchos jóvenes, principalmente mujeres, al forjar su propia identidad y su imagen corporal para alcanzar el equilibrio emocional, toman no solo sus experiencias y sus rendimientos personales, sino también la aprobación y desaprobación de los demás, principalmente del grupo coetáneo” (Salazar Mora, 2008: 68).

Olivadría et al. (2000) mencionado por Facchini, dicen que “el ideal corporal masculino retratado por los medios se ha vuelto sostenidamente más musculoso a través de los años. Las estrellas de Hollywood más masculinas de las décadas del 40 y 50 no se aproximarían a la muscularidad de muchos de los héroes de acción actuales” (Olivardia, Pope y Hudson, 2000 citado por Facchini, 2006:181). Por lo que se dice que, del mismo modo que la muñeca Barbie modeló la imagen corporal femenina, actualmente los muñecos de acción modelan la de los varones (Pope, Olivadria, Gruber y Boowiecki, 1999; Leit, Gray y Pope, 2002 citado por Facchini, 2006:181).

#### **1.4. Teorías que permiten explicar la asociación entre sexo/género y orientación sexual, e IIC y condiciones relacionadas**

Una vez que se han expuesto las diferentes cuestiones que engloban al cuerpo y la imagen corporal, su reproducción mediante las normas sociales, los ideales estéticos, los aspectos socioculturales, el discurso pro salud, su significado en la adolescencia y por sexo/género, entre otros, es preciso explicar algunas teorías que permitan comprender por qué tanto mujeres como hombres construyen o buscan una imagen corporal específica. Esta búsqueda puede ser al interiorizar lo que la sociedad indica como ideal, otra puede darse al compararse con alguien más y, también al sentir algún tipo de estrés o presión por encajar en algún grupo social específico y/o buscar la aceptación o simplemente lograr los ideales estéticos que caracterizan a ese grupo.

##### **1.4.1. Teoría de la objetivación**

En un intento por comprender mejor cómo la objetivación en el aspecto sexual puede influir en la vida de las mujeres y en sus experiencias afectivas, Fredrickson y Roberts (1997) desarrollaron la teoría de la objetivación. Esta teoría explica que las mujeres interiorizan un mandato cultural que las coloca como objetos, y que las conduce a mirarse a sí mismas desde la perspectiva de un observador externo masculino. Las mujeres y niñas de nuestra sociedad viven en una cultura en la que sus cuerpos son mirados, evaluados y potencialmente

objetivados. La teoría de la objetivación explica cómo vivir en un contexto sociocultural que sexualiza y deshumaniza el cuerpo femenino puede conducir a experiencias afectivas negativas y riesgos de salud mental específicos para las mujeres y las niñas (Miner-Rubino, Twenge y Fredrickson, 2002). Por lo tanto, las mujeres internalizan un papel auto-objetivador, aprenden a basar su autoestima en la apariencia física y experimentan ansiedad y vergüenza cuando su cuerpo no cumple con los estándares predominantes de atractivo.

De acuerdo con la teoría de la objetivación, la autoestima de algunas mujeres se define por el tamaño, la forma y el atractivo de sus cuerpos. Aunque todas las mujeres son, en cierta medida, afectadas por la objetivación sexual cultural, no todas internalizan la objetivación y se auto-objetivan en el mismo grado. De hecho, la teoría de la objetivación propone que ésta –la objetivación– afecta a las mujeres de manera diferente dependiendo de combinaciones particulares de clase, etnia, edad y orientación sexual, así como historias personales y atributos físicos (Miner-Rubino, Twenge y Fredrickson, 2002).

Los niveles de auto-objetivación, la distorsión de la imagen corporal y la alimentación desordenada, están correlacionados positivamente en ambos sexos, aunque en menor medida en los hombres en comparación con las mujeres. Curiosamente, estas correlaciones son más fuertes y más estables en hombres homosexuales que en hombres heterosexuales (Dakanalis et al., 2012; Wiseman y Moradi, 2010 citados por Gigi, Bachner-Melman, Lev-Ari, 2016). Además, los homosexuales reportan mayores niveles de auto objetivación que los heterosexuales (Wiseman y Moradi, 2010 citado por Gigi, Bachner-Melman, Lev-Ari, 2016). Algunos autores explican esto al señalar que los hombres que quieren atraer a otros hombres tienden a adoptar normas sociales similares a las de las mujeres que quieren atraer a los hombres (McArdle y Hill, 2009; Peplau et al., 2009 citados por Gigi, Bachner-Melman, Lev-Ari, 2016). Esta sería una manera de explicar por qué algunos hombres con orientación homosexual buscan una figura más delgada, fina, sin aspecto rudo, no muy musculosa, entre otros aspectos -incluso el usar accesorios catalogados para el sexo femenino; como ropa, maquillaje, etcétera-, para poder agradar a otros hombres. Aunque no necesariamente es una regla a seguir en la totalidad de los casos, ni necesariamente explica una relación directa con ello. Es decir, pueden o hay algunas personas homosexuales que no buscan el lograr un cuerpo voluminoso/muscular, o un cuerpo sin grasa/tonificado, o incluso ninguno de los antes

mencionados; debido a que no presentan o no tienen ningún inquietante o problema con su imagen corporal y la aceptan tal y como es.

#### **1.4.2. Teoría de la comparación social**

Una de las teorías que explican la formación de la definición de uno mismo, es la teoría de la comparación social de Festinger (1954 citado por Ovejero, 1993). En esta teoría Festinger propone que las personas se evalúan a sí mismas a partir de las opiniones y las comparaciones con los demás, donde las otras personas proporcionan al individuo un punto de referencia objetivo contra el cual compararse, proporcionando un sentido de validez y claridad cognoscitiva.

Para poder ilustrar de una mejor manera la teoría de la comparación social, es importante remitirnos a otros autores, quienes han encontrado que las mujeres que comparan sus cuerpos con los de modelos delgados experimentan una mayor insatisfacción corporal (Richnis, 1991; Tiggemann y McGill, 2004 citados por Gigi, Bachner-Melman, Lev-Ari, 2016). Del mismo modo, los hombres expuestos a imágenes de hombres musculosos expresan menos satisfacción con su musculatura y su atractivo físico que los hombres expuestos a imágenes que no enfatizan la apariencia (Hargreaves y Tiggemann, 2009 citados por Gigi, Bachner-Melman, Lev-Ari, 2016). Las condiciones ambientales que fomentan la comparación social con un ideal de cuerpo inalcanzable parecen ser, por lo tanto, perjudiciales para la imagen corporal y las actitudes alimentarias (Gigi, Bachner-Melman, Lev-Ari, 2016).

“Nos comparamos para favorecernos; al compararnos con las personas que no se desarrollaron bien, nos definimos como mejores por contraste. Tradicionalmente se distinguen dos direcciones en la comparación social: ascendente y descendente. La dirección de la comparación social ascendente se produce con otros individuos que están en mejores circunstancias, tienen menos problemas, o se comportan de mejor manera que uno mismo. Hablamos de comparación descendente cuando los otros están en peores circunstancias, tienen más problemas, o se comportan de peor manera que uno mismo. Ello provoca un efecto de contraste que desencadena emociones negativas, como la envidia, la insatisfacción, o la

frustración, si la comparación es ascendente; o emociones positivas, el alivio, la satisfacción [...] si la comparación con los demás es descendente” (Suls y Wills, 1991; Sulis y Wheeler, 2000; citados en Gómez-Jacinto, 2005:5).

El ser humano es un ser sociable, lo cual es un arma de dos filos, ya que por un lado favorece las capacidades de supervivencia, de reproducción, de desarrollo de la vida en todos los sentidos (políticos, económicos, culturales, etcétera) y de heredar las costumbres, culturas, ideas y pensamientos familiares de generación a generación; pero por otro puede ser perjudicial en el sentido de la comparación, de la competencia, de regirse por el qué dirán, qué pensarán, cómo se verá, y sobre todo la preocupación por ser aceptado entre los demás para ser digno de pertenecer a un grupo o a una sociedad.

### **1.4.3. Teoría del estrés de las minorías**

Una explicación importante para el hecho de que los individuos no heterosexuales presenten comportamientos de alimentación desordenada en mayor medida que los heterosexuales, deriva de la teoría de Meyer (2003) sobre el estrés de las minorías. El estrés es muy frecuente en todas las etapas de la vida, y en todas las personas sin importar su raza, etnia, clase social, sexo, orientación sexual. Pero en muchos casos el pertenecer a algún grupo minoritario puede facilitar el presentar estrés. Tal es el caso de las personas, tanto hombres como mujeres, con orientación sexual diferente a la heterosexual; y aún más si esas personas están en la etapa de la adolescencia. Siguiendo esta teoría, muchos de los comportamientos y resultados poco saludables encontrados entre los individuos LGBT<sup>3</sup> están influenciados por el estrés social que experimentan. Es decir, al no ser considerados dentro de la norma social (heterosexuales), existe hacia ellos una presión social. En el intento por querer encajar en esa “normalidad” impuesta socialmente -y no natural-, o al no querer encajar en ella, ellos y ellas experimentan estrés al no ser aceptados o por lo menos respetados en sus preferencias sexuales, en su identidad, en su vida. Desarrollar estrés podría afectar a los grupos de diferentes orientaciones

---

<sup>3</sup> Es la sigla compuesta por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales. En sentido estricto agrupa a las personas con las orientaciones sexuales e identidades de género relativas a esas cuatro palabras, así como las comunidades formadas por ellas. Actualmente la Comunidad se ha ampliado a LGBTQI, agregando Queer e Intersexuales.

sexuales, lo que los haría caer en problemas de insatisfacción corporal y desórdenes alimentarios, entre otros problemas de salud mental.

A pesar de la opinión profesional dominante en sentido contrario, algunos elementos de la sociedad todavía consideran la homosexualidad como patológica y creen que los adultos de minorías sexuales deberían tratar de volverse heterosexuales. Los prejuicios y la discriminación contra las personas homosexuales, lesbianas y bisexuales siguen siendo generalizados. Sus perpetradores a menudo buscan legitimidad en el argumento de que la homosexualidad es "enferma", "anormal" o "antinatural".

Tener que lidiar con factores estresantes como la falta de aceptación social, el acoso, el rechazo e incluso los casos de victimización física, pueden llevar a la depresión, a otros síntomas psicológicos y, en algunas personas, a comportamientos internalizados como alimentación desordenada. En la medida en que los comportamientos alimentarios desordenados entre los jóvenes LGBT han sido influenciados por su experiencia de estrés como una minoría estigmatizada, podríamos esperar que un mejor clima social lo solucionara (Watson, Saewyc, Homma y Goodenow, 2017). La exposición al estigma, discriminación o rechazo de otras personas significativas, tienen efectos nocivos sobre la autoestima, que a su vez es un factor clave en el desarrollo de problemas de desorden alimentario (Meyer, 2003; Williamson y Hartley, 1998).

Es por ello que desde la teoría del estrés de las minorías se entiende el riesgo diferencial de las conductas alimentarias desordenadas como parte de las respuestas inducidas por el estrés ante la victimización, la discriminación y el estigma relacionado con la orientación sexual (Katz-Wise, Scherer, Calzo, Sarda, Jackson, Haines y Austin, 2015; Meyer, 2003). Investigadores como Bayer, Robert-McComb, Clopton, Reich (2017) y Watson, Velez, Brownfield y Flores (2016) examinaron cómo la vergüenza, el ocultamiento de la orientación sexual y la discriminación pueden elevar el riesgo de trastorno alimentario entre hombres y mujeres de minorías sexuales (Bayer, Robert-McComb, Clopton, Reich, 2017; Watson, Velez, Brownfield y Flores, 2016 citados por Calzo, Blashill, Brown y Argenal, 2017).

Por medio de una revisión de varios artículos que incluyeran a las minorías sexuales, Calzo et al (2017), percibieron que los mecanismos más comunes fueron socioculturales, con una

tendencia a centrarse en cómo las minorías sexuales difieren de sus pares heterosexuales en una serie de factores de riesgo conocidos para el comer desordenado (p. ej. auto objetivación, percepción errónea de peso, impulso de la delgadez, deseo de la musculatura). La investigación que examina los procesos de estrés de las minorías generalmente encontró que los factores estresantes para ellas, como la discriminación y la intimidación, tienen un impacto indirecto sobre la alimentación desordenada a través de las vías de salud mental (Calzo, et.al., 2017).

Calzo y sus colegas (2015) examinaron cómo la orientación sexual puede modificar el riesgo de diferentes manifestaciones de problemas de imagen corporal (preocupación por el peso y la forma, deseo de musculatura) y conductas alimentarias desordenadas (dieta, atracones, purgas, uso de productos de construcción muscular) entre hombres durante la adolescencia y la edad adulta joven (considerado el primer estudio de este tipo para identificar distintos patrones de problemas de imagen corporal y comportamientos alimentarios desordenados en varones heterosexuales y de minorías sexuales en la adolescencia). Usando análisis de clases latentes y análisis de transiciones latentes, identificaron dos subgrupos de alto riesgo: "preocupación por la delgadez" y "preocupación por la musculatura", caracterizados por comportamientos alimentarios desordenados asociados respectivamente al deseo de controlar el peso corporal y del incremento muscular. Aunque en su estudio los varones de minorías sexuales tenían más probabilidades que los varones heterosexuales de presentar síntomas consistentes con el deseo de controlar el peso, los varones de minorías sexuales y heterosexuales tenían la misma probabilidad de presentar síntomas compatibles con el deseo de incremento muscular (deseo de músculos tonificados y definidos, uso de creatina y esteroides) (Calzo, Masyn, Corliss, Scherer, Field y Austin, 2015). Estos autores informaron también que las minorías sexuales en general tienen más manifestaciones de CAR y DM que sus pares heterosexuales en todas las conductas alimentarias desordenadas revisadas (atracones, purgas, laxantes, vómitos, ayunos, dietas restrictivas, ejercicio compulsivo, uso de píldoras y suplementos dietéticos para bajar de peso y suplementos o medicamentos para la construcción muscular). Sin embargo, los estudios con suficiente poder para desglosar la orientación sexual por identidad, atracción o subgrupos conductuales indican que no todos los subgrupos (homosexuales, lesbianas y bisexuales) de minorías sexuales tienen un riesgo significativamente mayor de comportamientos alimentarios desordenados en comparación con los heterosexuales. Además,

las disparidades entre grupos por orientación sexual fueron en general más pronunciadas entre los hombres que entre las mujeres (Calzo, et.al., 2015).

En resumen, las diferentes teorías que se describen en este capítulo explican la IIC, las CAR, el DMC y su relación con la orientación sexual en la adolescencia; además de darle la importancia requerida al cuerpo y la imagen corporal, ya que en ellos recae la IIC. Se abordó también la relación con los factores socioculturales (en este caso, el ideal estético imperante en ambos sexos), sin dejar de lado los aspectos psicológicos como la autoestima y la necesidad de control. Habiendo abordado estos temas, en el siguiente capítulo se presentan las prevalencias e incidencias de la IIC, CAR y DMC en diferentes contextos y partes del mundo.

## **CAPÍTULO II. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL, LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, EL DESEO POR LA MUSCULATURA Y LA INTENCIÓN DE MODIFICACIÓN CORPORAL**

En este capítulo, se resumirán los resultados de estudios empíricos acerca de las prevalencias e incidencias de la IIC, las CAR y el DMC (DM e IM) en población adolescente, y de su relación con el sexo y la orientación sexual.

### **2.1. Insatisfacción con la imagen corporal**

La IIC es un problema frecuente entre los adolescentes. Los resultados de la revisión realizada por Jiménez Flores et al., (2017), con investigaciones dentro del periodo 2010-2015 en niños y adolescentes de 5 a 19 años de diferentes partes del mundo (Reino Unido, Brasil, Italia, Estados Unidos de América, Hungría, Australia, China, España y Alemania) encontrando prevalencias de IIC desde el seis hasta el 61 por ciento de los adolescentes. Este amplio rango puede deberse principalmente a la diferencia entre países, ya que la variabilidad en edad fue poca y todos estuvieron dentro del rango de edad niñez-adolescencia. Además, los métodos utilizados para medir la IIC no fue la misma en todos los estudios, lo que pudo dar pie a la gran diferencia de los porcentajes mínimos y máximos.

En relación con las diferencias por sexo, Jiménez Flores, et al., (2017), reportan que la IIC es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. De la misma manera, estudios sobre la IIC en Japón muestran que las mujeres jóvenes de todas las categorías de peso tienden a sobrestimar su imagen corporal, mientras que la autoevaluación en los varones es generalmente exacta (Ministry of Health Labour and Welfare, 2004; Yamamoto, Uemoto, Shinfuku, y Maeda, 2007). En ese país se encontró que la satisfacción corporal en hombres aumenta debido a la musculatura ganada a medida que se hacen mayores. El tema del deseo por la musculatura se explicará en el siguiente apartado, ya que es otro aspecto que ocurre al estar insatisfecho con la imagen corporal. Igualmente, en una investigación en una escuela secundaria pública en España, las mujeres reportaron mayor presión social hacia una

determinada imagen corporal, y se observó una mayor insatisfacción corporal entre ellas en comparación con los hombres (Baile Ayensa, Guillén Grima y Garrido Landívar, 2002: 447). Vale también la pena mencionar que existen hallazgos contrastantes, ya que si bien la mayoría de los estudios reporta una mayor IIC en mujeres con respecto a los hombres, en algunos ocurre lo contrario o no hay diferencia. Tal es el caso del trabajo de Gómez, Sánchez y Navarrete (2012), que aplicaron un test de siluetas para evaluar la IIC (el mismo test utilizado en esta investigación) en una muestra de estudiantes de secundaria y preparatoria (12-17 años) en España, y encontraron que los hombres se encontraban más insatisfechos con su apariencia física y presentaban ligeramente mayor distorsión de su imagen en comparación con las mujeres, aunque el estudio no especifica si esa IIC es por desear una figura con mayor o menor volumen. Asimismo, en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años, de escasos recursos, estudiantes de nivel primario y ciclo básico del Centro Educativo Técnico *Scheel*, en Guatemala, 46.2 por ciento (30.8 % desean un cuerpo más delgado y 15.4 % con más volumen) de las mujeres está insatisfecha con su imagen corporal con respecto a los varones se reportó el mismo porcentaje de IIC que las mujeres pero, 30.8 por ciento desea una figura con mayor volumen, 7.7 por ciento una figura dos veces más a la que poseen y 7.7 por ciento una figura más delgada pero con riesgo de presentar TCA (Carrillo, 2016: 38,41). De manera similar, en una muestra de jóvenes universitarios de nuevo ingreso en México (de la que el 75% de las mujeres y poco más del 50% de los hombres eran adolescentes de 19 años o menos) se encontró que hombres y mujeres presentaban el mismo nivel de insatisfacción corporal analizando con el test de siluetas, mismo que se utiliza en esta investigación. Estos estudios podrían representar un indicio de cambio o de que las estadísticas puedan llegar a igualarse entre ambos sexos.

En cuanto a otros factores asociados a la IIC, la revisión realizada de Jiménez Flores, et.al., (2017) indica una asociación positiva entre el IMC y la IIC. En los tres estudios revisados por esos autores que reportan la frecuencia de IIC, se observó que en los niños y adolescentes con obesidad la IIC osciló de 44 por ciento a 61 por ciento y en los que tenían bajo peso de 6 por ciento a 36 por ciento (Jiménez-Flores, et.al., 2017:488). En el mismo estudio de revisión, se enfatiza que aunque las niñas y adolescentes de sexo femenino es más frecuente la IIC, los niños y adolescentes varones también la presentan, lo que sugiere que los entornos también están afectando la satisfacción de la imagen corporal de los varones. En otro estudio con

mujeres estudiantes de un bachillerato público de la ciudad de Colima de entre 15 y 19 años de edad, 34 por ciento de las participantes indicó satisfacción con su figura corporal o insatisfacción pero con el deseo de incrementar su peso, y 66 por ciento deseaba una figura más delgada. (Figuroa-Rodríguez, García-Rocha, Revilla-Reyes, Villarreal-Caballero y Unikel-Santoncini, 2010: 34). En el caso de los hombres se ha reportado la IIC como resultado de bajo peso, mientras que entre las mujeres se relaciona sobre todo con el sobrepeso o la obesidad (Jiménez Flores, et.al., 2017).

De acuerdo con los objetivos de esta tesis, no solo es importante mencionar las prevalencias de la IIC por sexo, sino también por OS. Duggan y McCreary mencionan que Pope et.al. (2000) encontraron que los hombres homosexuales reportan niveles más altos de insatisfacción corporal que los hombres heterosexuales. Específicamente, los primeros tenían más actitudes de inadaptación alimentaria, un mayor impulso de la musculatura y una mayor ansiedad física social (ansiedad al mostrar su cuerpo en público). En cambio, en un estudio realizado en Noruega con estudiantes de entre 12 y 19 años, se encontró que las chicas homosexuales y bisexuales eran más felices con sus cuerpos, ponían menos esfuerzo para parecerse a las chicas de los medios de comunicación, y hacían menos dietas que sus contrapartes heterosexuales. En cambio, los hombres adolescentes homosexuales y bisexuales se esforzaban más por parecerse a los de los medios de comunicación y han aumentado los atracones en comparación con sus contrapartes heterosexuales (Wichstrøm L., 2006). Este resultado muestra que la relación entre orientación sexual e IIC puede ser diferente por sexo/género.

A modo de resumen, es importante el conocer los datos presentados en esta sección, debido a que con ellos, se puede tener una perspectiva más amplia del problema que esto representa en la sociedad, en la adolescencia. Además, como algunas investigaciones señalaron, la IIC puede dar pie a la presencia de otros fenómenos en los jóvenes, tal es el caso de las CAR, descritas a continuación.

## 2.2. Conductas alimentarias de riesgo

A nivel mundial, las cifras de prevalencia de CAR en adolescentes varían, dependiendo en parte de los instrumentos utilizados para evaluarlas, de las poblaciones específicas (escolarizada o población abierta), pero también posiblemente de diferencias reales entre diversos grupos de población. Por ejemplo, en Japón, según la Encuesta Nacional de Nutrición (2004)<sup>4</sup> que se llevó a cabo en 2002 entre los jóvenes de 15 a 19 años, el porcentaje de aquellos que estaban tratando de perder peso fue 64.1 por ciento en las mujeres, la más alta entre todos los grupos de edad, y 24.7 por ciento en los hombres (Chisuwa, N. y O’Dea, J.A., 2010).

Un estudio con 841 adolescentes, 402 fueron varones (47,8%) y 439 eran mujeres (52,2%), de siete institutos públicos de enseñanza secundaria y bachillerato de Sevilla, España. Se consideró un rango de edad (12-19 años) considerado de elevado riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias anómalas. En dicho estudio el 7,13% tuvo puntuaciones significativas en el EAT-40 (*Eating Attitudes Test-40*; el cual consta de preguntas referentes a las conductas de alimentación principalmente para buscar la delgadez). Por sexos, hubo diferencias significativas (para los varones, 29,38% y 10,70% para las mujeres). Los porcentajes mayores se encontraron entre los 14 y 15 años (Jáuregui Lobera, et al., 2009). Con estos datos podemos concluir que las mayores prevalencias son principalmente en el sexo femenino que en el masculino, como en la mayoría de los estudios sobre éste tema.

Acercándonos un poco más, en Latinoamérica un estudio realizado en Colombia en una escuela privada con 68 adolescentes de 10 a 16 años, se encuestaron a 39 hombres (57%) y 29 mujeres (43%), de ellos el 13 por ciento (67% mujeres y 33% hombres) de los adolescentes presentan conductas alimentarias de riesgo (Cristancho, López y Liévano, 2015). En este caso también el sexo femenino es quien presenta mayores prevalencias que el masculino al igual que la mayoría.

---

<sup>4</sup> Ministry of Health Labour and Welfare. (2004). Annual Report of the National Nutrition Survey in 2002. Tokyo: Daiichi Publishing Co.. (in Japanese).

Adentrándonos un poco al contexto en el cual se indagará en esta investigación, lanzamos la mirada a México. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la proporción de adolescentes con CAR indicativas de riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria fue 1.3 por ciento (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino). Esta proporción fue medio punto porcentual más alta (0.9 y 0.4 puntos porcentuales para el sexo femenino y masculino, respectivamente) que la registrada en la ENSANUT 2006 (0.8% para ambos sexos), aunque cabe mencionar que la diferencia entre ambas encuestas no fue estadísticamente significativa, además de que se emplearon algoritmos ligeramente diferentes para la definición de casos en riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. Las CAR más frecuentes en adolescentes mexicanos fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las mujeres adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%). En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%). Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, en las mujeres adolescentes fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes en comparación con los hombres adolescentes ( $p < 0.01$ ). Entre los adolescentes de 14 a 19 años, los hombres reportaron una mayor prevalencia de comer demasiado y hacer ejercicio con el fin de bajar de peso en comparación con las mujeres, mientras que éstas tuvieron una mayor prevalencia de todas las otras CAR consideradas (Gutiérrez, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Villalpando-Hernández, Franco, Cuevas-Nasu, Romero-Martínez y Hernández-Ávila, 2012).

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, los estudios informan que la frecuencia de dietas en hombres es menor en comparación con las mujeres, y en cambio es más probable que éstos participen en deportes o hagan ejercicio para modificar la forma de su cuerpo (Ogden, 2005). Los hombres responden a la presión social con sintomatología alimentaria y problemas con la imagen corporal como las mujeres, pero no igual que ellas (Gómez-Perezmitré, 2014).

Especificando un poco más, nos adentramos al contexto de la orientación sexual, donde la prevalencia de CAR ha mostrado ser diferente no sólo por sexo, sino también por la orientación sexual. Entre los jóvenes de minorías sexuales, es decir, lesbianas, hombres

homosexuales, bisexuales (LGB) hay una prevalencia mayor en comparación con sus pares heterosexuales: hasta uno de cada cuatro jóvenes pertenecientes a minorías sexuales informan haberse purgado, ayunado y/o tomado píldoras dietéticas para perder peso, y estos patrones de alimentación desordenada se han relacionado con problemas fisiológicos y psicológicos para todos los jóvenes (Watson, Saewyc, Homma y Goodenow, 2017).

En un estudio, los investigadores usaron datos de la Evaluación Nacional de Salud de la Universidad de la American College Health Association de 2008 a 2009, y encontraron que los estudiantes universitarios identificados como homosexuales y lesbianas eran más propensos que los estudiantes heterosexuales a ser diagnosticados clínicamente con un trastorno alimentario e informar que hacían una dieta, usaban píldoras o vómitos para perder o controlar el peso (Calzo, Corliss, Blood, Field y Austin, 2013).

Algo similar se encontró en un estudio realizado con datos recolectados en *The Growing Up Today*, una gran cohorte de jóvenes estadounidenses (jóvenes que proporcionan información recopilada mediante cuestionarios autoadministrados en seis oleadas de recopilación de datos) hombres y mujeres de 9 a 14 años. Los modelos estadísticos estratificados por género y comparando las tendencias de la prevalencia a través de la adolescencia mostraron que, con pocas excepciones, los heterosexuales tanto hombres como mujeres fueron los menos propensos a reportar purgas o atracones. Se observaron diferencias significativas en los modelos que comparaban los subgrupos de orientación sexual: las mujeres bisexuales tenían mayores probabilidades de purga en comparación con las mujeres heterosexuales (OR 1.4; IC del 95% 1.0, 1.9,  $P < 0.05$ ) y mujeres lesbianas (OR 2.1; IC del 95%: 1.0, 4.2,  $P < 0.05$ ); Los hombres homosexuales tenían mayores probabilidades de atracones (OR 2.6, IC 95% 1.1, 5.9,  $P < 0.05$ ) y purgas (OR 3.0, IC 95% 1.4, 6.1,  $P < 0.01$ ) en comparación con los hombres principalmente heterosexuales. (Austin, Ziyadeh, Corliss, Rosario, Wypij, Haines, Camargo y Field, 2009).

Trabajando con una cohorte prospectiva nacional representativa de estudiantes de secundaria en Noruega, Wichstrøm (2006) examinó las diferencias por grupo de orientación sexual en los síntomas bulímicos. Tanto los hombres como las mujeres con experiencia sexual entre personas del mismo sexo tenían más probabilidades de informar síntomas bulímicos que los jóvenes sin experiencia sexual entre personas del mismo sexo -se estimó tres veces mayor

riesgo en las mujeres y siete veces más riesgo en los hombres con experiencia sexual entre personas del mismo sexo- (Wichstrøm, 2006).

### **2.3. Deseo de modificación corporal**

En esta sección se darán a conocer algunas de las prevalencias e incidencias de dos manifestaciones del deseo de modificación corporal. La primera es el DM, que aunque pudiese pensarse que es exclusivo del sexo masculino no lo es, ya que también se presenta en el sexo femenino, aunque éste deseo puede tener distintos enfoques. La segunda es la IM, la cual engloba todo método o acción realizada para moldear/modificar el contorno de la silueta del cuerpo, tanto para el sexo masculino como para el femenino.

#### **2.3.1. Deseo por la musculatura**

El DM es más frecuente en los hombres, e investigaciones anteriores han demostrado que en ellos una forma de cuerpo musculoso mesomórfico<sup>5</sup> se considera más deseable que cualquier otra. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que las mujeres también tienden a mostrar niveles bastante altos de DM, lo que sugiere que este concepto puede ser importante para ellas también (pero tal vez de maneras diferentes que para los hombres). Así, mientras que el DM está relacionado con el deseo de aumento de volumen en los hombres (McCreary y Sasse 2000), las mujeres con alto DM desean una apariencia tonificada y magra (Kyrejto, Mosewich, Kowalski, Mack y Crocker 2008; Pritchard, Parker y Nielsen, 2011).

El logro del cuerpo masculino ideal, muscular y bajo en grasa corporal, requiere equilibrar la alimentación orientada a la delgadez y la musculatura (Griffiths, Murray Touyz, 2013). Lo que indica que el modificar la alimentación es otro factor asociado al DM, el cual pudiera o no implicar CAR para lograr el cuerpo deseado. En el estudio mexicano antes mencionado de Unikel y colaboradores (2016) con universitarios principalmente de 19 años de edad o menos (adolescentes), el DM se presentó en el 13 por ciento tanto de hombres como de mujeres. Se

---

<sup>5</sup> Cuerpo con mayor masa muscular. Véase somatotipos del cuerpo.

observó así mismo que el DM aumentaba el riesgo de CAR 4.4 veces en los hombres y 1.1 veces en las mujeres. También se encontró que 78.9 por ciento de las mujeres y 70.6 por ciento de los hombres presentan IIC; donde el deseo por una figura más delgada y la interiorización del ideal estético de la delgadez estuvieron presentes, respectivamente, en 69 por ciento y 11 por ciento de las mujeres, mientras que para los hombres los porcentajes correspondientes fueron de 39 y 7 por ciento. Además los hombres (31.2%) en comparación a las mujeres (9.3%) presentaron un mayor deseo por una figura más gruesa (Unikel, Díaz de León, y Rivera, 2016: 144).

Según Olivardia y colaboradores (2016), los hombres tienen una mayor preocupación por la musculatura e interés en las regiones como el hombro, el pecho y los brazos. Los estudiantes universitarios creen que sus cuerpos son más pequeños de lo que son, y esta creencia está asociada con CAR, además de con la adopción de comportamientos orientados a la ganancia de músculo (Olivardia, Pope, Borowiecki y Cohane, 2004; citado por Berbert de Carvalho et.al., 2016:120).

En cuanto al DM en personas de diferentes orientaciones sexuales, en el estudio Growing Up Today, en Estados Unidos, los participantes homosexuales y bisexuales reportaron un deseo significativamente mayor de músculos tonificados y definidos que los participantes completamente heterosexuales ( $\beta = 0.39$ , IC del 95% = 0.21, 0.57) (Calzo, et.al., 2013).

### **2.3.2. Intensión de modificación corporal**

Los adolescentes que buscan cirugía estética reportan una mayor insatisfacción con partes específicas del cuerpo, y una mayor preocupación sobre su apariencia general con la imagen corporal en comparación a quienes no la buscan (Zuckerman y Abraham, 2008). Zuckerman y Abraham (2008) mencionan que la sociedad americana de cirujanos plásticos<sup>6</sup> y la de cirugía plástica<sup>7</sup> y estética indican que las liposucciones realizadas (entre 2004 y 2006) en adolescentes de menos de 18-19 años son entre 3,000 y 6,000 por año. También durante el año

---

<sup>6</sup> The American Society of Plastic Surgeons (ASPS). <http://www.plasticsurgery.org/media/statistics/index.cfm>

<sup>7</sup> American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS). <http://www.surgery.org/press/statistics.php>

2005, informaron de 3,000 a 4,000 aumentos de senos aproximadamente en adolescentes de 18 años o menos edad (Zuckerman y Abraham, 2008: 319).

En un estudio en Singapur con jóvenes estudiantes desde secundaria (16 a 21 años) hasta universitarios (19 a 24 años), se encontró que el 10.7 por ciento de los estudiantes de secundaria y el 16.6 por ciento de los universitarios estaban interesados en el contorno corporal de áreas como los muslos, las glúteos y el abdomen (Ng, Yeak, Phoon y Lo, 2014). Lo que podría llegar a ser considerado como un intento futuro de intensión de modificación corporal par algunos o no.

En Brasil, las cirugías más solicitadas en el año 2014 fueron: 1) labios y pómulos como los de Angelina Jolie; 2) estructura facial de Beyoncé; 3) ojos y barbilla de Kim Kardashian; 4) nariz de Brad Pitt; 5) nariz de Natalie Portman (American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery, 2015). Aunque el estudio tuvo más énfasis en el público femenino, vale la pena recordar que cada vez más hombres se hacen cirugías o modificaciones corporales (Lettieri, G., 2015: 528-529).

“En la infancia, y especialmente en la adolescencia, las jóvenes se sienten muy incómodas con ciertas partes de su cuerpo que (real o ilusoriamente) les parece que están fuera de los estándares sociales. En las jóvenes, nariz y senos son blancos preferenciales de esa búsqueda; además, otras partes del cuerpo y del rostro, como el vientre, las caderas y los pómulos, no escapan de un riguroso juicio” (Lettieri, 2015: 527). Lettieri menciona que “Según el post de Diego Cordeiro publicado en el blog oficial de la SBCP<sup>8</sup>, la discusión sobre la real necesidad de esos adolescentes a someterse a procedimientos quirúrgicos estéticos aumenta paralelamente al crecimiento de la búsqueda de esas cirugías. Aunque muchos profesionales consideren que personas de ese grupo etario no deben someterse a tales procedimientos, el número de cirugías plásticas en adolescentes y jóvenes creció 141 por ciento entre 2008 y 2012. Littieri menciona que Cordeiro (2015) afirma que cerca de 60 por ciento de las cirugías plásticas realizadas en adolescentes son estéticas y, entre ellas, la lipoaspiración<sup>9</sup> se destaca como una de las más solicitadas” (Littieri, 2015:529). Siempre hemos considerado a las

---

<sup>8</sup> Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

<sup>9</sup> Es sinónimo de liposucción o lipoescultura. Consiste en extraer tejido adiposo del contorno corporal, en los lugares donde éste se acumula, por ejemplo, la papada, brazos, abdomen (panza), espalda, cintura, caderas, cara interna y externa de muslos, cara interna de rodillas, mamas en los hombres, se denomina ginecomastia.

cirugías plásticas para modificar el cuerpo como práctica de las personas adultas, sin embargo “los adolescentes también recurren a los consultorios médicos en busca de resultados estéticos” (Lettieri, 2015: 529).

Echando un vistazo a México, en los últimos años ha aumentado el número de cirugías estéticas, y de acuerdo con estadísticas de asociaciones internacionales México ocupa el tercer lugar mundial en este tipo de procedimientos. Antonio Fuente del Campo, académico de la Facultad de Medicina de la UNAM, menciona que las cirugías estéticas más solicitadas dependen del sexo y edad del paciente: “las más frecuentes entre mujeres jóvenes es la corrección de nariz, aumento de senos y lipoescultura” (Fuente del Campo, 2018). Es por ello la importancia de su estudio.

Un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Nayarit con jóvenes de sexo femenino del área de Ciencias Sociales y Humanidades (CSH) mostró que para las jóvenes la cirugía estética era un camino viable para alcanzar el mandato social, y se relacionaba con la insatisfacción con el cuerpo. El 66 por ciento de ellas, dos de cada tres, pensaba en la posibilidad de someterse a esas cirugías y consideraba que muy probablemente lo haría en un futuro cercano. Algunos ejemplos de las partes que someterían a cirugía plástica son, 25 por ciento afirmaba que se reduciría el abdomen, 11 por ciento que se incrementarían el busto, además de los glúteos (7%) y nariz (9%). Además de que se reporta la creencia de las jóvenes de que la cirugía plástica cambiaría su vida, y el que ellas pronosticaban un impacto de las intervenciones en el incremento de su autoestima y seguridad personal (33%), enlazándolo a una mejoría de su funcionamiento social y sus relaciones de pareja (Figuroa y Careaga, 2013).

## **CAPITULO III. ESTRATEGIA METODOLOGICA**

Este apartado tiene como objetivo detallar la metodología que se empleó para la realización de esta investigación, describiendo como se seleccionó la muestra, el sitio en el que se trabajó, el procedimiento que se realizó, los instrumentos utilizados para la recolección de datos y el análisis de los mismos. Se trata de un estudio transversal, mediante levantamiento de una encuesta, el cual nos muestra una fotografía de los temas de interés de esta investigación, desde un enfoque epidemiológico.

### **3.1. Descripción del sitio y del plantel**

El plantel en el cual se llevó a cabo la investigación se encuentra en la zona noroeste del país, en un estado fronterizo (Sonora). Según los datos arrojados por la encuesta Intercensal 2015, en Sonora hay 2,850,330 habitantes de los cuales 1,439,911 son mujeres (50.5%) y 1,410,419 son hombres (49.5%). En el municipio de Hermosillo viven 884, 273 personas (31% del total de Sonora) de los cuales 433,646 son mujeres (49%) y 450,627 son hombres (51%). La población adolescente de entre 10 a 19 años es de 157, 247 habitantes (17.8% del total de habitantes de Hermosillo), de estos 76,936 son mujeres (49%) y 79,311 hombres (51%). La población en el grupo que se estudia en esta investigación (de 14 a 19 años) es de 96,083 adolescentes (11% de la población de Hermosillo), de los cuales 46,590 son mujeres (48%) y 49,493 hombres (52%). Según los datos de dicha encuesta 67.2 por ciento de los adolescentes de Sonora que tienen entre 15 y 19 años de edad acuden a la escuela (INEGI, 2015).

La escuela preparatoria (Colegio de Bachilleres del Estado de Sonora) se ubica en la zona norte la ciudad capital de dicho estado, en la ciudad de Hermosillo. Por su ubicación, ya que se encuentra en los límite de la ciudad y por el hecho de ser un plantel público, permite tener una gran diversidad de orígenes sociales de los estudiantes, ya que a este plantel asisten jóvenes provenientes de zonas rurales cercanas, invasiones, colonias populares y también de colonias catalogadas como de clase media. En el plantel se imparten cursos en turno matutino y vespertino, y se cuenta con 20 y 16 grupos respectivamente. En el turno matutino, hay siete

grupos de segundo semestre, al igual que para el cuarto y con seis para el sexto; para el vespertino son seis grupos para segundo y cuarto semestre y cuatro para el sexto.

Los estudiantes inscritos en el semestre en curso durante el trabajo de campo (2018-1) eran 846 en el turno matutino y 572 en el turno vespertino (total de 1,418 alumnos inscritos), de los cuales 764 (53.9%) eran de sexo femenino y 654 (46.1%) de sexo masculino.

### **3.2. Muestra**

Se seleccionó la escuela preparatoria por conveniencia, es decir, se eligió aquélla en la que las autoridades encargadas de la dirección de los planteles de preparatoria en Hermosillo autorizaron llevar a cabo el trabajo. Se aplicó un cuestionario a todos los estudiantes del plantel que acudieron a clase durante la semana de trabajo de campo (del 22 al 27 de febrero del presente) y que aceptaron participar. Esto incluyó estudiantes de ambos turnos (matutino y vespertino) y de todos los semestres que se estaban cursando. De un total de 1,418 estudiantes inscritos en el plantel, se encuestó a 1,217, de los cuales 642 (52.8%) fueron de sexo femenino y 573 (47.2%) de sexo masculino (dos participantes no reportaron esta variable). La edad media fue de 16.3 años (DE=1.1), con un rango de edades entre 14 y 19 años.

### **3.3. Procedimiento**

En un primer momento, se sometió al Subcomité de Bioética de El Colegio de la Frontera Norte (El Colef), el protocolo de esta investigación para su aprobación. Una vez aprobado (Anexo 1), se procedió a contactar a la dirección académica del Colegio de Bachilleres del Estado de Sonora, con el fin de explicar los objetivos del trabajo y solicitar permiso para la recogida de datos. Una vez obtenido el visto bueno (Anexo 2), se procedió a contactar con la directora del plantel autorizado; seguido de ello, se acudió a cada salón con los diferentes profesores y aulas durante el turno de clase, con el fin de solicitar su colaboración para la aplicación de los cuestionarios.

Previo a la aplicación del cuestionario, se les informó a los padres por medio de una carta de consentimiento (Anexo 3), de la participación de sus hijos en dicha actividad. Ningún padre/madre se proclamó en desacuerdo. Los cuestionarios fueron contestados (autoaplicados) en el aula, no sin antes explicarles a los estudiantes el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, además del trato cuidadoso y confidencial de los datos obtenidos. La participación de los estudiantes fue voluntaria, pudiendo desistir en cualquier momento y no existiendo ningún tipo de compensación por su participación (ningún estudiante se negó a participar). La investigadora estuvo presente durante la aplicación de los cuestionarios, supervisando el correcto llenado para poder obtener los datos más fidedignos y resolviendo las dudas que pudieran surgir.

### **3.4. Instrumento**

Se utilizó un cuestionario (Anexo 4) en el cual, además de las variables principales de interés, se solicitaron datos sociodemográficos como edad, sexo, grado cursado, escolaridad de los padres, migración familiar y motivos de la misma, para poder analizar si existía relación entre éstos y las problemáticas abordadas.

#### **3.4.1. Orientación sexual**

La OS de los estudiantes se evaluó mediante la escala de Kinsey, que establece siete diferentes grados de comportamientos sexuales. La escala evalúa el historial sexual de una persona o los episodios de su actividad sexual en un tiempo dado, y va desde 0 (exclusivamente heterosexual), hasta 6 (exclusivamente homosexual), pasando por el 4 (bisexual) y concluyendo en el 8 (asexual) (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948). El dato del resultado se obtuvo directamente de lo que indicó la persona en la escala. Las preguntas no se refirieron únicamente a las relaciones sexuales, sino también a la atracción por otra persona ya fuera del mismo sexo, del contrario o de ambos. La variable se categorizó como 1= heterosexual, 2=no heterosexual y, 3=no sabe o no desea indicar su OS.

### **3.4.2. Insatisfacción con la imagen corporal**

Para conocer la IIC, se utilizó la escala de test de siluetas adaptado por Stunkard y Stellar (1990), la cual consta de 9 contornos de figuras de hombres y mujeres, que van aumentando de tamaño a medida que aumenta la puntuación (de 1 a 9), cubriendo así un continuo de peso corporal que va desde figuras muy delgadas (puntuación 1 y 2), delgadas (puntuación 3 y 4), hasta figuras gruesas (puntuación 6 y 7) y muy gruesas (puntuación 8 y 9), pasando por una figura normal (puntuación 5), mediante la diferencia de puntuación entre la figura percibida y deseada, se obtiene el grado de satisfacción con la propia figura corporal. A mayor diferencia obtenida mayor será la insatisfacción corporal (Stunkard, A. y Stellar, E., 1990). Para la construcción de la variable continua se realizó una resta de la imagen percibida menos la imagen deseada para obtener la IIC (rango de -8 a 8). El resultado obtenido se categorizó (variable categórica) según lo obtenido: si la diferencia era cero indicaba ausencia de IIC, si era con signo positivo indicaba que se deseaba una figura con menor volumen y de signo negativo indicaba el desear una figura con menor volumen.

### **3.4.3. Conductas alimentarias de riesgo**

Las CAR se evaluaron mediante la puntuación en el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR). El CBCAR es un instrumento de 10 reactivos, que preguntan por la realización de una serie de conductas tendientes a la pérdida de peso, así como por la preocupación por engordar, en los últimos tres meses. Las cuatro opciones de respuesta van de “nunca o casi nunca” a “con mucha frecuencia”, y se califican con puntuaciones de 0 a 3, donde una mayor puntuación indica mayor frecuencia. El rango teórico de puntuaciones del cuestionario va de 0 a 30, con un punto de corte de 10, validado mediante su capacidad para distinguir entre población abierta y una muestra clínica (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García, 2004). La variable continua se construyó con la suma de los puntajes de cada una de las diez preguntas del CBCAR. Mientras que la variable dicotómica se construyó mediante el punto de corte, donde la ausencia de CAR era cuando el resultado de la suma estaba entre cero y nueve, mientras que la presencia de CAR cuando el

resultado era de 10 a 30. A partir de los análisis el punto de corte de 10 fue el que mostró los mejores resultados: arrojó una sensibilidad de 0.81 y una especificidad de 0.78, con un valor predictivo positivo de 0.38 y un valor predictivo negativo de 0.96 con confiabilidad 0.83 (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García, 2004: 512).

### **3.4.4. Deseo de modificación corporal**

#### **3.4.4.1. Deseo por la musculatura**

Para el DM se utilizó la escala de deseo por la musculatura (*Drive for Muscularity Scale – DMS-*) de McCreary (2007), la cual consta de 15 preguntas (respuestas con valores de 1 a 6) en las que se pide a los encuestados que indiquen hasta qué punto una serie de actitudes y comportamientos son descriptivos de sí mismos (es decir, con qué frecuencia actúan o se sienten de esa manera). Entre más alta la puntuación mayor deseo por la musculatura. Para la construcción de la variable se sumaron las 15 respuestas obtenidas (rango de 15 a 90), mientras que para la variable dicotómica fue utilizado el punto de corte  $\geq 52$ , donde los valores por debajo indicaban ausencia de DM y los valores igual o superiores al punto de corte indicaban presencia de DM. Maida y Armstrong (2005 citados en Escoto, et al., 2007) propusieron un punto de corte ( $\geq 52$ ), para identificar riesgo de presentar DM. En México, Escoto et al. (2007) corroboraron que la versión en español de la DMS cuenta con una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .83$ ). Además, se argumenta que el puntaje general de DMS se puede utilizar en muestras de hombres y mujeres (McCreary, Sasse, Saucier, Dorsch, 2004).

#### **3.4.4.2. Intención de modificación corporal**

Para la IM se crearon una serie de preguntas para saber si la persona había pensado en realizar algún cambio específico en su cuerpo (silueta, implantes, reducción o estética de imagen), con respuestas sí/no/no sé/no sé qué es eso (valores sí=3, no sé=2, no=1, no sé qué es eso=0). Para la construcción de la variable continua se realizó la suma de las 13 respuestas

obtenidas (rango de 0 a 39). Para la construcción de la variable dicotómica se tomó como presencia de IM quienes hubieran respondido que “sí” por lo menos a una modificación y como ausencia de IM a quienes no hubieran respondido “sí” por lo menos a una modificación.

### **3.5. Análisis de datos**

Los datos se analizaron con el programa estadístico STATA versión 15.1 para Windows. Antes que nada, se hizo una comparación entre los alumnos inscritos en la preparatoria y quienes habían participado en la encuesta con el fin de evaluar la generalizabilidad de los resultados a la población de estudiantes de la escuela. Para dar a conocer un panorama general de los estudiantes, se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos (sexo, edad, grado de estudios, educación de los padres, migración y lugar de nacimiento).

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo para conocer la distribución de cada una de las variables utilizadas en el cuestionario, para conocer las frecuencias y porcentajes de cada una de las respuestas posibles de cada pregunta. Seguido de ello, se analizó la distribución de estas variables por sexo, y por orientación sexual estratificada por sexo. Además, se hicieron análisis de correlación para conocer la relación entre las principales variables de interés.

Para evaluar las relaciones postuladas en la Figura 1.1, se hizo primero un análisis de regresión multinomial, evaluando la asociación entre sexo y OS e IIC (ajustando por variables sociodemográficas). En este modelo se utilizó la regresión logística multinomial por ser la IIC una variable categórica (0=Sin IIC; 1=IIC deseando figura de menor volumen; 2= IIC deseando figura con mayor volumen). La regresión logística multinomial se usa para modelar variables de resultado nominales, en las que las probabilidades de cada resultado se modelan como una combinación lineal de las variables de predicción (Multinomial Logistic Regression. Stata Data Analysis Examples, s.f.). Los coeficientes nos dan a conocer si la probabilidad de cada valor específico de la variable dependiente disminuye o aumenta en relación con un valor que se utiliza como base de referencia. En este caso, el valor de referencia fue el 0 (sin IIC), por lo que los coeficientes muestran si la posibilidad de tener cada tipo de IIC vs no tener IIC aumenta o disminuye de acuerdo a los valores de cada variable independiente.

Se hicieron también modelos de regresión logística para conocer la relación entre sexo y OS, y CAR, DM e IM (ajustando por variables sociodemográficas). En estos modelos se utilizó regresión logística ya que estas variables eran dicotómicas (0=no presenta; 1= si presenta la condición, para cada una de las tres variables). La regresión logística, también llamada modelo logit, se usa para modelar variables de resultado dicotómicas. En el modelo logit, las posibilidades del resultado (*odds*) se modelan como una combinación lineal de las variables predictoras. Los coeficientes de regresión logística dan el cambio en las probabilidades del logaritmo del momio del resultado para un aumento de una unidad en la variable predictora (Logistic Regression. Stata Data Analysis Examples. s.f.).

Finalmente, para evaluar la mediación de la relación entre sexo y OS, y CAR, DM e IM, por la IIC, se ajustaron modelos de regresión logística, en los que se añadió la IIC como variable independiente, y se consideró que había evidencia de mediación cuando el coeficiente asociado a sexo y OS cambiaba en comparación con los modelos previos (los que no incluían a la IIC como variable independiente).

Todos estos modelos se hicieron tanto con ambos sexos (con sexo como variable independiente), como estratificados por sexo para evaluar si las asociaciones de interés eran diferentes. Los resultados de los modelos serán presentados de ambas maneras, ya que en el análisis exploratorio se observó que: 1) El tipo de IIC difería de acuerdo al sexo; 2) las prevalencias de CAR, DM e IM diferían dependiendo del sexo. Aunque al realizar una regresión para ambos sexos las asociaciones pudiesen ser neutralizadas, aun así, se presentaron los resultados en una tabla para poder ver esas diferencias entre los tres modelos.

Las variables de control que se incluyeron en los modelos finales fueron: 1) edad, 2) índice de masa corporal y 3) nivel educativo de los padres (mayor nivel educativo de entre los del padre y la madre: mayor grado escolar). Previamente se evaluaron modelos en los que se incluían más variables sociodemográficas como: semestre, turno, si habían nacido en Hermosillo, si habían vivido en EUA, pero al observar que no tenían asociaciones significativas con las variables dependientes de interés, su inclusión no modificaba los resultados principales y no mejoraban significativamente el ajuste de los modelos, se excluyeron.

## **CAPITULO IV. RESULTADOS**

El objetivo principal de este capítulo, es mostrar los resultados obtenidos en el análisis de los datos recolectados, comenzando con la descripción de la muestra estudiada, posteriormente un cruce de análisis bivariados y al finalizar modelos de regresión para mostrar la relación de las variables de interés.

### **4.1 Alumnos inscritos y alumnos en la muestra**

En esta sección se describirán los datos generales de los estudiantes del plantel, comenzando con una comparación de los alumnos inscritos (ciclo escolar 2018-1) y de los captados durante la aplicación del cuestionario (inicios del ciclo escolar 2018-1). Se encuestó a un total de 1,217 alumnos, de los cuales dos no indicaron su sexo, teniendo una distribución muy cercana al 50 por ciento en cada sexo. Al compararlo con los datos de los alumnos inscritos, se observan porcentajes muy similares, y la tasa de respuesta es parecida entre grupos por sexo y turno. La única diferencia importante aparece en la baja tasa de respuesta entre alumnos del sexto semestre. Esto nos permite suponer que los resultados son generalizables a los estudiantes del plantel, al menos en los primeros dos semestres (cuadro 4.1).

Por lo que se puede observar en el cuadro 4.1, un 86 por ciento de los alumnos fueron captados durante la aplicación del cuestionario. El hecho de que no esté en la muestra todo el alumnado inscrito, no quiere decir que no hayan querido participar en el estudio (ningún alumno/a se negó a hacerlo). Los alumnos que no participaron fueron aquellos que en la fecha de aplicación del cuestionario no acudieron a la escuela. La tasa menor a las demás en los alumnos del sexto semestre pudiera deberse a que estos alumnos tuvieran menos interés por acudir a las clases. Un aspecto importante de mencionar en esta muestra es que el levantamiento de información se realizó posterior al periodo de exámenes. Durante esos días los alumnos no acuden de manera regular a la escuela, ya que algunos pueden decidir no ir debido a que sólo es entrega de exámenes y/o calificaciones (aspecto expresado por alumnos, profesores y directora del plantel).

Cuadro 4.1. Comparación de alumnos inscritos con los participantes en la encuesta, según sexo, turno y semestre, incluyendo tasa de respuesta.

		<b>Inscritos en la escuela</b>	<b>Respondieron la encuesta</b>	<b>Tasa de respuesta</b>
Sexo	Femenino	764 (53.9%)	642 (52.8%) <sup>1</sup>	0.84
	Masculino	654 (46.1%)	573 (47.2%) <sup>1</sup>	0.88
Turno	Matutino	846 (59.7%)	752 (61.8%)	0.89
	Vespertino	572 (40.3%)	465 (38.2%)	0.81
Semestre	2°	468 (33%)	434 (35.7%)	0.93
	4°	524 (37%)	483 (39.7%)	0.92
	6°	426 (30%)	300 (24.6%)	0.70
<b>Total</b>		<b>1,418</b>	<b>1,217</b>	<b>0.86</b>

Fuente: Elaboración con datos propios.

Nota: <sup>1</sup>El porcentaje fue con base en un total de 1,215 estudiantes, ya que dos adolescentes no reportaron sexo.

## 4.2 Descripción de la muestra

### 4.2.1. Participantes y características sociodemográficas

En lo que respecta a la edad de los jóvenes, solo cuatro no reportaron su edad en años cumplidos, y aunque se les preguntó la fecha de nacimiento para poder verificarla, este dato también fue omitido de su parte. En el siguiente cuadro (cuadro 4.2), se observa la cantidad y el porcentaje de alumnos por edad en años cumplidos a la fecha del levantamiento de la información. Obteniendo una edad media de 16.3 años (DE=1.1), con un rango de edades entre 14 y 19 años. De igual manera se presenta en el mismo cuadro, los datos de los alumnos captados en la muestra, según el semestre que estaban cursando en ese momento.

Con lo que respecta a la distribución de alumnos por sexo en cada turno, los porcentajes de alumnos masculinos y femeninos, son similares, al igual que cuando se observa por semestre.

Cuadro 4.2. Datos descriptivos de los alumnos según sexo.

		<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		642	52.8	573	47.2	1217*	100
<b>Edad</b>	14	0	0	2	0.35	2	0.16
	15	193	30.11	149	26.09	342	28.19
	16	183	28.55	155	27.15	338	27.86
	17	172	26.83	157	27.5	330*	27.21
	18	88	13.73	95	16.64	183	15.09
	19	5	0.78	13	2.28	18	1.48
<b>Turno</b>	Matutino	402	62.6	349	60.9	753*	61.9
	Vespertino	240	37.4	224	39.1	464	38.1
<b>Semestre</b>	Segundo (2 <sup>do</sup> )	239	37.2	195	34.0	434	35.7
	Cuarto (4 <sup>to</sup> )	252	39.3	231	40.3	483	39.7
	Sexto (6 <sup>to</sup> )	151	23.5	147	25.7	300*	24.7
<b>IMC</b>	Bajo peso	6	1.4	14	3.3	20	2.3
	Peso normal	325	74.2	285	67.9	610	71.1
	Sobrepeso	76	17.4	92	21.9	168	19.6
	Obesidad	31	7.1	29	6.9	60	7.0
<b>Nació en Hermosillo</b>	Si	576	90.0	506	89.4	1083*	89.7
	No	64	10	60	10.6	124	10.3
<b>Escolaridad madre</b>	Primaria o menos	25	4.0	26	4.8	51	4.4
	Secundaria	172	27.8	123	22.9	295	25.5
	Preparatoria	191	30.9	145	27.0	336	29.1
	Licenciatura o técnico	190	30.7	201	37.4	392*	33.9
	Posgrado	40	6.5	42	7.8	82	7.1
<b>Escolaridad padre</b>	Primaria o menos	39	7.0	32	6.2	71	6.6
	Secundaria	152	27.1	120	23.1	272	25.1
	Preparatoria	147	26.2	135	26.0	282	26.1
	Lic. o técnico	188	33.5	188	36.2	377*	34.8
	Posgrado	35	6.2	45	8.7	80	7.4
<b>Ha vivido en EUA</b>	Si	41	6.5	42	7.6	83	7.0
	No	586	93.5	510	92.4	1097*	93.0

Fuente: Elaboración con datos propios.

\*Se incluyen las personas que no reportaron su sexo.

También se obtuvieron los datos de peso (kg) y talla (m) autorreportados, obteniendo una media del peso de 64.1kg (D.E.=13.6), entre los rangos de 30 y 120 kilos. Para la talla la media fue de 1.7 m (D.E.= 1), entre los rangos de 1.44 y 1.96 m. En el peso sólo se obtuvieron 906 casos, debido a que algunos omitieron el dato o no lo sabían, para la talla se observaron 1,047 casos. Con base en estos datos obtenidos, se procedió a obtener el Índice de Masa Corporal (IMC)<sup>10</sup> de los adolescentes, de los cuales se obtuvieron 852 casos. La media para el IMC fue de 22.5 kg/m<sup>2</sup> (D.E.=3.9); con un rango entre 13.9 y 43.3. Posterior a ello, se formaron cuatro categorías con base en lo que estipula la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) para el IMC en adolescentes; las categorías fueron bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Un 74.2 por ciento para el sexo femenino y un 67.9 por ciento para el masculino, se encuentran en la categoría de peso normal según su IMC; con lo que respecta al bajo peso, fueron porcentajes mínimos los que se encontraron. En contraste, el sobrepeso es mayor en el sexo masculino, pero para el sexo femenino el porcentaje de obesidad es ligeramente mayor al del sexo masculino, con siete punto uno y seis punto nueve por ciento, respectivamente.

En lo que respecta al lugar de nacimiento, alrededor de 90 por ciento de cada sexo, son originarios de Hermosillo, Sonora. El siete por ciento, menciona haber vivido alguna vez en Estados Unidos de América (EUA).

El grado de escolaridad de los padres de los alumnos, en los niveles de secundaria, preparatoria y licenciatura o técnico son 25.5, 29.1 y 33.9 por ciento respectivamente para la escolaridad de la madre; y para el padre fueron 25.1, 26.1 y 34.8 por ciento respectivamente. En el caso de estudios de posgrado (incluido maestría/ doctorado) para el caso de la madre y del padre, se obtuvieron siete punto uno y siete punto cuatro por ciento respectivamente para los padres de los alumnos en general.

---

<sup>10</sup> Este dato se obtiene al dividir el peso en kilogramos sobre la talla en metros al cuadrado (IMC= kg/mts<sup>2</sup>)

### **4.3. IIC, CAR, DM e IM; características generales por sexo y OS.**

En esta sección, se presentan datos descriptivos de las principales variables de interés. Se señalan los porcentajes de acuerdo a OS, así como: 1) los puntajes obtenidos de IIC al hacer la comparación con la imagen corporal percibida y la deseada; 2) los porcentajes de las diferentes CAR practicadas por los estudiantes; 3) los porcentajes de cada uno de los ítems de DM y; 4) el porcentaje de las distintas modificaciones corporales que se desean practicar, además de las señaladas por escrito y cuántas modificaciones desean hacerse en total los participantes.

#### **4.3.1. Orientación sexual de los adolescentes**

En el cuadro 4.3 se muestra las diferentes OS reportadas por los adolescentes, de acuerdo a las opciones de la escala de Kinsey. Se puede observar que 24.5 por ciento de los adolescentes (29.7 por ciento de las mujeres y 18.3 por ciento de los hombres) tiene una OS diferente a la exclusivamente heterosexual. Debido a que los porcentajes son muy bajos en algunas categorías, para el análisis se categorizaron las respuestas como heterosexuales, no heterosexuales y no saben o no desean indicarlo (cuadro 4.4).

Cuadro 4.3. Orientación sexual de adolescentes según su sexo. Frecuencia y porcentaje.

	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Ambos</b>
Exclusivamente heterosexual	431 (70.3%)	443 (81.7%)	874 (75.5%)
Principalmente heterosexual	36 (5.9%)	16 (3.0%)	52 (4.5%)
Predominantemente heterosexual	17 (2.8%)	5 (0.9%)	22 (1.9%)
Bisexual	47 (7.7%)	16 (3.0%)	65 (5.6%) <sup>1</sup>
Predominantemente homosexual	5 (0.8%)	3 (0.6%)	8 (0.7%)
Principalmente homosexual	0 (0.0%)	2 (0.4%)	2 (0.2%)
Exclusivamente homosexual	6 (1%)	9 (1.7%)	15 (1.3%)
Asexual	11 (1.8%)	5 (0.9%)	16 (1.4%)
No sabe	36 (5.9%)	25 (4.6%)	61 (5.3%)
No desea decirlo	24 (3.9%)	18 (3.3%)	42 (3.6%)
<b>Total</b>	<b>613(100%)</b>	<b>542(100%)</b>	<b>1,157(100%)<sup>1</sup></b>

Fuente: Elaboración con datos propios.

Nota: <sup>1</sup>Incluye las dos personas que no indicaron su sexo.

Cuadro 4.4. Categorías creadas de orientación sexual de adolescentes según su sexo.

<b>Orientación sexual</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Ambos</b>	<b>%</b>
Heterosexual	431	70.3	443	81.7	874	75.5
No heterosexual	122	19.9	56	10.4	180 <sup>1</sup>	15.6
NS/NDI	60	9.8	43	7.9	103	8.9
<b>Total</b>	<b>613</b>	<b>100</b>	<b>542</b>	<b>100</b>	<b>1,157<sup>1</sup></b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración con datos propios.

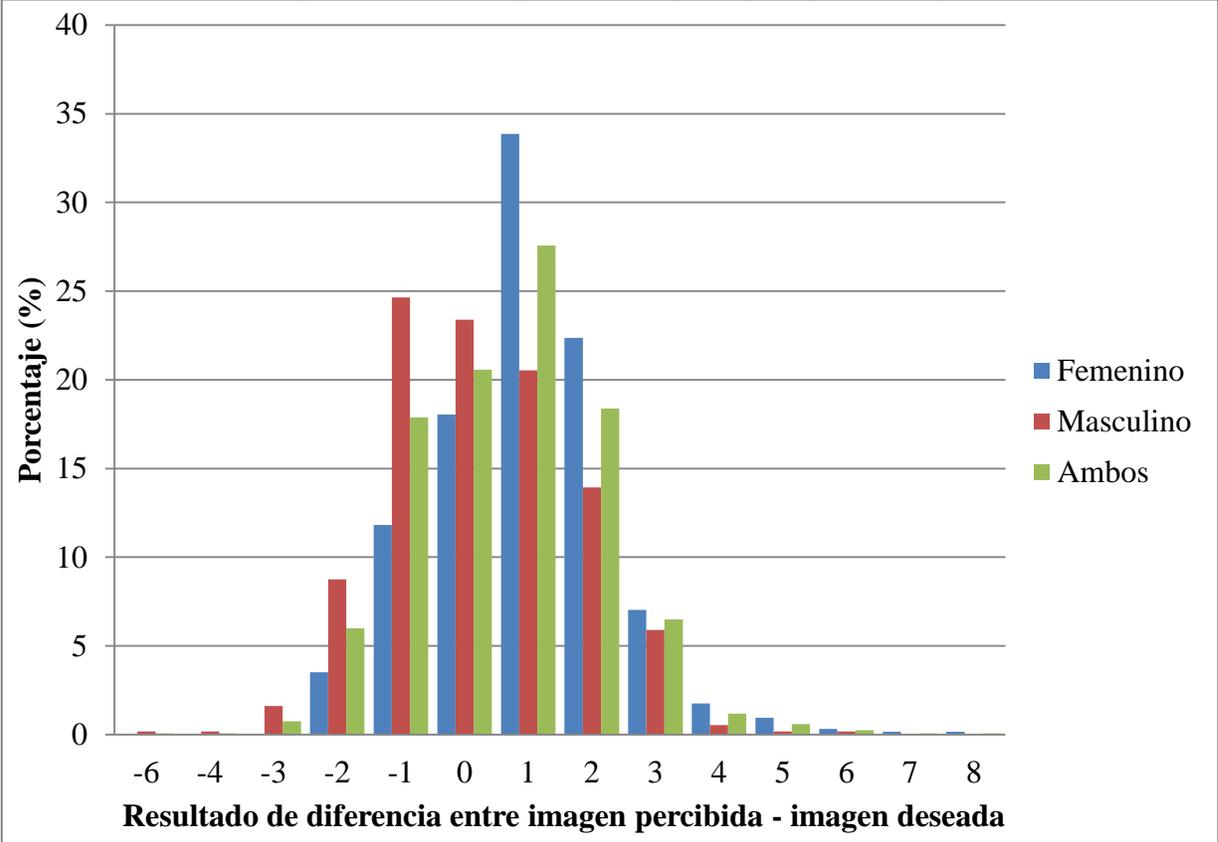
Nota: <sup>1</sup>Incluye las dos personas que no especificaron su sexo.

#### 4.3.2. Insatisfacción con la imagen corporal

En la gráfica 4.1, se puede observar que solo 20.6 por ciento del total de los estudiantes están satisfechos con su imagen corporal (valor de diferencia igual a cero), el porcentaje restante presenta IIC. El 24.8 por ciento desea una figura con más volumen, y casi un 55 por ciento desea una figura con menos volumen.

Con respecto a las diferencias por sexo, se observa que los hombres tuvieron mayor porcentaje de satisfacción corporal (valor de diferencia igual a cero) en comparación con las mujeres, y también tuvieron porcentajes mayores en los valores negativos (deseo de figura con mayor volumen). Por el contrario, las mujeres tuvieron mayores porcentajes en las categorías de deseo de una figura corporal con menor volumen. Estos resultados se presentan también en el cuadro 4.5, donde se observa que sólo 18.05% de las mujeres estaba satisfecha con su figura, en comparación con 23.39% de los hombres. El porcentaje de quienes deseaban una figura con menor volumen fue de 66.6 por ciento en las mujeres y 41.3 por ciento en los hombres, mientras que 15.3 y 35.4 por ciento, respectivamente, deseaban una figura con mayor volumen.

Gráfica 4.1. Panorama general de la IIC por sexo, según figura percibida y deseada.<sup>1</sup>



Fuente: Elaboración con datos propios.  
<sup>1</sup>El eje de resultado de la diferencia entre figuras, se interpreta: 0= no IIC; (+)= deseo de figura con menor volumen y; (-)= deseo de figura con mayor volumen.

Cuadro 4.5. Tipo de IIC según sexo.

<b>Percibida-deseada<sup>1</sup></b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Ambos</b>	<b>%</b>
Estar igual (0=no IIC)	113	18.05	131	23.39	244	20.57
Desea menos volumen (+)	417	66.61	231	41.25	648	54.64
Desea más volumen (-)	96	15.34	198	35.36	294	24.79
<b>Total</b>	<b>626</b>	<b>100</b>	<b>560</b>	<b>100</b>	<b>1,186</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración con datos propios.

<sup>1</sup>(+)= resultado de la diferencia es positivo; (-)=resultado de la diferencia es negativo.

En el cuadro 4.6, se presenta la distribución de IIC por OS y sexo, mostrando que de todas las mujeres heterosexuales 63.8 por ciento deseaba una figura corporal con menor volumen, mientras que alrededor del 18 por ciento deseaba lo contrario. En el caso de las mujeres no heterosexuales y las que no sabían su OS o no desearon indicarla, 71.4 y 71.7 por ciento respectivamente deseaban una figura corporal con menor volumen. En el caso de los hombres, los porcentajes fueron menores en comparación con las mujeres para el deseo de una figura con menos volumen, pero superior para el deseo de una figura con mayor volumen, y menores para el deseo de menos volumen, independientemente de la OS.

En general, se observó que el grupo con mayor IIC fue el de los hombres no heterosexuales (sólo 13.2% sin IIC), y el grupo con menor IIC el de los hombres heterosexuales. El grupo con mayor deseo de una figura más delgada fue el de las mujeres no heterosexuales (71.4%), y el grupo con mayor deseo de una figura más voluminosa fue el de los hombres heterosexuales (36.3%).

Cuadro 4.6. Tipo de IIC según grupo de sexo y OS (N=1,119).

		Heterosexual N(%)	No heterosexual N(%)	No sé y NDI N(%)
<i>Femenino</i>	Estar igual(no IIC)	77(18.3)	20(16.8)	12(20.0)
	Desea menos volumen (+)	268(63.8)	85(71.4)	43(71.7)
	Desea más volumen (-)	75(17.9)	14(11.8)	5(8.3)
	Total <sup>1</sup>	420(100)	119(100)	60(100)
<i>Masculino</i>	Estar igual(no IIC)	100(23.0)	7(13.2)	9(21.4)
	Desea menos volumen (+)	177(40.7)	29(54.7)	18(42.9)
	Desea más volumen (-)	158(36.3)	17(32.1)	5(35.7)
	Total <sup>1</sup>	435(100)	53(100)	32(100)
<i>Ambos<sup>2</sup></i>	Estar igual(no IIC)	177(20.7)	27(15.7)	21(20.6)
	Desea menos volumen (+)	445(52.0)	114(66.3)	61(59.8)
	Desea más volumen (-)	233(27.3)	31(18.0)	20(19.6)
	Total <sup>1</sup>	855(100)	172(100)	92(100)

Fuente: Elaboración con datos propios.

Nota: <sup>1</sup>Los porcentajes están basados en el total de personas que respondieron que tipo de silueta percibían y deseaban. El total es por cada grupo conformado entre sexo/OS y en ambos sexos/OS; <sup>2</sup>Grupo de datos estadísticamente significativos

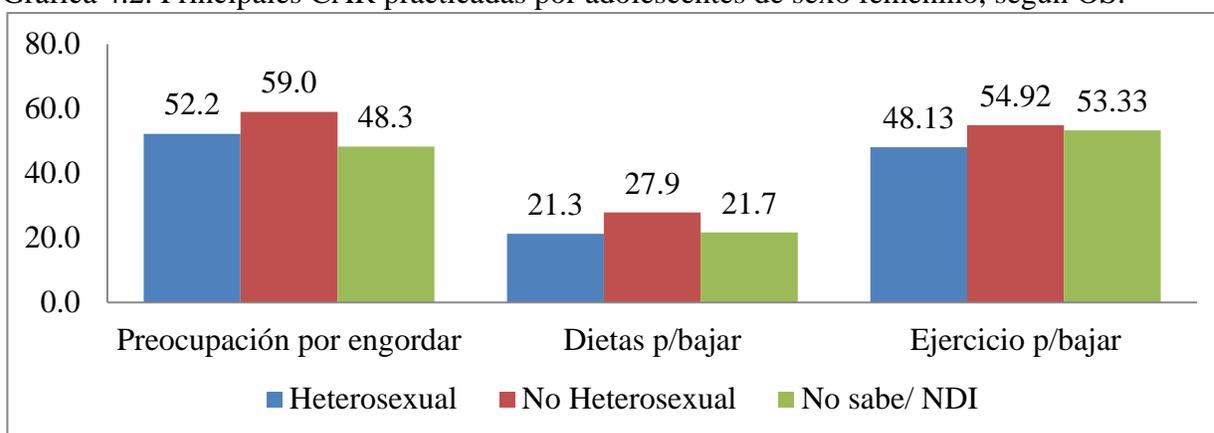
### 4.3.3. Conductas alimentarias de riesgo

Las CAR reportadas con mayor frecuencia en la muestra completa fueron la preocupación por engordar, los atracones, dietas y el ejercicio excesivo para bajar de peso por ambos sexos en conjunto (cuadro 4.7). Para las mujeres las más frecuentes fueron la preocupación por engordar, el ejercicio excesivo y las dietas, mientras que para los hombres fueron el ejercicio excesivo, los atracones y la preocupación por engordar. El 15.5 por ciento del total (22.6 por ciento de las mujeres y 7.6 por ciento de los hombres) rebasaron el punto de corte del CBCAR.

En las Gráficas 4.2 y 4.3 se ilustra la frecuencia de cada una de las tres CAR principales según sexo, en grupos de acuerdo a la OS. Del total de mujeres heterosexuales 52.2 por ciento sentía preocupación por engordar al menos dos veces por semana, mientras que entre sus pares no heterosexuales este porcentaje era de 59 por ciento. Entre los hombres, estos porcentajes

fueron de 21.5 y 44.6 por ciento respectivamente. En el caso de los atracones, los hombres que no sabían o no quisieron indicar su OS, fueron quienes mayores prevalencias de esta CAR reportaron, con 44.2 por ciento, y este grupo fue también el que tuvo mayor prevalencia de ejercicio para bajar de peso (40.5%). Por otra parte, las mujeres que indicaron hacer dietas para bajar de peso fueron principalmente las no heterosexuales (27.9%) y después las heterosexuales y quienes no saben o no indicaron su OS prácticamente con el mismo porcentaje.

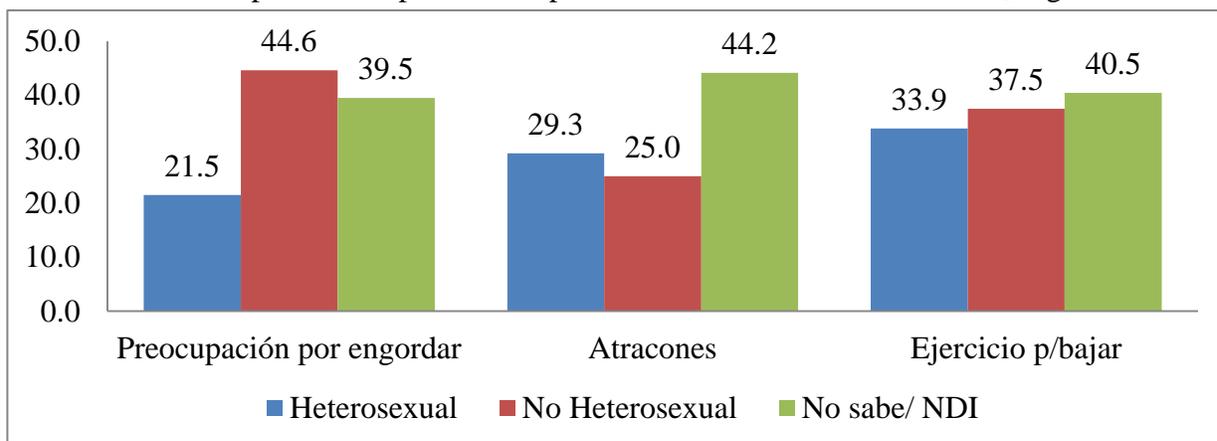
Gráfica 4.2. Principales CAR practicadas por adolescentes de sexo femenino, según OS.



Fuente: Elaboración con datos propios.

\*Se reporta el porcentaje que dijo practicar la conducta dos veces por semana o más.

Gráfica 4.3. Principales CAR practicadas por adolescentes de sexo masculino, según OS.



Fuente: Elaboración con datos propios.

\* Se reporta el porcentaje que dijo practicar la conducta dos veces por semana o más.

Cuadro 4.7. Porcentajes<sup>1</sup> de las CAR en adolescentes según frecuencia y sexo.

	Femenino		Masculino		Ambos	
	Frecuentemente (dos veces a la semana) N(%)	Muy frecuentemente (más de dos veces a la semana) N(%)	Frecuentemente (dos veces a la semana) N(%)	Muy frecuentemente (más de dos veces a la semana) N(%)	Frecuentemente (dos veces a la semana) N(%)	Muy frecuentemente (más de dos veces a la semana) N(%)
Preocupación por engordar	108(16.9)	232(36.3)	76(13.3)	59(10.3)	184(15.2)	291(24.0)
Atracones	92(14.4)	53(8.3)	99(17.3)	73(12.8)	191(15.8)	126(10.4)
Sentir falta control al comer	66(10.3)	34(5.3)	29(5.1)	23(4.0)	95(7.8)	57(4.7)
Vómito autoinducido	9(1.4)	8(1.3)	5(0.9)	0(0.0)	14(1.2)	8(0.7)
Ayunos	21(3.3)	28(4.4)	4(0.7)	8(1.4)	25(2.1)	36(3.0)
Dietas	81(12.7)	65(10.2)	37(6.5)	26(4.6)	118(9.8)	91(7.5)
Ejercicio excesivo p/bajar	141(22.1)	181(28.4)	99(17.4)	97(17.1)	240(19.9)	278(23.0)
Pastillas (no significativo)	7(1.1)	10(1.6)	5(0.9)	3(0.5)	12(1.0)	13(1.1)
Diuréticos	3(0.5)	4(0.6)	4(0.7)	2(0.4)	7(0.6)	6(0.5)
Laxantes	6(0.9)	4(0.6)	3(0.5)	2(0.4)	9(0.7)	6(0.5)
CAR <sup>2</sup>	143/632 (22.6%)		43/565 (7.6%)		186/1,197 (15.5%)	

Fuente: Elaboración con datos propios.

<sup>1</sup>Para el cálculo de los porcentajes se tomó el total de personas que contestaron cada una de las preguntas, por sexo o ambos.

<sup>2</sup>Adolescentes con resultados por arriba del punto de corte del CBCAR (suma >10), se consideran con CAR. El porcentaje conformado por el numerador son los casos con CAR y el denominador es el total de cada sexo que contestó.

En el cuadro 4.8 se puede observar que las mujeres no heterosexuales tuvieron mayor prevalencia de CAR en comparación con las heterosexuales y quienes no saben o no quisieron indicar su OS, lo mismo pasa en el grupo masculino.

Cuadro 4.8. Adolescentes con CAR según grupo por sexo y OS<sup>1</sup>

	Femenino N(%)	Masculino N(%)	Ambos N(%)
Heterosexual	86(20.1)	29(6.7)	115(13.4)
No heterosexual	40(32.8)	10(17.9)	50(27.9)*
No sabe y NDI	13(21.7)	1(2.4)	14(13.7)

Fuente: Elaboración con datos propios.

<sup>1</sup>El porcentaje está basado en el total de adolescentes que contestaron el CBCAR; el numerador son los casos con CAR y el denominador es el total de cada grupo sexo/OS.

\*Incluye a una persona que no reportó su sexo.

#### 4.3.4. Deseo por la musculatura

En el caso del deseo por la musculatura, en el cuadro 4.9 se puede observar los porcentajes por sexo en los que se realizan estas prácticas o se tienen estas actitudes ya sea siempre o habitualmente. Se observa que los hombres tuvieron mayores porcentajes en comparación con las mujeres en todos los *ítems* a excepción del último (deseo de piernas más musculosas). En cuanto al porcentaje con puntuaciones por encima del punto de corte en la escala, se observó que 7.9 por ciento de la muestra completa presentaba DM. Diferenciándolo por sexo, 3.7 por ciento de las mujeres tuvieron DM, mientras que este porcentaje fue de 12.3 para los hombres.

Los *ítems* con mayores prevalencias en orden descendente fueron, para el sexo femenino: pensar que sus piernas no son lo suficientemente musculosas, les gustaría ser más musculosas y que sus brazos no son lo suficientemente musculosos. Para el caso del sexo masculino: primeramente que les gustaría ser más musculosos, piensan que se verían mejor con cinco kilogramos más y piensan que serían más fuertes con más masa muscular.

Cuadro 4.9. Porcentaje de prácticas y pensamientos de adolescentes relacionados con el deseo por la musculatura según su sexo.<sup>1</sup>

	Femenino N(%)		Masculino N(%)		Ambos N(%)	
	Habitualmente	Siempre	Habitualmente	Siempre	Habitualmente	Siempre
Te gustaría ser más musculoso/a	47(7.3)	53(8.3)	94(16.5)	134(23.5)	141(11.6)	187(15.4)
Levantas pesas para desarrollar más músculo	33(5.2)	27(4.2)	57(10.0)	52(9.1)	90(7.4)	79(6.5)
Utilizas proteínas o suplementos energéticos	9(1.4)	5(0.8)	11(1.9)	17(3.0)	20(1.7)	22(1.8)
Bebes batidos a base de proteínas o batidos para aumentar de peso	9(1.4)	6(0.9)	15(2.6)	19(3.3)	24(2.0)	25(2.1)
Tratas de consumir tantas proteínas como puedes en un día	10(1.6)	10(1.6)	23(4.0)	18(3.2)	33(2.7)	28(2.3)
Te sientes culpable si te pierdes una sesión de entrenamiento con pesas.	11(1.7)	18(2.8)	14(2.5)	24(4.2)	25(2.1)	42(3.5)
Piensas que tuvieras más confianza en ti mismo/a si tuvieras más masa muscular.	19(3.0)	41(6.4)	44(7.7)	34(6.0)	63(5.2)	75(6.2)
Otras personas piensan que haces pesas con demasiada frecuencia.	9(1.4)	4(0.6)	24(4.2)	11(1.9)	33(2.7)	15(1.2)
Te verías mejor si aumentarás 5 kilos de masa muscular.	16(2.5)	36(5.6)	33(5.8)	83(14.6)	49(4.1)	119(9.9)
Piensas acerca de tomar esteroides anabólicos.	0(0.0)	2(0.3)	3(0.5)	8(1.4)	3(0.3)	10(0.8)
Piensas que serías más fuerte si ganaras un poco más de masa muscular	16(2.5)	25(3.9)	44(7.7)	68(11.9)	60(5.0)	93(7.7)
Piensas que tu rutina de entrenamiento con pesas interfiere con otros aspectos de mi vida.	3(0.5)	11(1.7)	21(3.7)	16(2.8)	24(2.0)	27(2.2)
Piensas que tus brazos no son suficientemente musculosos.	21(3.9)	43(8.0)	43(7.5)	68(11.9)	64(5.3)	111(9.2)
Tu tórax no es suficientemente musculoso.	11(1.7)	26(4.1)	44(7.7)	47(8.3)	55(4.6)	73(6.1)
Tus piernas no son suficientemente musculosas.	46(7.2)	85(13.3)	35(6.1)	51(8.9)	81(6.7)	136(11.2)
DM <sup>2</sup> (%=casos con DM/total que contestó)	23/623 (3.7%)		70/554 (12.6%)		93/1,178 (7.9%)*	

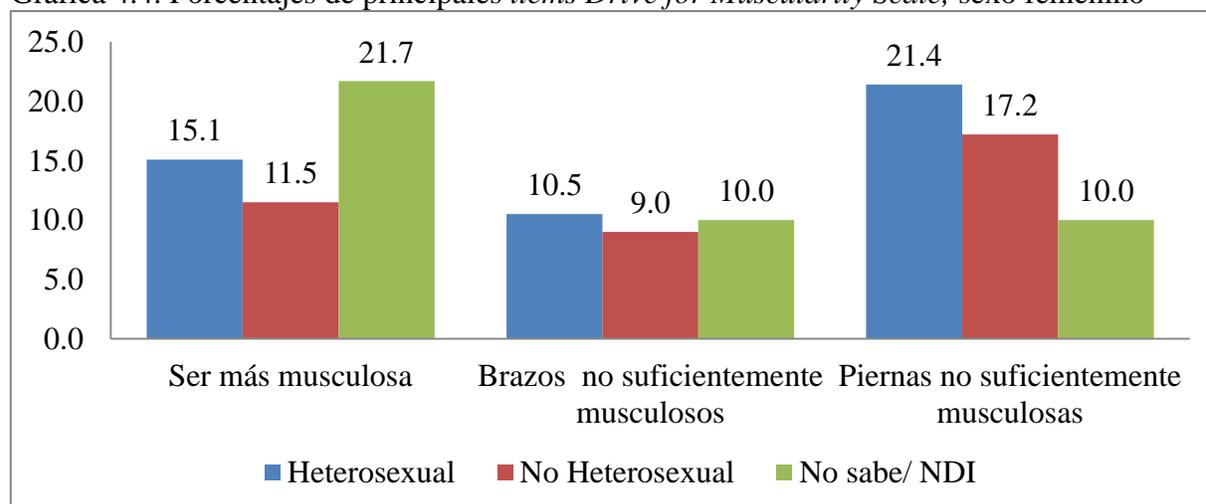
Fuente: Elaboración con datos propios.

\*Incluye a quien no reportó su sexo.

<sup>1</sup>El total para obtener el porcentaje fue de quienes contestaron cada pregunta. <sup>2</sup>Adolescentes que superaron el punto de corte ( $\geq 52$ ).

Los hombres no heterosexuales fueron quienes presentaron los porcentajes mayores en comparación a los demás grupos en todos estos ítems (gráficas 4.4 y 4.5). Sin embargo, como muestra el cuadro 4.10 el mayor porcentaje de DM se encontró entre los hombres heterosexuales.

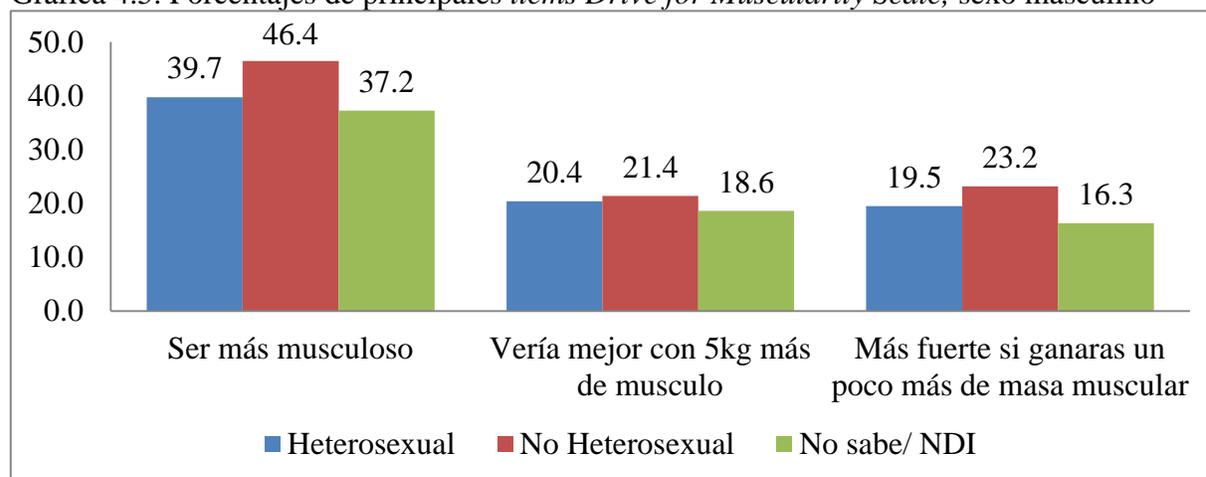
Gráfica 4.4. Porcentajes de principales *ítems Drive for Muscularity Scale*, sexo femenino



Fuente: Elaboración con datos propios.

\*Los porcentajes son con base en el total de cada grupo. En el grupo ambos sexos no heterosexuales, se incluye quienes no reportaron sexo.

Gráfica 4.5. Porcentajes de principales *ítems Drive for Muscularity Scale*, sexo masculino



Fuente: Elaboración con datos propios.

\*Los porcentajes son con base en el total de cada grupo. En el grupo ambos sexos no heterosexuales, se incluye quienes no reportaron sexo.

Cuadro 4.10. Porcentaje<sup>1</sup> de adolescentes con DM por sexo/OS.

	Femenino N(%)	Masculino N(%)	Ambos N(%)
Heterosexual	16(3.8)	56(13.0)	7(8.5)
No heterosexual	3(2.6)	5(9.1)	8(4.7)
No sabe/NDI	2(3.3)	5(11.9)	7(6.9)

Fuente: Elaboración con datos propios.

Nota: <sup>1</sup>El porcentaje está basado en el total de adolescentes que contestaron el *Drive for muscularity scale*; el numerador son los casos con DM y denominador es el total de cada grupo sexo/OS.

#### 4.3.5. Intensión de modificación corporal

De las 13 preguntas que se les hicieron a las y los adolescentes, las tres principales intenciones de modificación corporal fueron: para las adolescentes el uso de fajas para reducir cintura o abdomen, aumento de glúteos y liposucción; mientras que para los adolescentes fueron aumento de glúteos, otro tipo de modificación y el uso de fajas (Cuadro 4.11). El porcentaje más contrastante al compararlo entre sexos es en la intención de usar fajas, reportada por el 35 por ciento de las mujeres y el 3.9 por ciento de los hombres. En general 8.5 por ciento de los adolescentes reportaron al menos una IM. Este porcentaje fue de 13.9 por ciento entre las mujeres y 2.4 por ciento entre los hombres.

De las tres IM con mayor porcentaje, en lo que respecta a su presencia en cada grupo por OS, se observa en la gráfica 4.6 y 4.7 que el sexo femenino sin importar la OS reporta prevalencias más altas que el sexo masculino, además en el sexo femenino y masculino los no heterosexuales tuvieron porcentajes más altos que los heterosexuales. En cuanto al “otro tipo de modificación” que indican los hombres, se mencionaron cambios en la nariz (17.25%), seguidos de cirugía estética de brazo, rostro y cambio de sexo con 3.45 por ciento cada una.

Cuadro 4.11. Adolescentes que respondieron sí en IM por sexo.<sup>1</sup>

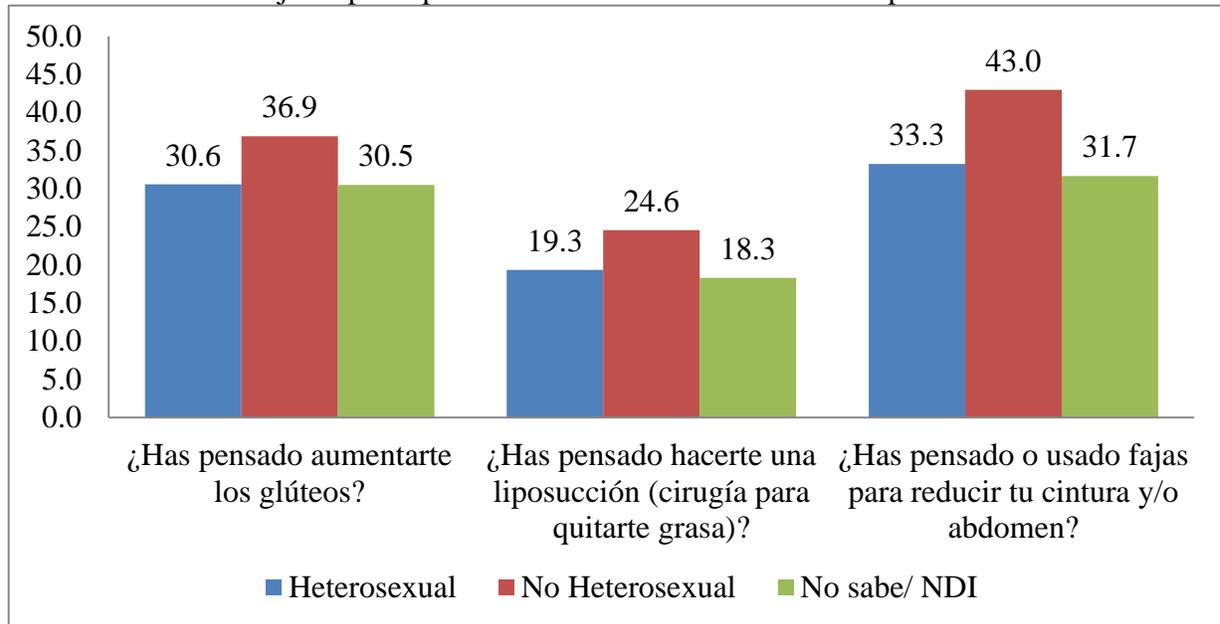
	Femenino N(%)	Masculino N(%)	Ambos N(%)
¿Has pensado aumentarte el busto?	99(15.5)	20(3.6)	119(9.9)
¿Has pensado disminuirte el busto?	58(9.1)	12(2.2)	70(5.8)
¿Has pensado aumentarte los glúteos?	202(31.7)	48(8.5)	250(20.8)
¿Has pensado disminuirte los glúteos?	17(2.7)	2(0.4)	19(1.6)
¿Has pensado hacerte una liposucción (cirugía para quitarte grasa)?	126(19.7)	18(3.2)	144(11.9)
¿Has pensado implantarte pectorales?	0(0.0)	7(1.2)	7(0.6)
¿Has pensado implantarte bíceps o tríceps?	0(0.0)	8(1.4)	8(0.7)
¿Has pensado implantarte pantorrilla?	9(1.4)	9(1.6)	18(1.5)
¿Has pensado implantarte cuádriceps (muslos)?	10(1.6)	7(1.2)	17(1.4)
¿Has pensado quitarte costillas para reducir la medida de tu cintura?	74(11.5)	7(1.2)	81(6.7)
¿Has pensado implantarte abdomen o six packs?	8(1.3)	9(1.6)	17(1.4)
¿Has pensado o usado fajas para reducir tu cintura y/o abdomen?	224(35.0)	22(3.9)	246(20.3)
¿Has pensado en algún otro tipo de modificación?	89(13.9)	30(5.3)	119(9.9)
IM <sup>2</sup>	89/642 (13.9%)	14/573 (2.4%)	103/1,217 (8.5%)

Fuente: Elaboración con datos propios.

Nota:<sup>1</sup>El porcentaje está basado en el total de personas que contestaron cada una de las preguntas, por sexo o ambos; <sup>2</sup>Adolescentes que por lo menos quieren una IM. El porcentaje conformado por el numerador son los casos con mínimo una IM y el denominador es el total de cada sexo que contestó.

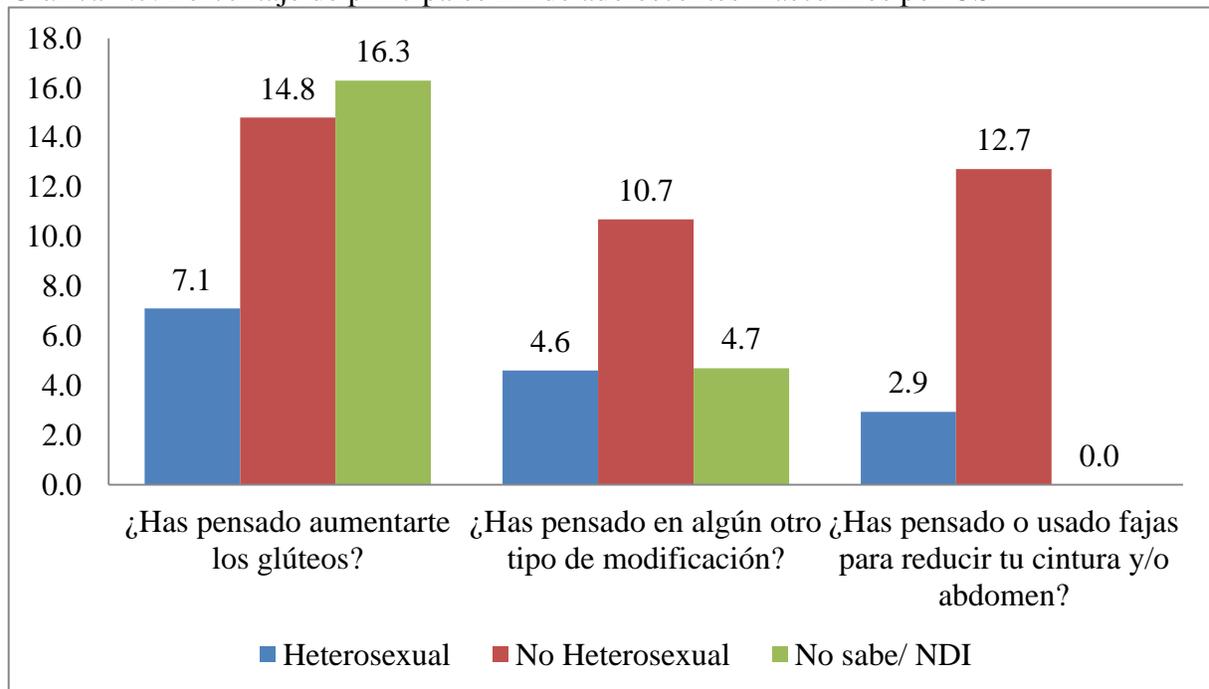
El mayor porcentaje de quienes tenían intención de al menos una modificación corporal se observó entre las mujeres no heterosexuales, seguidas de las mujeres heterosexuales, los hombres no heterosexuales y los hombres heterosexuales (cuadro 4.12).

Gráfica 4.6. Porcentaje de principales IM de adolescentes femeninas por OS



Fuente: Elaboración con datos propios.

Gráfica 4.7. Porcentaje de principales IM de adolescentes masculinos por OS



Fuente: Elaboración con datos propios.

Cuadro 4.12. Porcentaje de adolescentes por sexo/OS con IM.

	Femenino N(%)	Masculino N(%)	Ambos N(%)
Heterosexual	54(12.5)	9(2.0)	63(7.2)
No Heterosexual	24(19.7)	3(5.4)	27(14.8)*
No sabe/ NDI	8(13.3)	2(4.7)	10(9.7)

Fuente: Elaboración con datos propios.

Nota: El porcentaje está basado en el total de personas que contestaron cada una de las preguntas, por sexo o ambos. Adolescentes que por lo menos quieren una IM. El porcentaje conformado por el numerador son los casos con mínimo una IM y el denominador es el total de cada sexo que contestó.

\*Se incluye a las dos personas que no especificaron sexo.

#### 4.3.6. Relación de IIC con CAR, DM e IM

Uno de los supuestos en este estudio fue que la IIC, las CAR, el DM y la IM están relacionados entre sí. Para poder conocer la relación recíproca entre las diferentes condiciones estudiadas, se muestra una matriz de correlaciones (Cuadro 4.13). Se observa que las correlaciones son débiles (todas menores a 0.30). La correlación entre IIC y CAR, que fue positiva para mujeres y hombres; las correlaciones negativas obtenidas solo fueron entre CAR y DM tanto para hombres y mujeres (cuadro 4.13). Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas por lo menos a  $p < 0.10$  a excepción de IIC-DM en mujeres.

Cuadro 4.13. Matriz de correlación entre IIC, CAR, DM e IM en adolescentes por sexo.

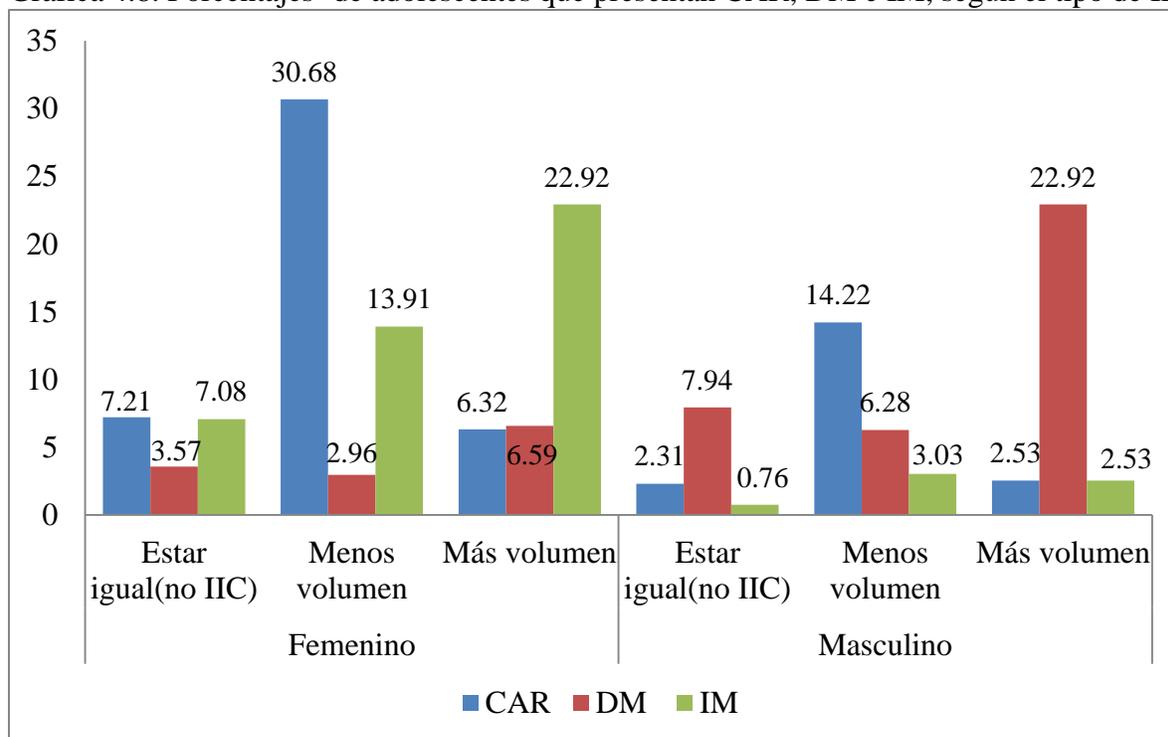
	Femenino				Masculino			
	IIC	CAR	DM	IM	IIC	CAR	DM	IM
<b>IIC</b>	1.00				1.00			
<b>CAR</b>	0.58****	1.00			0.42****	1.00		
<b>DM</b>	-0.04	0.22****	1.00		-0.19****	0.26****	1.00	
<b>IM</b>	0.13****	0.47****	0.27****	1.00	0.08*	0.35****	0.27****	1.00

Fuente: Elaboración con datos propios.

\* $p < 0.10$ ; \*\* $p < 0.05$ ; \*\*\* $p < 0.01$ ; \*\*\*\* $p < 0.001$

Para poder entender mejor la relación entre IIC y las CAR, el DM y la IM, es importante conocer el porcentaje de adolescentes que presentan las últimas tres condiciones según su tipo de IIC (gráfica 4.8). La mayor frecuencia de CAR se observó entre las mujeres que deseaban menos volumen corporal y la menor frecuencia entre los hombres que estaban satisfechos con su imagen corporal y los que deseaban mayor volumen. La mayor frecuencia de DM se observó entre los hombres que deseaban mayor volumen, y la menor frecuencia entre las mujeres que deseaban menor volumen. Por último, las IM fue más frecuente en las mujeres que deseaban más volumen y la menor frecuencia se observó en los hombres que estaban satisfechos con su imagen corporal (para conocer la frecuencia de cada una de las condiciones según sexo/OS e IIC véase anexo 6).

Gráfica 4.8. Porcentajes<sup>1</sup> de adolescentes que presentan CAR, DM e IM, según el tipo de IIC.



Fuente: Elaboración con datos propios.

<sup>1</sup>Para los porcentajes el numerador son los números de casos, el denominador es el total de ese grupo conformado por sexo/tipo de IIC/condición (CAR, DM, IM).

#### **4.4. Modelos predictivos sobre IIC, CAR, DM e IM**

Se realizaron tres diferentes modelos para cada una de las variables dependientes de interés (IIC, CAR, DM e IM), uno con ambos sexos, uno para mujeres y otro para hombres. En el cuadro 4.14 se presentan los coeficientes de la regresión logística multinomial para la asociación entre sexo, OS e IIC en la muestra completa, y entre OS e IIC en modelos estratificados por sexo. Para todos los modelos se llevaron a cabo pruebas de bondad de ajuste para elegir el modelo que fuera estadísticamente significativo (véase anexo 7).

Analizando los coeficientes obtenidos, se observa que ser mujer, el IMC y la OC no heterosexual, se asociaron con mayor posibilidad de presentar IIC deseando una figura de menor volumen. Al observar por sexo, tanto para el grupo de mujeres como para el de hombres un mayor IMC se asocia con mayor posibilidad de desear una figura de menor volumen, y sólo entre los hombres la OS no heterosexual continúa siendo estadísticamente significativa en ese sentido. En cuanto a la posibilidad de desear una figura con mayor volumen, ser mujer y un mayor IMC se asociaron con menor posibilidad de este tipo de IIC, lo mismo que la OS no sabe/NDI (esta última con  $p < 0.01$ ), mientras que una mayor edad se asoció con mayor posibilidad. La única diferencia por sexo en estas asociaciones se observó en que la OS no sabe/NDI se asoció con menor posibilidad de desear una figura con mayor volumen únicamente entre las mujeres.

Cuadro 4.14. Asociaciones de OS, escolaridad de los padres e IMC, con la condición tipos de IIC, en ambos sexos, sexo femenino y masculino. Con base en quienes no presentan IIC.

IIC	Ambos		Femenino		Masculino	
	Coef.	IC (95%)	Coef.	IC (95%)	Coef.	IC (95%)
Sin IIC	(base outcome)					
<b>IIC desean figura con menor volumen<sup>1</sup></b>						
Sexo <sup>2</sup>	1.09	(0.67, 1.51)****				
Edad <sup>3</sup>	0.12	(-0.28, 0.25)	0.12	(-0.43, 0.67)	0.07	(-0.52, 0.66)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	0.35	(0.27, 0.43)****	0.32	(0.21, 0.43)****	0.39	(0.28, 0.51)****
Orientación sexual <sup>4</sup>						
No heterosexual	0.72	(0.12, 1.32)**	0.45	(-0.25, 1.15)	1.37	(0.16, 2.58)**
No sabe y NDI	0.17	(-0.52, 0.87)	-0.06	(-0.95, 0.83)	0.46	(-0.64, 1.56)
Escolaridad padres <sup>5</sup>						
Preparatoria o más	0.07	(-0.46, 0.60)	0.01	(-0.75, 0.76)	0.16	(-0.61, 0.92)
_cons	-7.93	(-9.79, -6.08)****	-6.08	(-8.47, -3.69)****	-9.02	(-11.78, -6.26)****
<b>IIC desean figura con mayor volumen<sup>1</sup></b>						
Sexo <sup>2</sup>	-0.93	(-1.39, -0.46)****				
Edad <sup>3</sup>	0.71	(0.26, 1.16)***	0.66	(-0.05, 1.36)*	0.68	(0.10, 1.27)**
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	-0.35	(-0.44, -0.26)****	-0.33	(-0.49, -0.17)****	-0.35	(-0.47, -0.2)****
Orientación sexual <sup>4</sup>						
No heterosexual	-0.06	(-0.77, 0.66)	-0.35	(-1.28, 0.59)	0.46	(-0.76, 1.69)
No sabe y NDI	-0.79	(-1.64, 0.07)*	-2.12	(-4.26, 0.01)*	-0.26	(-1.33, 0.81)
Escolaridad padres <sup>5</sup>						
Preparatoria o más	0.08	(-0.65, 0.50)	-0.20	(-1.12, 0.71)	0.10	(-0.65, 0.84)
_cons	0.75	(5.48, 9.55)****	6.45	(3.24, 9.66)****	7.37	(-4.83, 9.91)****

Fuente. Elaboración propia.

\*p<0.1; \*\*p<0.05; \*\*\*p<0.01; \*\*\*\*p<0.001

Nota: Grupos de referencia <sup>1</sup>Sin IIC, <sup>2</sup>Masculino; <sup>3</sup>14 A 16 años; <sup>4</sup>heterosexual y; <sup>5</sup>Secundaria o menos.

Posteriormente se corrieron modelos de regresión logística con las CAR como variable dependiente. Se presentan datos para ambos sexos y por separado (cuadro 4.15). En este modelo se reportan las razones de momios (RM) de presentar CAR por encima del punto de corte. Se observa que ser mujer se asoció con tener 3.4 veces la posibilidad de presentar CAR ( $p < 0.001$ ). El aumento por unidad del IMC se asoció con 1.14 veces la posibilidad de presentar CAR en la muestra completa, 1.11 veces entre las mujeres y 1.24 veces entre los hombres. En la muestra general la OS no heterosexual se asoció con 1.95 veces la posibilidad de presentar CAR, y esta asociación se mantuvo en el sexo masculino, donde la OS no heterosexual se asoció con 4.8 veces la posibilidad de presentar CAR con una  $p < 0.001$ .

Cuadro 4.15. Asociaciones entre condiciones sociodemográficas, IMC, sexo y OS, y la presencia de CAR en adolescentes

	Ambos	Femenino	Masculino
CAR	RM IC (95%)	RM IC (95%)	RM IC (95%)
Sexo <sup>1</sup>	3.36 (2.13, 5.28)****		
Edad <sup>2</sup>	1.31 (0.87, 1.97)	1.15 (0.71, 1.85)	1.68 (0.73, 3.83)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	1.14 (1.09, 1.20)****	1.11 (1.05, 1.18)****	1.24 (1.12, 1.36)****
Orientación sexual <sup>3</sup>			
No heterosexual	1.95 (1.19, 3.18)***	1.52 (0.87, 2.66)	4.77 (1.82, 12.45)****
No sabe y NDI	0.94 (0.44, 2.02)	1.05 (0.46, 2.41)	0.67 (0.08, 5.34)
Escolaridad padres <sup>4</sup>			
Preparatoria o más	1.06 (0.61, 1.86)	0.90 (0.48, 1.69)	1.73 (0.49, 6.10)
_cons	0.00 (0.00, 0.01)****	0.02 (0.01, 0.10)****	0.00 (0.00, 0.00)****

Fuente. Elaboración propia.

\* $p < 0.1$ ; \*\* $p < 0.05$ ; \*\*\* $p < 0.01$ ; \*\*\*\* $p < 0.001$

Nota: Grupos de referencia <sup>1</sup>masculino; <sup>2</sup>14 a 16 años; <sup>3</sup>heterosexual y; <sup>4</sup>secundaria o menos.

Respecto a la presencia de DM (Cuadro 4.16), se observó que, en el modelo que engloba ambos sexos, las mujeres tuvieron 0.88 veces la posibilidad de presentar DM en comparación con los hombres. En el caso del sexo masculino, el hecho que los padres tuvieran escolaridad

de preparatoria o más se asoció con 2.5 veces la posibilidad de presentar DM ( $p<0.10$ ). La edad solo fue estadísticamente significativa con una  $p<0.10$  en el modelo general asociada a 0.65 veces más posibilidad de presentar DM. La OS no se asoció con el DM en estos análisis.

Cuadro 4.16. Asociaciones de presencia de DM de acuerdo con las condiciones sociodemográficas, OS e IMC en adolescentes.

DM	Ambos		Femenino		Masculino	
	RM	IC (95%)	RM	IC (95%)	RM	IC (95%)
Sexo <sup>1</sup>	0.22 (0.12, 0.42)****					
Edad <sup>2</sup>	1.65 (0.97, 2.82)*		1.97 (0.63, 6.21)		1.55 (0.85, 2.85)	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	0.92 (0.86, 0.99)**		0.97 (0.84, 1.12)		0.90 (0.83, 0.98)***	
Orientación sexual <sup>3</sup>						
No heterosexual	0.69 (0.28, 1.69)		0.87 (0.18, 4.23)		0.70 (0.23, 2.09)	
No sabe y NDI	0.92 (0.34, 2.45)		2.02 (0.40, 10.16)		0.69 (0.20, 2.40)	
Escolaridad padres <sup>4</sup>						
Preparatoria o más	1.44 (0.66, 3.13)		0.44 (0.13, 1.52)		2.51 (0.87, 7.21)*	
_cons	0.54 (0.09, 3.16)		0.08 (0.00, 4.46)		0.53 (0.07, 4.14)	

Fuente. Elaboración propia.

\* $p<0.1$ ; \*\* $p<0.05$ ; \*\*\* $p<0.01$ ; \*\*\*\* $p<0.001$

Nota: Grupos de referencia <sup>1</sup>masculino; <sup>2</sup>14 a 16 años; <sup>3</sup>heterosexual y; <sup>4</sup>secundaria o menos.

En cuanto a la IM (Cuadro 4.17), las mujeres tuvieron 6.3 veces la posibilidad de presentarla con respecto al sexo masculino. La edad tuvo relación positiva con la presencia de IM en ambos sexos. Entre las mujeres, las no heterosexuales tuvieron 1.8 veces la posibilidad de presentar IM en comparación con las heterosexuales, mientras que los hombres no heterosexuales tuvieron 3.92 veces la posibilidad de presentar IM en comparación con los heterosexuales, ambos con una  $p<0.10$ . En general quienes tenían entre 17 y 19 años tenían 2.56 veces la posibilidad de presentar IM ( $p<0.001$ ), al observar por sexo que las mujeres de esta edad tenían 2.2 veces más posibilidad ( $p<0.01$ ) y los hombres 9.2 veces más posibilidad de presentar IM ( $p<0.05$ ).

Cuadro 4.17. Asociaciones de presencia de IM de acuerdo con las condiciones sociodemográficas, OS e IMC en adolescentes.

IM	Ambos		Femenino		Masculino	
	RM	IC (95%)	RM	IC (95%)	RM	IC (95%)
Sexo <sup>1</sup>	6.33	(3.25, 12.36)****				
Edad <sup>2</sup>	2.56	(1.52, 4.31)****	2.19	(1.26, 3.83)***	9.22	(1.14, 74.52)**
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	0.96	(0.90, 1.03)	0.96	(0.89, 1.04)	0.97	(0.81, 1.17)
Orientación sexual <sup>3</sup>						
No heterosexual	2.14	(1.19, 3.87)**	1.80	(0.95, 3.40)*	3.92	(0.89, 17.29)*
No sabe y NDI	1.69	(0.74, 3.90)	1.32	(0.51, 3.44)	3.47	(0.63, 19.06)
Escolaridad padres <sup>4</sup>						
Preparatoria o más	0.78	(0.41, 1.49)	1.03	(0.49, 2.19)	0.29	(0.08, 1.07)*
_cons	0.04	(0.01, 0.23)****	0.23	(0.04, 1.42)	0.02	(0.00, 1.57)*

Fuente. Elaboración propia.

\*p<0.1; \*\*p<0.05; \*\*\*p<0.01; \*\*\*\*p<0.001

Nota: Grupos de referencia <sup>1</sup>masculino; <sup>2</sup>14 a 16 años; <sup>3</sup>heterosexual y; <sup>4</sup>secundaria o menos.

Por último, para evaluar si la IIC interviene como mediador para la presencia de CAR, DM e IM, se corrieron 9 modelos más (cuadros 4.18, 4.19 y 4.20), para verificar si los OR asociados a la OS disminuían al agregar esta condición como variable independiente. Se observa que en los primeros tres modelos al agregar la IIC como variable independiente el valor de las asociaciones disminuye tanto en las mujeres como en los hombres, dando evidencia de una posible mediación.

Cuadro 4.18. Asociaciones entre condiciones sociodemográficas, IMC, sexo, OS e IIC, y la presencia de CAR en adolescentes

CAR	Ambos		Femenino		Masculino	
	RM	IC (95%)	RM	IC (95%)	RM	IC (95%)
Sexo <sup>1</sup>	2.97 (1.83, 4.84)*****					
Edad <sup>2</sup>	1.38 (0.90, 2.11)		1.12 (0.69, 1.83)		2.35 (0.93, 5.99)*	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	1.07 (1.02, 1.14)**		1.06 (1.00, 1.13)*		1.10 (0.97, 1.25)	
Orientación sexual <sup>3</sup>						
No heterosexual	1.63 (0.98, 2.73)*		1.46 (0.82, 2.59)		2.54 (0.82, 7.84)	
No sabe y NDI	0.73 (0.33, 1.62)		0.97 (0.42, 2.24)			
Escolaridad padres <sup>4</sup>						
Preparatoria o más	0.97 (0.55, 1.70)		0.83 (0.43, 1.57)		1.61 (0.44, 5.89)	
IIC <sup>5</sup>						
Menos volumen	3.69 (1.82, 7.47)*****		3.64 (1.57, 8.46)***		3.52 (0.94, 13.16)*	
Más volumen	0.70 (0.26, 1.93)		1.11 (0.35, 3.53)		0.22 (0.02, 2.22)	
_cons	0.01 (0.00, 0.03)*****		0.03 (0.01, 0.16)*****		0.00 (0.00, 0.05)*****	

Fuente. Elaboración propia.

\*p<0.1; \*\*p<0.05; \*\*\*p<0.01; \*\*\*\*p<0.001

Nota: Grupos de referencia <sup>1</sup>masculino; <sup>2</sup>14 a 16 años; <sup>3</sup>heterosexual; <sup>4</sup>secundaria o menos; <sup>5</sup>sin IIC.

Cuadro 4.19. Asociaciones entre condiciones sociodemográficas, IMC, sexo, OS e IIC, y la presencia de DM en adolescentes

DM	Ambos		Femenino		Masculino	
	RM	(IC 95%)	RM	(IC 95%)	RM	(IC 95%)
Sexo <sup>1</sup>	0.32 (0.17, 0.62)*****					
Edad <sup>2</sup>	1.59 (0.92, 2.75)*		1.83 (0.57, 5.93)		1.50 (0.79, 2.82)	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	1.04 (0.95, 1.14)		1.04 (0.91, 1.20)		1.02 (0.91, 1.15)	
Orientación sexual <sup>3</sup>						
No heterosexual	0.88 (0.35, 2.19)		1.06 (0.21, 5.27)		0.88 (0.28, 2.74)	
No sabe y NDI	0.80 (0.27, 2.37)		2.47 (0.47, 13.07)		0.46 (0.10, 2.09)	
Escolaridad padres <sup>4</sup>						
Preparatoria o más	1.41 (0.64, 3.11)		0.48 (0.13, 1.71)		2.40 (0.82, 7.06)	
IIC <sup>5</sup>						
Menos volumen	0.54 (0.23, 1.26)		0.31 (0.07, 1.29)		0.70 (0.25, 1.99)	
Más volumen	2.52 (1.20, 5.27)**		1.36 (0.30, 6.15)		3.04 (1.25, 7.36)**	
_cons	0.03 (0.00, 0.29)***		0.03 (0.00, 0.81)**		0.02 (0.00, 0.38)***	

Fuente. Elaboración propia.

\*p<0.1; \*\*p<0.05; \*\*\*p<0.01; \*\*\*\*p<0.001

Nota: Grupos de referencia <sup>1</sup>masculino; <sup>2</sup>14 a 16 años; <sup>3</sup>heterosexual; <sup>4</sup>secundaria o menos; <sup>5</sup>sin IIC.

Cuadro 4.20. Asociaciones entre condiciones sociodemográficas, IMC, sexo, OS e IIC, y la presencia de IM en adolescentes

IM	Ambos		Femenino		Masculino	
	RM	IC (95%)	RM	IC (95%)	RM	IC (95%)
Sexo <sup>1</sup>	6.25	(3.12, 12.52)****				
Edad <sup>2</sup>	2.47	(1.45, 4.20)****	2.09	(1.19, 3.69)**	9.25	(1.11, 76.92)**
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	0.95	(0.88, 1.03)	0.97	(0.89, 1.06)	0.84	(0.66, 1.08)
Orientación sexual <sup>3</sup>						
No heterosexual	1.96	(1.07, 3.59)**	1.71	(0.88, 3.30)	2.67	(0.57, 12.52)
No sabe y NDI	1.70	(0.73, 3.96)	1.38	(0.52, 3.66)	3.15	(0.53, 18.54)
Escolaridad padres <sup>4</sup>						
Preparatoria o más	0.75	(0.39, 1.44)	1.02	(0.48, 2.17)	0.28	(0.07, 1.05)*
IIC <sup>5</sup>						
Menos volumen	2.60	(1.09, 6.20)**	2.28	(0.89, 5.83)*	6.21	(0.61, 63.53)
Más volumen	2.58	(1.00, 6.63)**	3.23	(1.15, 9.09)**	1.31	(0.12, 14.46)
_cons	0.02	(0.00, 0.21)****	0.10	(0.01, 0.80)**	0.17	(0.00, 56.12)

Fuente. Elaboración propia.

\*p<0.1; \*\*p<0.05; \*\*\*p<0.01; \*\*\*\*p<0.001

Nota: Grupos de referencia <sup>1</sup>masculino; <sup>2</sup>14 a 16 años; <sup>3</sup>heterosexual; <sup>4</sup>secundaria o menos; <sup>5</sup>sin IIC.

## 4.6. Hallazgos inesperados

En esta sección se describen algunas notas escritas por los estudiantes en el cuestionario, y que constituyeron hallazgos inesperados e interesantes.

### 4.6.1. Reacciones en el Test de siluetas

Algo que no se pretendía obtener en la investigación, fueron los comentarios de los/las adolescentes sobre las figuras corporales. En el apartado del test de figuras, al preguntar qué figura consideran que es ideal corporal en su sociedad (figuras: femenina y masculina) hubo

algunos casos en los cuales se indicaron los siguientes comentarios por parte de las personas encuestadas (cuadro 4.21).

Cuadro 4.21. Comentarios de los/las adolescentes (por sexo/OS) sobre figura ideal en la sociedad.<sup>1</sup>

Heterosexual	<p>“Todas son buenas pero es mejor estar saludable” (femenina, 18 años).</p> <p>“Todas me parecen bien” (femenina, 17 años).</p> <p>“Cualquiera está bien” (femenina, 17 años).</p> <p>“Cualquiera” (femenina, 16 años).</p>
No heterosexual	<p>“Ni tan delgada, ni tan llenita”; “Ni flaco ni gordo” (masculino, 17 años).</p> <p>“La que sea” (femenina, 16 años).</p> <p>“Ninguna” (masculino, 16 años).</p> <p>“No considero que haya una ideal” (masculino, 17 años).</p>
No sabe/no desea indicar OS	<p>“No me interesa como sea la persona físicamente” (femenina, 18 años).</p> <p>“No tengo problema con ninguna” (masculino, 18 años).</p>
OS reservada	<p>“No hay ninguna forma ideal en mi sociedad” (masculino, 16 años).</p>

Fuente: Elaboración con datos propios.

<sup>1</sup>Son todos los comentarios que plasmaron los/las adolescentes.

Todos los comentarios de las personas con OS heterosexual fueron del sexo femenino, de los no heterosexuales predominó el masculino. La tercera categoría de OS fue uno de cada sexo. En general, esto podría ser un indicio de que el discurso en contra de los estereotipos de género y el ideal estético están teniendo impacto positivo en los jóvenes, principalmente en las mujeres heterosexuales y los hombres no heterosexuales (en este estudio), por lo que sería conveniente en estudios futuros indagar sobre el tema.

#### 4.6.2. Descripción de Pansexual

Un resultado que no se esperaba encontrar, puesto que la escala de Kinsey utilizada para identificar la OS de los jóvenes, no incluye la categoría pansexual<sup>11</sup>, fue que una persona lo reportó por escrito en el instrumento. Se procede a describir las características de este caso.

Es un joven que se auto identifica con el sexo masculino, el cual reporta una edad de 16 años, nacido en Hermosillo, Sonora. Su IMC es 26.7kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso). Con respecto a las condiciones que se estudiaron, no presenta CAR, IIC, ni DM. Por el contrario sí indica un tipo de IM (disminución de busto; indicando por escrito: “para conseguir la masculinización del pecho”), también se detecta que presenta depresión.

Este caso es importante de reportar, debido a que en las investigaciones futuras podría ser útil no limitarse a las categorías de la escala Kinsey, sino incluir otras orientaciones o un ítem extra en el cual se pueda incluir/reportar cualquier otro tipo de OS que no aparezca escrita.

Como conclusión de éste capítulo, se puede decir con lo observado que las mujeres fueron en general quienes presentaron mayores prevalencias de IIC, CAR e IM, y los hombres quienes presentaron mayor prevalencia de DM. Al analizar las prevalencias por sexo/OS, el grupo que presentó mayor prevalencia de IIC, CAR e IM fueron las mujeres no heterosexuales, y el grupo con menor prevalencia de estas dos condiciones fueron los hombres heterosexuales. La mayor prevalencia de DM se observó en los hombres heterosexuales, y la menor prevalencia de esta condición en las mujeres no heterosexuales. Los modelos multivariados mostraron que tanto entre los hombres como entre las mujeres, la OS no heterosexual se asoció con mayor posibilidad de IIC e IM, mientras que la OS no heterosexual se asoció con mayor posibilidad de CAR sólo entre los hombres, la OS no se asoció con el DM. Los modelos que incluyeron la IIC como covariable muestran una posible mediación, donde la OS no heterosexual se asocia con IIC, y esta a su vez con CAR e IM, tal como se planteó en la mapa conceptual (Figura 1.1).

---

<sup>11</sup> La pansexualidad es una orientación sexual humana caracterizada por la atracción romántica o sexual hacia individuos independientemente de su género y/o sexo.

## **CAPITULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSION**

El objetivo principal de ésta investigación fue conocer la relación que existe ente IIC, CAR, DM e IM y la OS. A continuación se enlistan los principales resultados obtenidos en este sentido.

### **Representatividad de la muestra**

Se pudo encuestar al 86 por ciento de los alumnos inscritos en el plantel de estudio. Los alumnos que no participaron fueron aquellos que en la fecha de aplicación del cuestionario no acudieron a la escuela. Algunas de las posibles diferencias entre los alumnos que acudieron esos días y los que no lo hicieron, es que estos últimos podrían ser los mejores estudiantes (no les preocupa conocer su calificación porque ya saben que es buena) o, por el contrario, podrían ser quienes no son tan buenos estudiantes (no les preocupa en general la escuela). Por lo que hay que reconocer que esto podría representar un sesgo de selección de la muestra: si fuera el caso que los alumnos que no acudieron son aquéllos a los que no les preocupa la escuela o tienen un bajo rendimiento escolar, y considerando que el bajo rendimiento se asocia con problemas de salud mental, la prevalencia de IIC, CAR, DM e IM podría haber sido subestimada. Aunque también puede ser el caso de que estuvieran enfermos, no estaban en la ciudad en ese momento –foráneos-, entre otras causas.

### **Orientación sexual**

Los adolescentes reportaron diferentes OS: 75.5 por ciento exclusivamente heterosexual, 15.6% no exclusivamente heterosexual y el resto no sabía o no quiso responder a esta pregunta (8.9%). Estos datos difieren de los reportados en la Encuesta Nacional de Valores en Juventud (ENVAJ) 2012 en México, donde se indagó sobre la OS con la pregunta “¿cuál consideras que es tu orientación sexual?”. En esa encuesta, los/las adolescentes reportaron en 94.7 por ciento ser heterosexuales, seguido por los no heterosexuales (3.7%), y quienes no sabía o no respondió (1.7 %) (ENVAJ, 2012: 26). En esa misma encuesta, para la región que incluye al estado de Sonora y en el grupo de 15 a 19 años, 91.9 por ciento de las mujeres se

declararon heterosexuales y 88.4 por ciento de los hombres también, el porcentaje que se declaró no heterosexual fue de 4.1 y 5.5 por ciento para mujeres y hombres, respectivamente, y por último quienes no supieron o no quisieron contestar su orientación sexual fueron cuatro por ciento de las mujeres y seis por ciento de los hombres. Estos datos se acercan un poco más a los encontrados en esta investigación, pero aun así sigue habiendo una gran brecha entre ambos estudios. Con ello podemos ver la importancia de estudiar esta característica de los jóvenes, pues hay muy pocas bases de datos que nos indiquen la OS y que tengan representatividad estatal o municipal (la ENVAJ la tiene a nivel nacional, regional y por corte rural/urbano).

Una de las posibles explicaciones de que el porcentaje de jóvenes que declaró una OS no heterosexual haya sido mayor en este trabajo en comparación con la ENVAJ es que esta última encuesta se realiza en los hogares y cara a cara, donde las preguntas son leídas a las y los jóvenes y en algunos de los casos pueda haber personas presentes, lo cual puede influir en la omisión de algunas respuestas o sesgar esa información. En este trabajo, las y los adolescentes respondieron de forma individual las preguntas, lo cual les pudo generar más confianza al momento de responder, además de que tenían la certeza de que su respuesta sería anónima y nadie más la vería en ese momento. También puede deberse a que la pregunta y las opciones de respuesta fueron diferentes. Además, la ENVAJ es una encuesta de hace seis años, y es posible que en ese periodo haya habido un cambio en las preferencias sexuales o la facilidad de declararlas. Por último, otra diferencia puede deberse a que la ENVAJ considera a la población general de jóvenes, incluyendo a los no escolarizados, mientras que en este trabajo se tienen datos únicamente de adolescentes que asisten a la escuela.

### **Insatisfacción con la imagen corporal**

De acuerdo con los resultados, la IIC se presenta en prevalencias similares tanto para el sexo femenino como el masculino. Lo que varía según el sexo es el tipo de IIC, ya que las mujeres presentaron una prevalencia mayor que los hombres de desear una figura de menor volumen. Por el contrario, los hombres presentaron una mayor prevalencia que las mujeres de desear una figura con mayor volumen.

De los encuestados, 66.6 por ciento de las mujeres y 41.2 por ciento de los hombres deseaba una figura con menos volumen, datos similares a los reportados en un estudio en México donde los resultados para mujeres y hombres fueron 69 y 39 por ciento (Unikel, Díaz de León, y Rivera, 2016). Esto nos muestra que el ideal estético de la delgadez está presente en ambos sexos, de diferente manera pero aun así muy presente.

Sánchez y Navarrete (2012), que aplicaron un test de siluetas para evaluar la IIC (el mismo test utilizado en esta investigación) en una muestra de estudiantes de secundaria y preparatoria (12-17 años) en España, encontraron que los hombres estuvieron más insatisfechos con su apariencia física y presentaban ligeramente mayor distorsión de su imagen en comparación con las mujeres, ya que percibían una figura más delgada a la que tenían en realidad y deseaban una figura con mayor volumen. Aunque en esta investigación no se pretendía encontrar tales datos, es importante mostrar otro panorama de la situación, lo que contradice las hipótesis planteadas y se explican mediante las teorías expuestas. El hecho de que los hombres en el estudio citado hayan reportado mayor IIC que las mujeres, puede deberse a algún tipo de situación o características específicas de ese grupo estudiado, alguna situación de estrés, presión social o cualquier otro aspecto.

Entre los hombres, se encontró que 76.6 por ciento presentaba IIC, resultados similares (72%) a los encontrados en una investigación en la capital del país con adolescentes (Gómez-Peresmitré, Tafoya, Granados, Jáuregui y Unikel, 2001). Sin embargo, mientras que en esa investigación se encontró que los hombres principalmente deseaban una figura con mayor volumen, en ésta el mayor porcentaje deseaba una figura con menor volumen (41.3%). El porcentaje de adolescentes masculinos que reportaron desear una figura con mayor volumen fue 35.4 por ciento, porcentaje muy similar al reportado en una investigación con adolescentes entre 14 y 18 años en Guatemala (Carrillo, 2016).

Los hombres y mujeres no heterosexuales presentaron mayor prevalencia de IIC en comparación con sus pares heterosexuales. Resultados similares se encontraron en hombres en la revisión de Duggan y McCreary (2004). En cambio, para las mujeres este dato es contrario a lo reportado en un estudio con adolescentes de 12 a 19 años en Noruega (Wichstrøm, 2006).

Mientras que 86.8 por ciento de los que presentan IIC del sexo masculino se identificó como no heterosexual, en un estudio con universitarios los resultados fueron menores, 65%. Esto puede deberse a que los niveles más altos de IIC frecuentemente se encuentran en edades menores. Mientras que 77 por ciento de los heterosexuales presenta IIC, en ese mismo estudio mencionado fueron 35 por ciento (Toro-Alfonso, Nieves Lugo y Borrero Bracero, 2010).

El 82 por ciento del sexo femenino presenta IIC. Si se analiza por IMC, el 92 por ciento de quienes tienen sobrepeso presentan IIC; dato que sobrepasa a más del doble de lo reportado en mujeres latinoamericanas entre 13 y 17 años. Para las mujeres que tenían obesidad, un 96.5 por ciento presentaban IIC; casi tres veces lo encontrado en el mismo estudio de latinoamericanas. Aunque los datos son distintos, se coincide que a mayor IMC mayor presencia de IIC (Rodríguez y Cruz, 2008). En el caso de los hombres, los no heterosexuales presentaron mayor IIC que los heterosexuales, este dato concuerda con lo reportado en el estudio de Pope et al., (2000).

### **Conductas alimentarias de riesgo**

De los adolescentes participantes en esta investigación, el 15.5 por ciento presenta CAR; (22.7 por ciento de las mujeres y 7.6 por ciento de los hombres). Estos datos son superiores a los reportados por la ENSANUT 2012, donde el 1.3 por ciento de los adolescentes de 10 a 19 años presentaron CAR (1.9% de las mujeres y 0.8% de los hombres) (Gutiérrez, J.P., et al., 2012). En la ENSANUT 2006, que utilizó el mismo punto de corte que este trabajo, las prevalencias de CAR fueron de 0.7 por ciento para todos los adolescentes de 10 a 19 años, de 0.9 por ciento para las mujeres y de 0.4 por ciento para los hombres (Gutiérrez, J.P., et al., 2012).

El hecho de que en este trabajo se hayan encontrado prevalencias mayores, puede deberse a que la ENSANUT es una encuesta que capta a población más diversa en términos de nivel socioeconómico, así como población rural y urbana, e incluye también población no escolarizada. Además, es una encuesta en hogares con aplicación cara a cara, lo que puede llevar a algunas personas a omitir información por miedo a ser juzgadas por el otro o simplemente el no sentir la confianza de decirlo. En el caso de ser población de mayor rezago

social, puede disminuir la presencia de CAR, ya que en los grupos de mayor estrato social es en lo que se documentan mayores prevalencias de ésta condición en los jóvenes.

Tomando en cuenta lo que mencionan algunos autores: “el hecho de que la población femenina sea la más afectada viene, una vez más, a subrayar el importantísimo papel de la cultura occidental y los modelos estéticos corporales en la estimulación y el mantenimiento de los trastornos alimentarios” (Merino, Pombo y Godás, 2001). Es decir, los problemas alimentarios afectan principalmente a las mujeres debido a la occidentalización y con ello los modelos estéticos que imperan, lo que hace que los problemas alimentarios sigan presentes día con día e incluso vayan en aumento. La mayoría de los estudios mencionan los problemas de alimentación solamente en mujeres, pero hay que tener en cuenta que no es exclusivo de ellas.

Las principales CAR de los adolescentes tanto mujeres como hombres son preocupación por engordar y ejercicio para bajar de peso. Estos datos son similares a los reportados en la ENSANUT 2012, donde una de las principales CAR en adolescentes fue la preocupación por engordar (Gutiérrez, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Villalpando-Hernández, Franco, Cuevas-Nasu, Romero-Martínez y Hernández-Ávila, 2012).

La prevalencia de CAR fue mayor entre quienes se identificaban con una OS diferente a la heterosexual. Estos datos coinciden con lo mencionado en un estudio según el cual entre los jóvenes de minorías sexuales hay una prevalencia mayor en comparación con sus pares heterosexuales (Watson, Saewyc, Homma y Goodenow, 2017).

## **Deseo de modificación corporal**

### **Deseo por la musculatura**

Siete punto nueve por ciento de los adolescentes presentó DM (3.7 por ciento de las mujeres y 12.6 por ciento de los hombres). Este resultado concuerda con otros que muestran que los hombres presentan mayor DM que las mujeres, aunque la presencia de DM en los últimos años se ha observado también en las mujeres (McCreary y Sasse 2000). Incluso, un estudio con universitarios mexicanos mostró que hombres y mujeres presentaban casi la misma proporción de DM (13.3 y 13.8 por ciento respectivamente) (Unikel, Díaz de León, y Rivera,

2016). La prevalencia en el sexo femenino es similar a la encontrada en un estudio de jóvenes no usuarios de gimnasio, la cual fue dos por ciento, mientras que en el caso de los hombres difiere, ya que en el mismo estudio tuvieron DM un cuatro por ciento, cifra muy por debajo de encontrado en este estudio. Los resultados encontrados en los hombres de este estudio, casi llegan a ser compartidos con quienes son usuarios de gimnasio (Barrientos Martínez, et al., 2014).

Los hombres y mujeres no heterosexuales presentaron menor prevalencia de DM en comparación con sus pares heterosexuales. Este último dato es contrario a lo encontrado en un estudio donde los hombres no heterosexuales reportaron mayor DM (Pope et al., 2000), pero similar a otro en el que en ambos sexos, la prevalencia de DM es mayor en adolescentes heterosexuales (Calzo et al., 2013).

La principal práctica o pensamiento de los jóvenes respecto a la escala de musculatura aplicada fue que les gustaría ser más musculosos/as. Para las mujeres, las siguientes dos fueron pensar que sus piernas y brazos no eran lo suficientemente musculosas; mientras que para los hombres fueron pensar que se verían mejor con 5kg de músculo y pensar que serían más fuertes con más masa muscular. Esto contrasta con lo mencionado por Olivardia y colaboradores (2016), quienes dicen que los hombres tienen una mayor preocupación por la musculatura e interés en las regiones como el hombro, el pecho y los brazos.

### **Intensión de modificación corporal**

En esta investigación se encontró que el 8.5 por ciento de los adolescentes (13.9 por ciento de las mujeres y 2.4 por ciento de los hombres) presentan IM. En el caso del sexo femenino, esta prevalencia está muy por debajo de la reportada en estudiantes universitarias de Nayarit (66 por ciento) (Figuroa y Careaga, 2013). En cuanto a los hombres, vale la pena recordar que de acuerdo con un estudio en Brasil cada vez más de ellos se hacen cirugías o modificaciones corporales (Lettieri, G., 2015: 528-529). En cuanto a la diferencia por sexo, el dato concuerda con que “de cada 10 cirugías para rejuvenecer, nueve son para mujeres y una para varones” (Fuente del Campo, 2018).

Las principales IM de los adolescentes son: aumentarse los glúteos, realizarse la liposucción y usar fajas para reducir cintura. El sexo femenino es quien presenta las mayores prevalencias en estas tres IM en general y respecto al sexo masculino. Los resultados difieren un poco de los encontrados en un estudio mexicano ya que para las mujeres las modificaciones más solicitadas son corrección de nariz, aumento de senos y lipoescultura y los hombres buscan cirugías de nariz, orejas y liposucción de zonas donde se acumuló la grasa (Fuente del Campo, 2018). Son aspectos principalmente de cirugías faciales las cuales también reportaron los jóvenes de este estudio cuando indicaron que otro tipo de modificación/es se realizarían y la principal fue de nariz y el quitar gasa de las mejillas (Bichectomía).

El grupo de personas que se identificaron como no heterosexuales, registra mayores prevalencias que sus pares heterosexuales para ambos sexos.

### **Asociaciones entre las variables de interés**

Al igual que en otros estudios, en este se observó que el sexo femenino se asoció con mayor posibilidad de presentar IIC, CAR e IM (Fuente del Campo, 2018; Saucedo-Molina y Unikel Santoncini, 2010), y el sexo masculino con mayor posibilidad de DM.

Por otra parte, aunque los datos no fueron estadísticamente significativos, la OS no heterosexual se asoció con mayor posibilidad de IIC e IM en ambos sexos, y con mayor posibilidad de CAR en hombres, a diferencia de lo reportado por otros autores, la OS no heterosexual se relaciona con mayor posibilidad de desear músculos tonificados y definidos que los participantes completamente heterosexuales (Calzo et al, 2013).

No se observó asociación entre la OS y el DM. Esto puede deberse a que en los resultados obtenidos con los cruces bivariados se muestra que tanto mujeres como hombres heterosexuales son quienes presentan mayores porcentajes de DM en sus grupos. Por lo tanto el no ser heterosexual puede no representar una asociación positiva y significativa en la presencia de DM.

Un aspecto importantes es que, sólo se encontró asociación OS (no heterosexual)-CAR en hombres, esto puede deberse a que ellos buscan obtener principalmente una figura más delgada, mientras que, como se observa en los resultados bivariados, los hombres heterosexuales son quienes presentan principalmente un deseo por un cuerpo con mayor volumen y los no heterosexuales desean un cuerpo con menor volumen.

Se observó también que la IIC mediaba en la asociación entre CAR, DM e IM. El hecho de que la IIC funcione como mediadora, indica que cuando ésta está presente, aumenta la probabilidad de que se presente las CAR, DM e IM en los adolescentes, ya que si no se presenta insatisfacción con la imagen corporal ¿por qué realizar conductas/acciones/actitudes para ser más delgado/a o musculoso/a o cambiar la silueta del cuerpo? Es decir, una persona que se sintiera a gusto con su cuerpo o su imagen no buscaría cambiarlo.

Lo que principalmente hay que conocer para poder deducir si puede o no existir presencia de CAR, DM e IM en las personas (por lo menos en los adolescentes), es necesario conocer primero si está presente la insatisfacción con la imagen corporal o no. Es decir, incidir sobre la imagen corporal sería una buena política para la prevención de dichas condiciones aquí estudiadas.

## **Conclusión**

A manera de conclusión, cabe destacar que el poder tener un panorama (aunque no generalizable) de los adolescentes de nivel preparatoria sobre lo que refiere al cuerpo y las medidas que llevan a cabo para poder lograr su ideal, permite poder tomar acciones en el campo. Además, se pueden crear programas que muestren la importancia de un cuerpo sano, más que de un cuerpo idealmente estético (ya sea el deseado por mujeres u hombres) y así evitar o disminuir la prevalencia de IIC. Otro punto importante es que, el hecho de que las prevalencias de insatisfacción corporal son muy altas, puede ayudar a regular los mensajes en los medios de comunicación y moda para evitar que muestren ideales inalcanzables e irreales en la sociedad.

Con lo que respecta a las preguntas de investigación, es que para la primera: ¿Qué asociaciones existen entre IIC, CAR, DM e IM en una muestra de adolescentes estudiantes de nivel preparatoria en Hermosillo, Sonora?, la asociación entre las condiciones estudiadas es positiva, a excepción de la relación IIC-DM. Esto puede deberse a que la mayoría de los adolescentes que presentaban IIC principalmente deseaban una figura de menor volumen.

Para la segunda pregunta, ¿La frecuencia de estas condiciones, y su asociación, varían de acuerdo al sexo y orientación sexual (OS) de los adolescentes?, las asociaciones son mayores en el sexo femenino que en el masculino a excepción de las relaciones con DM. Este caso, puede ser debido a que la IIC, CAR, IM principalmente fueron reportadas con el fin de desear una figura más delgada.

En el caso de las hipótesis planteadas, los resultados obtenidos dieron pie a la aceptación de éstas, ya que como se menciona en la primera de éstas:

1.1) la IIC, CAR e IM son más frecuentes en adolescentes de sexo femenino (82%), en comparación con los de sexo masculino (76.6%);

1.2) el DM es más frecuente en adolescentes de sexo masculino (12.6%), en comparación con los de sexo femenino (3.7%).

1.3) la IIC, CAR, DM e IM son más frecuentes en adolescentes con OS no heterosexual, en comparación con aquellos con OS heterosexual (tanto en mujeres y hombres se presenta mayor IIC para las/los no heterosexuales 83.2% y 86.8% respectivamente, mientras que en las/los heterosexuales 81.7% y 77% respectivamente.

2.1) La IIC en adolescentes tiene una asociación positiva con las CAR, DM e IM y, 2.2) la asociación positiva entre IIC y CAR, DM e IM está presente, independientemente del sexo y OS del adolescente. Este punto lo podemos constatar a lo largo de la obtención de los resultados puesto que la IIC interviene en la aparición de CAR, DM e IM al analizarlo como un mediador en los modelos predictivos.

Otro caso es, el de las CAR puesto que normalmente hay tratamientos para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pero no para su prevención y el poder prevenir las CAR en adolescentes puede ayudar a erradicar o disminuir la aparición de los TCA. Por último tenemos el conocer prevalencias del DMC que en este estudio engloba el DM e IM.

El conocer el DM en jóvenes y en qué medida se presenta en ellos, puede ayudar a tomar las medidas necesarias y realizar acciones mediante las cuales se prevenga que éste avance y pueda desencadenar en un trastorno del comportamiento, tal es el caso de la vigorexia que se caracteriza por la obsesión de conseguir un cuerpo musculoso. Pudiendo considerar al DM como un indicio o el desarrollo de desencadenar en ello.

Al final, al conocer que en edades tan jóvenes se tiene la intención de llevar a cabo una modificación corporal, da una alerta para la formación de médicos que no permitan ni realicen procedimientos estéticos en menores de edad (aun con consentimiento de los padres) ya que su cuerpo aún está en desarrollo. Por otra parte, debe buscarse el regular y tener mucho mejor monitoreados a los lugares que ofrezcan estos tipos de procedimientos estéticos, evitando prácticas insalubres que pongan en riesgo la vida de los demás.

### **Limitaciones y fortalezas**

Tomando en cuenta todo lo visto en esta Tesis, me permito mencionar algunas limitaciones y fortalezas y recomendaciones para investigaciones futuras en estos temas. La principal fortaleza de ésta investigación es que son datos recientes, de los cuales se puede tomar el panorama de los adolescentes a nivel preparatoria. Es uno de los pioneros en estos temas en conjunto en el estado de Sonora. Con ello se puede plantear alguna posible política de salud para los adolescente, para evitar las prácticas alimentarias inadecuadas, el poder fomentar talleres de auto percepción con el fin de aceptarse tal cual es y así poder evitar la IIC y con ello los problemas que de ahí se arraigan.

Las principales limitaciones de ésta investigación, fueron que por el presupuesto y el poco tiempo, la recolección solo se llevó a cabo en una escuela. Además, de que ser un estado en donde aún el tema sobre sexualidad y diversidad sexual es tabú. No es una muestra que pueda

ser representativa a nivel nacional. Otro aspecto limitante en esta investigación, es que los jóvenes no tienen bien identificadas las diferentes OS. Por lo cual sería importante el educar e informar a los jóvenes sobre el tema.

En las futuras investigaciones, sería importante que se realizaran este tipo de estudios con más escuelas, para poder obtener un panorama mucho más general de todo un estado (por lo menos, si no es posible a nivel nacional). Otra parte que sería muy importante desarrollar, es el análisis cualitativo, para poder conocer el porqué de estas condiciones en los adolescentes. Conociendo todas estas interrogantes, se puede detectar a tiempo la IIC, las CAR y el DMC y así crear acciones o políticas públicas enfocadas a todos y cada uno de los adolescentes y poder evitar que estas condiciones vayan más allá y puedan desencadenar trastornos de la conducta alimentaria, alguna vigorexia en el caso del DM o incluso en la IM llegar al punto de poner en riesgo la vida solo por buscar obtener una figura ideal para la sociedad.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association. (2017). *Orientación sexual y [sic] identidad de género*. Washington, DC. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>
- Ardila, R. (1998). Homosexualidad y psicología. *El Manual Moderno*.
- Austin, S.B., Ziyadeh, N.J., Corliss, H.L., Rosario, M., Wypij, D., Haines, J., Camargo Jr., C.A., y Field, A.E. (2009). Sexual Orientation Disparities in Purging and Binge Eating From Early to Late Adolescence. *Journals Adolescents Health; 45*(3), 238–245. Recuperado de <http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC2731705/>
- Baile, A.J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián. *Revista de Humanidades, 2*, 53-70. Recuperado de [http://www.unedtudela.es/archivos\\_publicos/qweb\\_paginas/4469/revista2articulo3.pdf](http://www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb_paginas/4469/revista2articulo3.pdf)
- Baile, A.J., Guillén Grima, F., y Garrido Landívar, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): Efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*(3), 439-450.
- Barrientos, M.N., Escoto, C., Bosques, L.E., Enríquez Ibarra, J., y Juárez Lugo, C.S. (2014). Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasio. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios; 5*, 29-38.
- Bautista, D.M., Galván, J.A., Martínez, F.I., Álvarez, R.A., y García, C.R. (2017). Ideal Corporal Masculino: Percepciones De Estudiantes Universitarios De Nutrición. *European Scientific Journal, 13*(26). [doi.org/10.19044/esj.2017.v13n26p1](https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n26p1)
- Bayer, V., Robert-McComb, J.J., Clopton, J.R., y Reich, D.A. (2017). Investigating the influence of shame, depression, and distress tolerance on the relationship between internalized homophobia and binge eating in lesbian and bisexual women. *Eating Behaviors; 24*: 39–44.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 48*(4), 319-334.
- Berbert de Carvalho, P.H., da Costa, O.F., Mockdece, C., Filgueiras, J., Valverde, V., y Caputo, M. (2016). Busca pela "muscularidade" e variáveis associadas em adultos jovens. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 22*(2).
- Berengüí, R., Castejón, M.A., y Torregrosa, M.S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7*(1), 1-8.
- Bergstrom, R.L. y Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: An integrative review of the literature. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 975-1000.
- Bojórquez, C.I., Saucedo, M.T., Juárez, G.F., y Unikel, S.C. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cadernos de Saúde Pública, 29*(1), 29-39.
- Boone, L. y Soenens, B. (2015). In double trouble for eating pathology? An experimental study on the combined role of perfectionism and body dissatisfaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 47*, 77-83.

- Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., y Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, 59, 531-540. [doi.org/10.1016/j.appet.2012.06.015](https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.06.015)
- Borda, P.M., Alonso, S.M., Martínez, G.H., Meriño, D.E., Sánchez, A.J., y Solano, G.S. (2016). Percepción de la imagen corporal y su relación con el estado nutricional y emocional en escolares de 10 a 13 años de tres escuelas en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 32(3), 472-482.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinción*. París: Les Éditions de Minuit. Traducido al español. Madrid: *Taurus*. 1998.
- Bourdieu, P. (1980). Le Sens Pratique, 246-247, 333-461.
- Boschi, V., Siervo, M., D’Orsi, P., Margiotta, N., Trapanese, E., Basile, F.,... Falconi, C. (2003). Body composition, eating behavior, food-body concerns and eating disorders in adolescent girls. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 47, 284-293.
- Calzo, J.P., Corliss, H.L., Blood, E.A., Field, A.E., y Austin, S.B. (2013). Development of Muscularity and Weight Concerns in Heterosexual and Sexual Minority Males. *Health Psychology*, 32(1), 42–51.
- Calzo, J.P., Blashill, A.J., Brown, T.A y Argenal, R.L. (2017). Eating disorders and disordered weight and shape control behaviors in sexual minority populations. *Argenal Current Psychiatry Reports*, 19(8) , 49. doi:10.1007/s11920-017-0801-y.
- Calzo, J.P., Masyn, K.E., Corliss, H.L., Scherer, E.A., Field, A.E. y Austin, S.B. (2015). Patterns of body image concerns and disordered weight- and shape-related behaviors in heterosexual and sexual minority adolescent males. *Developmental Psychology*; 51, 1216–1225. First study of its kind to identify distinct patterns of body image concerns and disordered eating behaviors in heterosexual and sexual minority males across adolescence.
- Carrillo, D.V. (2001). *La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa* (Tesis de Doctorado). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 760 pp.
- Carrillo, L.S. (2016). *Insatisfacción y distorsión de la silueta en adolescentes* (Tesis de Maestría). Universidad Rafael Landívar, La antigua Guatemala.
- Castañeda, M. (1999). *La experiencia homosexual*. México: *Paidós*.
- Chisuwa, N., y O’Dea, J.A. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literatura. *Appetite*, 54, 5–15.
- Cid, A.M., Pérez, P.R., y Sáez, C.K. (2011). Orientación sexual en los adolescentes y su asociación con variables demográficas, socioconductuales y sexuales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(2), 74-80.
- Coelho, E.M., Padez, C., Moreira, P., Rosado, V., y Mourão, C.I. (2013). BMI and self-perceived body shape in Portuguese children. *Revista Psicologia del Deporte*, 22,371-6.
- Cordeiro, D. (2015). As muitas considerações para a cirurgia plástica em adolescentes [Mensaje de un Blog Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica]. Recuperado de <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/blog/as-muitas-consideracoes-para-a-cirurgia-plastica-emadolescentes>
- Cortés, A., Pérez, D., Aguilar, J., Valdés, M., y Tabeada, B. (1998). Orientación sexual en estudiantes adolescentes. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 14, 450-454.

- Cristancho, A.P., López de Arco, S., y Liévano, F.M. (2015). Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años, de un colegio privado, Chía, Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 17-26.
- Crowther, J.H. y Williams, N.M. (2011). Body image and bulimia nervosa. En T. F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice and Prevention* (pp. 288 -295). New York: The Guilford Press.
- Cruz, R.M., Ávila, M.L., Velázquez, H.J. y Estrella, D.M. (2013). Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 37-44.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455-473.
- Cruzat, C.V., Haemmerli, C.V. y García, A.L. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria: reflexionando en torno a las variables socioculturales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentario*,; 3, 54-61.
- Cuadrado, C., Carbajal, A. y Moreiras O. (2000). Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(1), 65-68.
- Dakanalis, A., Di Mattei, V. E., Bagliacca, E. P., Prunas, A., Sarno, L., Riva, G., et al. (2012). Disordered eating behaviors among italian men: objectifying media and sexual orientation differences. *Eating Disorders*, 20(5), 356-367.  
[doi.org/10.1080/10640266.2012.715514](https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715514)
- De Arco, P.S., López y Liévano, F. (2014). Conductas alimentarias asociadas a TCA en estudiantes universitarios que asisten a un centro de formación deportiva. *Revista Iberoamericana De Psicología: Ciencia Y Tecnología*, 7(2), 29-38.
- Diverio, I. (2007). La adolescencia y su interrelación con el entorno. *Instituto de la juventud*. Madrid.
- Dolan, B., y Gitzinger, I. (1994). *Why women? Gender issues and eating disorders*. London: Athlone Press.
- Douglas, M. (1979). *Implicit Meanings: Essays in Anthropology*. Londres: *Routledge*.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales: exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- Douglas, M. (1991). *Pureza y peligro: análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- Duggan, S., y McCreary, D. (2004). Body Image, Eating Disorders, and the Drive for Muscularity in Gay and Heterosexual Men, *Journal of Homosexuality*, 47, 3-4 y 45-58,  
[doi.org/10.1300/J082v47n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J082v47n03_03)
- Encuesta Nacional de Valores en Juventud –ENVAJ- . (2012). Resultados Generales. México, IMJUVE-III, UNAM. (2012). Área de Investigación Aplicada y Opinión. *Encuesta nacional en vivienda de 5000 casos*. México: 57pp.
- Escoto, M. C., Alvarez, G., Bedolla, G., Velázquez, B., Yáñez, K. y Mancilla, J. M. (2007). Consistencia interna y estructura factorial de la Drive for Muscularity Scale (DMS) en jóvenes universitarios. *XV Congreso Mexicano de Psicología*, Hermosillo, México.
- Esteban, M.L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Facchini, M. (2006). La imagen corporal en la adolescencia: ¿es un tema de varones? *Archivos argentinos de pediatría*, 104(2), 177-184.

- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guildford Press.
- Festinger, L. (1954). Una teoría de procesos de la comparación sociales. *Relaciones humanas*, 7(2), 117-140.
- Figari, P.A., (2015). “*Cuerpo, imagen y goce: Aproximaciones a la obesidad desde el psicoanálisis*” (Trabajo final de grado). Unidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo.
- Figueroa, M.R. y Careaga, G. (2013). La opción de la reconfiguración estética: estudio en jóvenes universitarias. *La ventana. Revista de estudios de género*, 4(37), 324-360.
- Figueroa, R.A., García, R.O., Revilla, R.A., Villarreal, C.L., y Unikel, S.C. (2010). Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 31-38.
- Finne, E., Bucksch, J., Lampert, T. y Kolip, P. (2011). Age, puberty, body dissatisfaction, and physical activity decline in adolescents. Results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*; 8 119.
- Fredrickson, B.L. y Roberts, T. (1997). *Objectification theory: Toward understanding women's*.
- Frost, R.O., Heimberg, R.G., Holt, C.S., Mattia, J.I., y Neubauer, A.L. (1993). A comparison of 2 measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R.O., Marten, P.A., Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. [doi: 10.1007/BF01172967](https://doi.org/10.1007/BF01172967)
- Fuente del Campo, A. (2018). México, tercer país a nivel mundial en cirugías plásticas. *Boletín UNAM-DGCS-003. Ciudad Universitaria*. México. Recuperado de [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2018\\_003.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2018_003.html)
- García, F.V., Vargas, Y.J., Hernández, C.M. y Pérez, Q.M. (2014). La estética y la práctica profesional en salud. *Educación Médica Superior*, 28(3), 579-586.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E.(1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Gigi, I., Bachner-Melman, R. y Lev-Ari, L. (2016). The association between sexual orientation, susceptibility to social messages and disordered eating in men. *Appetite* 99, 25-33. [doi.org/10.1016/j.appet.2015.12.027](https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.12.027)
- Gilman, S. (2010) *Obesity: The Biography*, Oxford: Oxford University Press.
- Gittelsohn, I., Harris, S.B., Lyman, T.H., Hanley, A., Barnie, A. y Zinman, B. (1996). Body image concepts differ by age and sex in an Ojibway-Cree Community in Canada. *Journal of Nutrition*, 126, 2990-3000.
- Gómez-Jacinto, L. (2005). Comparación social y autoevaluación desde un enfoque evolucionista. *Escritos de Psicología*, 7, 2-14.
- Gómez-Marmol, A., Sánchez, A.B., y Mahedero, N.P. (2012). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Ágora Para La Educación física y el Deporte*. 15(1), 54-63.
- Gómez-Perezmitré, G. (2014). Imagen corporal y orientación sexual. Deseo de un modelo corporal masculino ideal. *Editorial Fénix*. México, D.F.

- Gómez-Perezmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S., y Unikel, C. (2001). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino, *Revista Psicología Contemporánea*, 7 (1), 4-15.
- Gupta, M.A., Chaturvedi, S.K., Chandarana, P.C. y Johnson, A.M. (2001). Weight-related body image concerns among 18-24-years-old women in Canada and India. An empirical comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 193-198.
- Griffiths, S., Murray, S. B. y Touyz, S. (2013). Disordered eating and the muscular ideal. *Journal of Eating Disorders*. [doi.org/10.1186/2050-2974-1-15](https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-15).
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Haizmouitz, D., Lansky, L.M. y O'Reilly, P. (1993). Fluctuations in body satisfaction across situations. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 77-84.
- Hargreaves, D.A. y Tiggemann, M. (2009). Muscular ideal media images and men's body image: social comparison processing and individual vulnerability. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(2): 109-119. [doi.org/10.1037/a0014691](https://doi.org/10.1037/a0014691)
- Ianotti, C. (2005). Contraste de la percepción de la imagen corporal entre hombres y mujeres. (Tesis de licenciatura inédita). *Universidad Abierta Interamericana*, Chile. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC061964.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). Encuesta Intercensal 2015. Microdatos. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). Glosario de género. México. D.F. 96pp. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/81418/5red1p.pdf>
- Jáuregui, L.I., Romero, C.J., Bolaños, R.P., Montes, B.C., Díaz, J.R., Montaña, G.M.<sup>a</sup>,... Vargas Sánchez, N. (2009). Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 568-573. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112009000500008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000500008&lng=es&tlng=es).
- Jiménez, F.P., Jiménez, C.A., y Bacardí, G.M. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 479-489. [doi:10.20960/nh.455](https://doi.org/10.20960/nh.455): 10
- Jodelet, D., y Ohana, J. (1982). Systemes de representation du corps et groupes sociaux. París: *Laboratoire de Psychologie Social*. E.H.E.S.S.
- Katz-Wise, S.L., Scherer, E.A., Calzo, J.P., Sarda, V., Jackson, B., Haines, J. y Austin, S.B. (2015). Sexual Minority Stressors, Internalizing Symptoms, and Unhealthy Eating Behaviors in Sexual Minority Youth. *Annals of Behavioral Medicine*, [doi: 10.1007/s12160-015-9718-z](https://doi.org/10.1007/s12160-015-9718-z)
- Killen, D.J., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, F.H., Wilson, D. y Hammer, L. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study. *Journal of Consulting Clinical of Psychology*, 64, 936-940.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. y Clyde, M. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

- Kyrejto, J.W., Mosewich, A.D., Kowalski, K.C., Mack, D.E. y Crocker, P.R.E. (2008). Men's and women's drive for muscularity: Gender differences and cognitive and behavioral correlates. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 6, 69-84.
- Lamas, M. (1994). Cuerpo: diferencia sexual y género. *En Debate Feminista*; 5, México, septiembre de 1994.
- Leary, M. R. y Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp.1-62). San Diego: Academic Press.
- Lee Bartky, S. (1994). *Foucault, feminismo y modernidad del poder patriarcal. En Mujeres, derecho penal y criminología* (pp. 197-210). Madrid: Siglo XXI.
- Leit, R.A., Gray, J.J., y Pope, H.G.Jr. (2002). The media 's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders*, 31,334-338.
- Lettieri G.G., (2015). La moralidad de la cirugía con fines estéticos de acuerdo con la bioética principialista. *Revista bioética*, 23(3), 526-37.
- Leung, F., Geller, J.. y Katzman, M. (1996). Issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. *International Journal Eating Disorders*, 19,249–56.
- Logistic Regression. Stata Data Analysis Examples. (sin fecha). Los Ángeles, California, EU.: UCLA: *Statistical Consulting Group*. Recuperado de <https://stats.idre.ucla.edu/stata/dae/logistic-regression/>
- López, A.P., Prado, P.J.R, Montilla, M., Molina Viana, Z., Da Silva, G. y Arteada, F. (2008). Insatisfacción por la imagen corporal y la baja autoestima por la apariencia física en estudiantes de la Facultad de Medicina de La Universidad de Los Andes del estado Merida Venezuela. *Revista Ciencias del Movimiento Humano y Salud*; Venezuela, 5(1), 14 pp.
- Llorca Diez, M.A., Cabrejas Martínez, B., Gallego Álvarez, T., Bueno Carrera, G.M. y Diez Sánchez, A. (2011). Retroalimentación de la información-comunicación como innovación docente. En B. Peña Acuña. (Ed.), *Nuevas fórmulas docentes en el EEES*. Madrid, España: Visión Libros: 285pp. Recuperado de: [https://books.google.com.mx/books?id=UGw3DwAAQBAJ&pg=PA22&lpg=PA22&dq=El+ideal+est%C3%A9tico+corporal+imperante+en+la+actualidad+preconiza+que+%E2%80%9Cser+bella+es+igual+a+ser+delgada&source=bl&ots=G\\_FBawchU5&sig=K19uUEQDAuXJSL5ZqshFnS54LgM&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewjVg-POp4vbAhUM52MKHXknCsoQ6AEIJzAA#v=onepage&q=El%20ideal%20est%C3%A9tico%20corporal%20imperante%20en%20la%20actualidad%20preconiza%20que%20%E2%80%9Cser%20bella%20es%20igual%20a%20ser%20delgada&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=UGw3DwAAQBAJ&pg=PA22&lpg=PA22&dq=El+ideal+est%C3%A9tico+corporal+imperante+en+la+actualidad+preconiza+que+%E2%80%9Cser+bella+es+igual+a+ser+delgada&source=bl&ots=G_FBawchU5&sig=K19uUEQDAuXJSL5ZqshFnS54LgM&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewjVg-POp4vbAhUM52MKHXknCsoQ6AEIJzAA#v=onepage&q=El%20ideal%20est%C3%A9tico%20corporal%20imperante%20en%20la%20actualidad%20preconiza%20que%20%E2%80%9Cser%20bella%20es%20igual%20a%20ser%20delgada&f=false)
- Lupton, D. (2013). The transgressive fat body. En Lupton, D. (Ed.), *Fat. Editorial Routledge*. Nueva York.
- Lynch, W.C., Heil, D.P., Wagner, E., y Havens, M.D. (2007). Ethnic differences in BMI, weight concerns, and eating behaviors: Comparison of Native American, White, and Hispanic adolescents. *Body Image*, 4, 179–190.
- Maida, D. M. y Armstrong, L. S. (2005). The classification of muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4, 73-9.1
- Martínez, B.A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73,127-152.
- Mauss, M. (1973). Techniques of the Body. *Economy and Society*, 2(1), 70-89.

- McArdle, K.A. y Hill, M.S. (2009). Understanding body dissatisfaction in gay and heterosexual men the roles of self-esteem, media, and peer influence. *Men and Masculinities*, 11(5): 511-532. [doi.org/10.1177/1097184X07303728](https://doi.org/10.1177/1097184X07303728)
- McCreary, D.R. (2007). The Drive for Muscularity Scale: Description, psychometrics, and research findings. In J.K. Thompson y G. Cafri (Eds.), *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives*. American Psychological Association. Washington, DC: 87-106.
- McCreary, D.R., y Sasse, D.K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297-304.
- McCreary, D.R., Sasse, Doris K., Saucier, Deborah M., y Dorsch, Kim D. (2004). Measuring the Drive for Muscularity: Factorial Validity of the Drive for Muscularity Scale in Men and Women. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(1), 49-58.
- Merino, M.H., Pombo, M., y Godás Otero, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13 (4), 539-545.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*; 129, 674–697.
- Miner, R.K., Twenge, J.M. y Fredrickson, B.L. (2002). Trait Self-Objectification in Women: Affective and Personality Correlates. *Research in Personality*, 36, 147–172. [doi:10.1006/jrpe.2001.2343](https://doi.org/10.1006/jrpe.2001.2343)
- Ministry of Health Labour y Welfare. (2004). *Annual Report of the National Nutrition Survey in 2002*. Tokyo, Japón.: Daiichi Publishing Co.
- Molina, R., Sandoval, J. y González, E. (2003). *Características de la adolescencia normal*. En: Molina R. *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia*. Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Montero, P., Vernis, C., Varea, C. y Arias, S. (1999). Hábitos alimentarios en mujeres españolas: Frecuencia de consumo de alimentos y valoración del cambio en el comportamiento alimentario. *Atención Primaria*, 23(3), 127-131.
- Muñiz, E. (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Revista Sociedad Estado*, 29(2), 415-432.
- Multinomial Logistic Regression. Stata Data Analysis Examples, (sin fecha). Los Ángeles, California, EU.: UCLA: *Statistical Consulting Group*. Recuperado de <https://stats.idre.ucla.edu/stata/dae/multinomiallogistic-regression/>
- Naranjo, P.M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*; Costa Rica, 7(3), 27 pp.
- Nasser, M., Katzman, M., y Gordon, R. (2001). *Eating disorders and cultures in transition*. New York: Taylor & Francis.
- Neumark, S., Levine, M.P., Paxton, S.J., Smolak, L., Piran, N. y Wertheim, E.H. (2006). Prevention of body dissatisfaction and disordered eating: What next? *Eating Disorders*, 14(4), 265-85. [doi.org/10.1080/10640260600796184](https://doi.org/10.1080/10640260600796184)
- Ng, J.H., Yeak, S., Phoon, N., y Lo, S. (2014). Cosmetic procedures among youths: a survey of junior college and medical students in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 55(8), 422-426. [doi: 10.11622/smedj.2014100](https://doi.org/10.11622/smedj.2014100)

- Núñez, C., Carbajal, A. y Moreiras, O. (1998). Índice de masa corporal y deseo de perder peso en un grupo de mujeres jóvenes. *Nutrición Hospitalaria*, 13(4), 407-411.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios*. Algete, Madrid: Morata S.L.
- Ogden, J. (2011). *The Psychology of Eating*. (2a ed). Chicester, United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Olivardia, R., Pope Jr., H.G., Borowiecki, J.J. y Cohane, G.H. (2004) Biceps and body image: La relación entre la muscularidad y la autoestima, la depresión, y los desechos del desorden. *Psychology of Men Masculinity*; 5 (2), 112-20
- Olivardia, R., Pope, H.G.Jr., Hudson, J.I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*; 157, 1291-6.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2016). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Salud del adolescente. Definición Adolescencia. Consultado en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/)
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2018). Growth reference 5-19 years (2007 WHO Reference). BMI-for-age (5-19 years). Washington, DC. Recuperado de [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age\\_field/en/](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age_field/en/)
- Ovejero, B. (1993). León Festinger y la psicología social experimental: La teoría de la disonancia cognoscitiva 35 años después. *Psicothema*, 5(1), 185-199.
- Palma, C.O., Hernandez, S.M. I., Villalobos, H.A., Unikel, S.C., Olaiz, F.G., y Bojorquez, C.I. (2011). Association of socioeconomic status, problem behaviors, and disordered eating in Mexican adolescents: results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Journal of Adolescent Health*, 49(4), 400-406. [doi:10.1016/j.jadohealth.2011.01.019](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.01.019)
- Pastor, R. y Bonilla, A. (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. *Papeles del Psicólogo*, 75, 34-39. Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=77807506>
- Peplau, L.A., Frederick, D.A., Yee, C., Maisel, N., Lever, J. y Ghavami, N. (2009). Body image satisfaction in heterosexual, gay, and lesbian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 713-725. [doi.org/10.1007/s10508-008-9378-1](https://doi.org/10.1007/s10508-008-9378-1).
- Polivy, J. y Herman, C.P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Journals of Psychology*, 53,187-213.
- Pope, H.G., Gruber, A., Mangweth, B, Bureau, B., De Col, C., Jouvent, R. y Hudson, J. (2000). Body Image Perception Among Men in Three Countries. *American Journal of Psychiatry*. 157, 1297-1301.
- Pope, H.G., Olivardia, R., Gruber, A.J., y Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 65-72.
- Pritchard, M., Parker, C. y Nielsen, A. (2011). What predicts drive for muscularity in college students? *Eating Behaviors*, 12(3), 228-31. [doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.04.002](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.04.002)
- Raich, RM. (2001). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Remafedi, G. (1994). Predictors of unprotected intercourse among gay and bisexual youth: knowledge, beliefs, and behavior. *Pediatrics*, 94, 163-8.
- Remafedi, G, Resnick M, Blum R. y Harris L. (1992). Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics*; 89, 714-21.

- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura* (9na ed.). Madrid: Prentice Hall: 519pp.
- Rodríguez, S., y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131-137.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, 8(30), México.
- Salazar, M.Z. (2008). ADOLESCENCIA E IMAGEN CORPORAL EN LA ÉPOCA DE LA DELGADEZ. *Reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Saucedo, M.T., y Unikel, S.C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33, 11-19.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. N. York: International Universities Press.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J. y León, J.A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema* 13(1), 7 -16.
- Shafran, R., Cooper, Z., y Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791. [doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
- Shafran, R., Lee, M., Payne, E., y Fairburn, C.G. (2006). The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 897-906. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.009>.
- Shilling, Ch. (1993). *The Body and Social Theory*. Londres: Sage.
- Slaney, R.B., Rice, K.G., Mobley, M., Trippi, J., y Ashby, J.S. (2001). The revised almost perfect scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3): 130-145.
- Suls, J. y Wheeler, L. (2000). *Handbook of social comparison: Theory and research*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Suls, J. y Wills, T.A. (1991). *Social comparison: Contemporary theory and research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stice, E., Ng, J. y Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychol and Psychiatry*. 51(4),518-25. [doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x)
- Stunkard, A. y Stellar, E. (1990). *Eating and its Disorders. En Body Images*, Cash. T. y Pruzinsky (Ed.), T. New York: Guilford Press, pp. 3-20.
- Tiggemann, M. y McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 23-44.
- Toro, T.J., Nieves, L.K. y Borrero, B.N. (2010). Cuerpo y Masculinidad: Los Desórdenes Alimentarios en Hombres. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (2), 225-234.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. y Tantleff, D.S (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment body image disturbance*. Washington: American Psychological Association.
- Uauy, R. (2006). Discurso del Doctor Ricardo Uauy al recibir El Premio Horwitz de Liderazgo en Salud en Las Américas. *Revista chilena de nutrición*, 33(1), 103-106. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000100011>
- Unikel, S.C., Bojorquez, C.I., y Carreño, G.S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*. 46(6), 509-515.

- Unikel, S.C., Bojorquez, C.I., Villatoro, V.J., Fleiz, B.C., y Medina, M.I. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*, 58(1), 15-27.
- Unikel, S.C., Díaz de León, C. y Rivera, J. A. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39(39), 11-22.
- Unikel, S.C., C., Díaz de León, C. y Rivera, J. A. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Ciudad de México, Universidad Autónoma de México. Recuperado de: [http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas\\_alimentarias\\_2.pdf](http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias_2.pdf)
- Unikel, S.C., C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T.J., Chi Vacuán, E.M., García-Castro, F. y Trejo, F.J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*; 62, 424-32.
- Unikel, S.C., C., Villatoro Velázquez, J.A., Medina-Mora Icaza, M.E., Fleiz Bautista, C., Alcántar Molinar, E.N. y Hernández Rosario, S.A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*; 52(2), 140-47.
- Verstuyf, J., Patrick, H., Vansteenkiste, M., y Teixeira, P.J. (2012). Motivational dynamics of eating regulation: a self-determination theory perspective. *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-9-21>
- Vuyk, M. (2015). Perfeccionismo, autopresentación perfeccionista, y síntomas depresivos en adolescentes paraguayos según género y grado. *Interamerican Journal of Psychology*, 49(2), 153-163.
- Watson, J., Saewyc, E., Homma, Y. y Goodenow, C. (2017). Trends and Disparities in Disordered Eating Among Heterosexual and Sexual Minority Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 22–31.
- Watson, L.B., Velez, B.L., Brownfield, J. y Flores, M.J. (2016). Minority Stress and Bisexual Women's Disordered Eating. *Counseling Psychologist*; 44, 1158–1186.
- Wichstrøm, L. (2006). Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms. *International Journal Eating Disorders*, 39(6), 448–453.
- Williamson, I. y Hartley, P. (1998). British research into the increased vulnerability of young gay men to eating disturbance and body dissatisfaction. *European eating disorder Rev.* 6, 160–170.
- Wiseman, M.C. y Moradi, B. (2010). Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: a test and extension of objectification theory. *Journal of Counseling Psychology*, 57(2), 154-166. [doi.org/10.1037/a0018937](http://doi.org/10.1037/a0018937)
- Wolf. (1990). *The Beauty Myth*. London: Chato & Windus Limited. 276pp.
- Yamamoto, C., Uemoto, M., Shinfuku, N. y Maeda, K. (2007). The usefulness of body image tests in the prevention of eating disorders. *Kobe University Journal of Medical Science*, 53(3), 79–91.
- Zuckerman, D. y Abraham, A. (2008). Teenagers and Cosmetic Surgery: Focus on Breast Augmentation and Liposuction. *Journal of Adolescent Health*, 43, 318–324.

## Anexo 1. Carta de probación por el subcomité de Bioética de El Colegio de la Frontera Norte



### Subcomité de Bioética de El Colegio de la Frontera Norte

12 de febrero de 2018

Número de Referencia de Protocolo: 053-220118

Título de Estudio: "Relación entre orientación sexual, insatisfacción corporal, y conductas alimentarias de riesgo y deseo de la modificación corporal en estudiantes de preparatoria en Hermosillo, Sonora"

Ref: Aprobado

**Investigadora:**

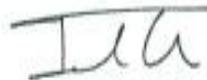
Lic. Brenda Flores Micker, Maestría en Estudios de Población, El Colegio de la Frontera Norte

Estimado investigador:

El Subcomité de Bioética sobre Salud y Población de El Colegio de la Frontera Norte ha revisado su protocolo. Me permito informarle que el dictamen es de **aprobado**.

Le deseamos el mejor de los éxitos en su investigación.

Atentamente,



Dra. Ietza Bojorquez Chapela  
Subcomité de Bioética, El Colegio de la Frontera Norte

## Anexo 2. Oficio de asignación de plantel para realizar la investigación



**"2018: Año de la Salud"**

**DAC-081/2018**

Hermosillo, Sonora. 23 de enero del 2018

**Mtra. Guadalupe Borgo Valdez.**  
**Directora del Plantel Prof. Ernesto López Riesgo.**  
**Presente.**

Por medio del presente, me permito informarle que recibimos una solicitud por parte de la Dra. Letza Rocío Bojorquez Chapela, Directora de Tesis del Colegio de la Frontera Norte, quien como parte del programa de la asignatura, tiene contemplada la realización de un estudio en el plantel a su digno cargo, con la aplicación de un cuestionario en formato electrónico e impreso al total de la matrícula de alumnos. Por lo anterior, le pido su apoyo para que atienda a la Lic. Brenda Francisca Flores Micker, otorgando las facilidades que requiera, procurando que no se vea afectada la normalidad mínima al realizar la actividad solicitada.

Agradeciendo de antemano su colaboración, le envío un cordial saludo.

**Atentamente,**

**Mtro. Martín Antonio Yépiz Robles.**  
**Director Académico.**

Ccp. Lic. Luis Alfredo Montaño Laganda, Coordinador de la Zona Centro.  
Mtro. Mauricio Gracia Coronado, Subdirector de Desarrollo Académico.  
Lic. Luis Miguel Espinoza León, Jefe del Departamento de Asistencia Educativa.  
Archivo-Minutario.  
MAYR/MGC/LMEL/Dorta\*.



Gobierno del  
Estado de Sonora

**Unidos logramos más**

Bvtd Vidésola Final, Sector Sur y Calle Bachilleres, Col. Villa De Seris, C.P. 83280  
Teléfono: (662) 257 2020 Hermosillo, Sonora / [www.cobachsonora.edu.mx](http://www.cobachsonora.edu.mx)

### Anexo 3. Carta de consentimiento dirigida a los padres de familia

Hermosillo, Sonora a enero de 2018

A QUIEN CORRESPONDA.-

Por medio de la presente me permito solicitar la autorización para la participación de su hijo(a), respondiendo a un cuestionario acerca de diversos temas de salud. Dicha actividad será solamente con motivos académicos y los datos serán recabados de manera anónima. Se recolectarán datos sociodemográficos, gustos, preferencias, orientación, género, alimentación, percepción del cuerpo.

La aplicación se realizará en la escuela Colegio de Bachilleres del Estado de Sonora, Plantel Ernesto López Riesgo. Previamente, se solicitó y obtuvo la autorización del plantel.

De la manera más atenta, se pedirá el asentimiento a su hijo(a) antes de comenzar el cuestionario, y su participación será completamente voluntaria.

Sin más que agregar por el momento, me despido enviándole un cordial saludo.

Atentamente,



Lic. Nutrición. Brenda Fca. Flores Micker  
Maestría en Estudios de Población,  
El Colegio de la Frontera Norte

---

En caso de no estar de acuerdo en la participación de su hijo(a); le pedimos de la manera más atenta, lo haga llegar de manera escrita, para que no se le aplique el cuestionario al alumno(a).

## Anexo 4 .Cuestionario aplicado a los jóvenes, incluido el asentimiento en las instrucciones

Folio\_\_\_\_\_

### **POR FAVOR LEE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES CON CUIDADO**

- ❖ Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas.
- ❖ Para cada una de las preguntas elige la respuesta que te parezca sea la mejor, algunas veces se te pedirá que escribas directamente, encierres, subrayes y en otras tendrás que colocar una “x” sobre el número que indica la respuesta que hayas escogido.
- ❖ En todas las preguntas deberás escoger **sólo una opción**. Hay otras en las que puedes elegir más de una respuesta, en estos casos se te hace una indicación.
- ❖ Recuerda que **debes leer muy bien cada pregunta antes de contestarla**, y si tienes alguna duda, si no entiendes alguna pregunta o si sientes que no puedes contestarla porque no la entiendes, entonces levanta la mano y pregunta tus dudas a quien esté a cargo de tu grupo.
- ❖ Trata de ser lo más veraz posible y de no dejar preguntas sin contestar.
- ❖ Tu participación al responder este cuestionario es muy importante. Como sabes, tu participación es completamente **voluntaria y anónima**. Al responder las preguntas, estás aceptando participar. Si tienes cualquier duda acerca del cuestionario o tu participación, puedes dirigirte a la persona que aplica el cuestionario, quien está obligada a responderte. Si en cualquier momento decides que no quieres seguir contestando el cuestionario, puedes hacerlo libremente.
- ❖ Todas las preguntas son para mujeres y hombres por igual.

**¡Muchas gracias por tu colaboración!**

**“CUESTIONARIO SOBRE SALUD EN JÓVENES DE HERMOSILLO”**

I.-Por favor encierra o escribe la respuesta

<b>INICIO DE CUESTIONARIO (Identificación)</b>	
1	<b>Sexo</b> (01) Femenino      (02) Masculino
2	<b>Fecha de nacimiento (escríbela)</b>  (día/mes/año): _____
3	<b>¿Qué grado estás cursando?</b> (01) Primero    (02) Segundo    (03) Tercero

<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
<b>(Escribe o encierra el número de la respuesta correcta)</b>	
4	¿Cuántos años cumplidos tienes? _____ años
5	<b>¿Cuál es el grado máximo que aprobó tu madre?</b> Ninguno ..... 01 Primaria ..... 02 Secundaria..... 03 Preparatoria..... 04 Carrera Técnica ..... 05 Licenciatura trunca..... 06 Licenciatura ..... 07 Maestría..... 08 Doctorado ..... 09 No sé ..... 999
6	<b>¿Cuál es el grado máximo que aprobó tu padre?</b> Ninguno ..... 01 Primaria ..... 02 Secundaria..... 03 Preparatoria..... 04 Carrera Técnica ..... 05 Licenciatura trunca..... 06 Licenciatura ..... 07 Maestría..... 08 Doctorado ..... 09 No sé ..... 999
7	<b>¿Naciste en Hermosillo?</b> Sí <b>(PASA A LA PREGUNTA 11)</b> ..... 01 No ..... 02 No sé ..... 999
8	<b>¿En dónde naciste?</b> País 1. México      2. Estados Unidos    3. Otro (especifique) Especifique: <div style="text-align: center;">                         Municipio _____                          Estado _____                     </div> No sé ..... 999
9	<b>¿Cuál fue la principal razón por la que te viniste a Hermosillo?</b> Estudiar ..... 01 Vacaciones y me quedé ..... 02 Acompañé a mi familia, vine a reunirme con mi familia ..... 03 Mis papás quisieron cruzar a EUA y no lo lograron ..... 04 Alguno de mis papás fue deportado de los EUA ..... 05 Otra(Especifique) _____ ..... 06 No sé ..... 999

10	¿Cuánto tiempo tienes viviendo en Hermosillo?  _____ años _____ meses No sé ..... 999
11	¿Actualmente con qué frecuencia cruzas a EUA? Nunca cruzo a EUA ..... 01 Cruzo menos de una vez al mes ..... 02 Cruzo de una a tres veces al mes ..... 03 Cruzo una vez por semana ..... 04 Cruzo más de una vez por semana ..... 05
12	¿Alguna vez has vivido en EUA? Sí ..... 01 No (PASA A LA 14) ..... 02 No sé ..... 999
13	En total, ¿cuánto tiempo has vivido en EUA?  _____ años _____ meses No sé ..... 999
14	¿Algún miembro de tu familia ha migrado a los Estados Unidos? No (PASA A LA SIGUIENTE SECCIÓN) ..... 01 Sí ..... 02 No sé ..... 999
15	¿Quién (es)? (PUEDES ELEGIR VARIAS OPCIONES SI ES NECESARIO) Padre o madre ..... 01 Hermanos ..... 02 Tío o tía ..... 03 Abuelos ..... 04 Primos ..... 05 Otros – Especifica: _____ ..... 06 No sé ..... 999

#### ALIMENTACIÓN

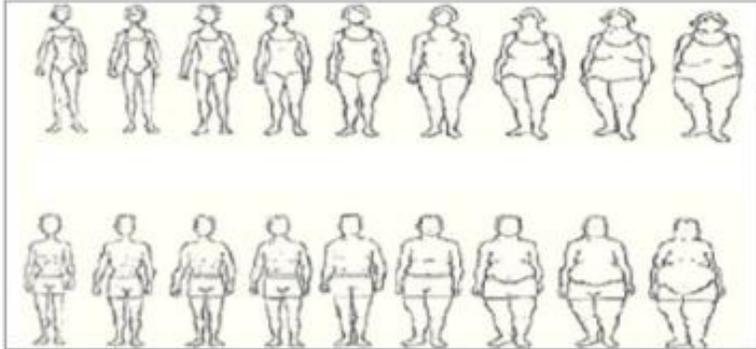
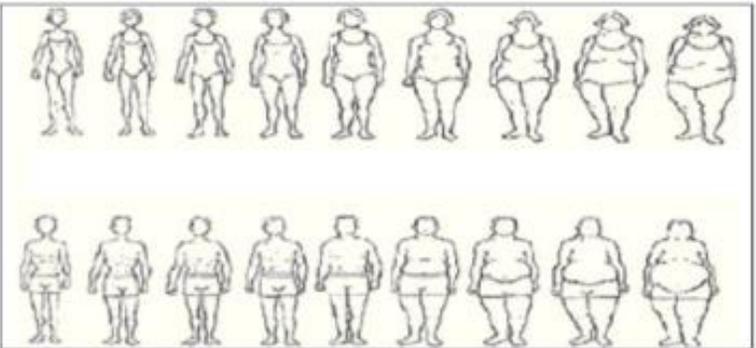
16. A continuación se te harán preguntas sobre algunos hábitos de alimentación. (encierra el número de tu respuesta)					
En los últimos tres meses, ¿cuántas veces...					
		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia (dos veces en una semana)	Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)
16.1	...te ha preocupado engordar?	0	1	2	3
16.2	...en ocasiones has comido demasiado, te has atascado de comida?	0	1	2	3
16.3	...has perdido el control sobre lo que comes (tienes la sensación de no poder parar de comer)?	0	1	2	3
16.4	...has vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso?	0	1	2	3
16.5	...has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	0	1	2	3

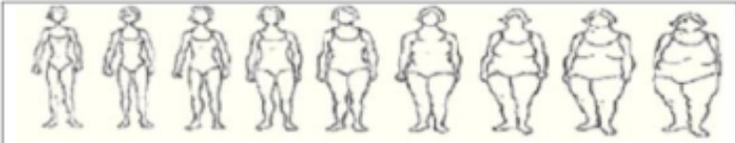
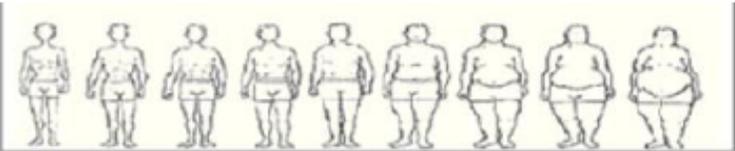
		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia (dos veces en una semana)	Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)
16.6	...has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	0	1	2	3
16.7	...has hecho ejercicio para tratar de bajar de peso?	0	1	2	3
16.8	...has usado pastillas para tratar de bajar de peso? Especifica cuál(es)	0	1	2	3
16.9	...has tomado diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso? Especifica cuál(es)	0	1	2	3
16.10	...has tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso? Especifica cuál(es)	0	1	2	3

### IMAGEN COPORAL

17. Ahora siguen preguntas sobre cómo te sientes y te ves a ti mismo(a) físicamente.

Encierra la figura.

17.1	¿Cuál de las siguientes imágenes consideras que se parece más a tu figura?	
17.2	¿Cuál sería la figura a la que más te gustaría parecer?	

17.3	¿Cuál es la figura femenina que consideras es la ideal en tu sociedad (conocidos, amistades, familia, etc.)?	
17.4	¿Cuál es la figura masculina que consideras es la ideal en tu sociedad (conocidos, amistades, familia, etc.)?	

<b>CUERPO</b>					
18. Hoy en día muchas personas realizan diferentes procedimientos para modificar su cuerpo. A continuación, te daré una lista de preguntas para que encierres la respuesta con la que más te identificas. Todas las preguntas son para hombres y mujeres por igual.					
		Sí	No estoy seguro(a)	No	No sé qué es eso
18.1	¿Has pensado aumentarte el busto?	3	2	1	0
18.2	¿Has pensado disminuirte el busto?	3	2	1	0
18.3	¿Has pensado aumentarte los glúteos?	3	2	1	0
18.4	¿Has pensado disminuirte los glúteos?	3	2	1	0
18.5	¿Has pensado hacerte una liposucción (cirugía para quitarte grasa)?	3	2	1	0
18.6	¿Has pensado implantarte pectorales?	3	2	1	0
18.7	¿Has pensado implantarte bíceps o tríceps?	3	2	1	0
18.8	¿Has pensado implantarte pantorrilla?	3	2	1	0
18.9	¿Has pensado implantarte cuádriceps (muslos)?	3	2	1	0
18.10	¿Has pensado quitarte costillas para reducir la medida de tu cintura?	3	2	1	0
18.11	¿Has pensado implantarte abdomen o six packs?	3	2	1	0
18.12	¿Has pensado o usado fajas para reducir tu cintura y/o abdomen?	3	2	1	0
18.13	¿Has pensado en algún otro tipo de modificación? Especifica cuál(es)	3	2	1	0

### EJERCICIO Y CUIDADOS DEL CUERPO

19. Ahora siguen algunas preguntas sobre tus hábitos de ejercicio y del cuidado con tu cuerpo. Encierra el número de la respuesta con la que más te identifiques.

Las preguntas son para hombres y mujeres por igual.

		Siempre	Habitualmente	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
19.1	Te gustaría ser más musculoso/a.	6	5	4	3	2	1
19.2	Levantas pesas para desarrollar más músculo.	6	5	4	3	2	1
19.3	Utilizas proteínas o suplementos energéticos.	6	5	4	3	2	1
19.4	Bebes batidos a base de proteínas o batidos para aumentar de peso.	6	5	4	3	2	1
19.5	Tratas de consumir tantas proteínas como puedas en un día.	6	5	4	3	2	1
19.6	Te sientes culpable si te pierdes una sesión de entrenamiento con pesas.	6	5	4	3	2	1
19.7	Piensas que tuvieras más confianza en ti mismo/a si tuvieras más masa muscular.	6	5	4	3	2	1
19.8	Otras personas piensan que haces pesas con demasiada frecuencia.	6	5	4	3	2	1
19.9	Piensas que te verías mejor si aumentarás 5 kilos de masa muscular.	6	5	4	3	2	1
19.10	Piensas acerca de tomar esteroides anabólicos.	6	5	4	3	2	1
19.11	Piensas que serías más fuerte si ganaras un poco más de masa muscular.	6	5	4	3	2	1
19.12	Piensas que tu rutina de entrenamiento con pesas interfiere con otros aspectos de mi vida.	6	5	4	3	2	1
19.13	Piensas que tus brazos no son suficientemente musculosos.	6	5	4	3	2	1
19.14	Pienso que tu tórax no es suficientemente musculoso.	6	5	4	3	2	1
19.15	Piensas que tus piernas no son suficientemente musculosas.	6	5	4	3	2	1

### PESO Y ESTATURA

20. Por favor escribe los datos que se te solicitan.

20.1	¿Cuál es tu peso en kilos? (escríbelos): _____ No sé ..... 999 No deseo contestar ..... 988
20.2	¿Cuál es tu estatura en metros? (escribela): _____ No sé ..... 999 No deseo contestar ..... 988

### SENTIMIENTOS

21. Ahora te presentaré unas frases que describen como te podrías haber sentido. Por favor indica con qué frecuencia te has sentido de esa manera durante la semana pasada. Escribe una "X" en el cuadro de la respuesta que quieres indicar.

		Raramente o ninguna vez (menos de 1 día)	Alguna o pocas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad moderada (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)	No sé
<b>Durante la semana pasada, hasta hoy:</b>						
21.1	Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	0	1	2	3	999
21.2	No me sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.	0	1	2	3	999
21.3	Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos(as).	0	1	2	3	999
21.4	Sentía que yo era tan bueno(a) persona como cualquier otra persona.	0	1	2	3	999
21.5	Tenía dificultad en concentrarme en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3	999
21.6	Me sentía deprimido(a).	0	1	2	3	999
21.7	Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3	999
21.8	Me sentí optimista sobre el futuro.	0	1	2	3	999
21.9	Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3	999
21.10	Me sentí con miedo.	0	1	2	3	999
21.11	Mi sueño era inquieto, dormí mal.	0	1	2	3	999
21.12	Estaba contento(a).	0	1	2	3	999
21.13	Hablé menos de lo usual.	0	1	2	3	999
21.14	Me sentí solo(a).	0	1	2	3	999
21.15	Sentí que la gente no era amistosa.	0	1	2	3	999
21.16	Disfruté de la vida.	0	1	2	3	999
21.17	Pasé ratos llorando.	0	1	2	3	999
21.18	Me sentí triste.	0	1	2	3	999
21.19	Sentía que no le caía bien a la gente.	0	1	2	3	999
21.20	No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3	999

Las personas tenemos diversas preferencias hacia otras personas que pueden ser de distinto o del mismo sexo. A continuación, se te darán algunos indicadores para que las contestes según lo que piensas y sientes. Encierra la respuesta con la que te identificas.

**(NOTA: al hablar de contacto, nos referimos a atracción o gusto)**

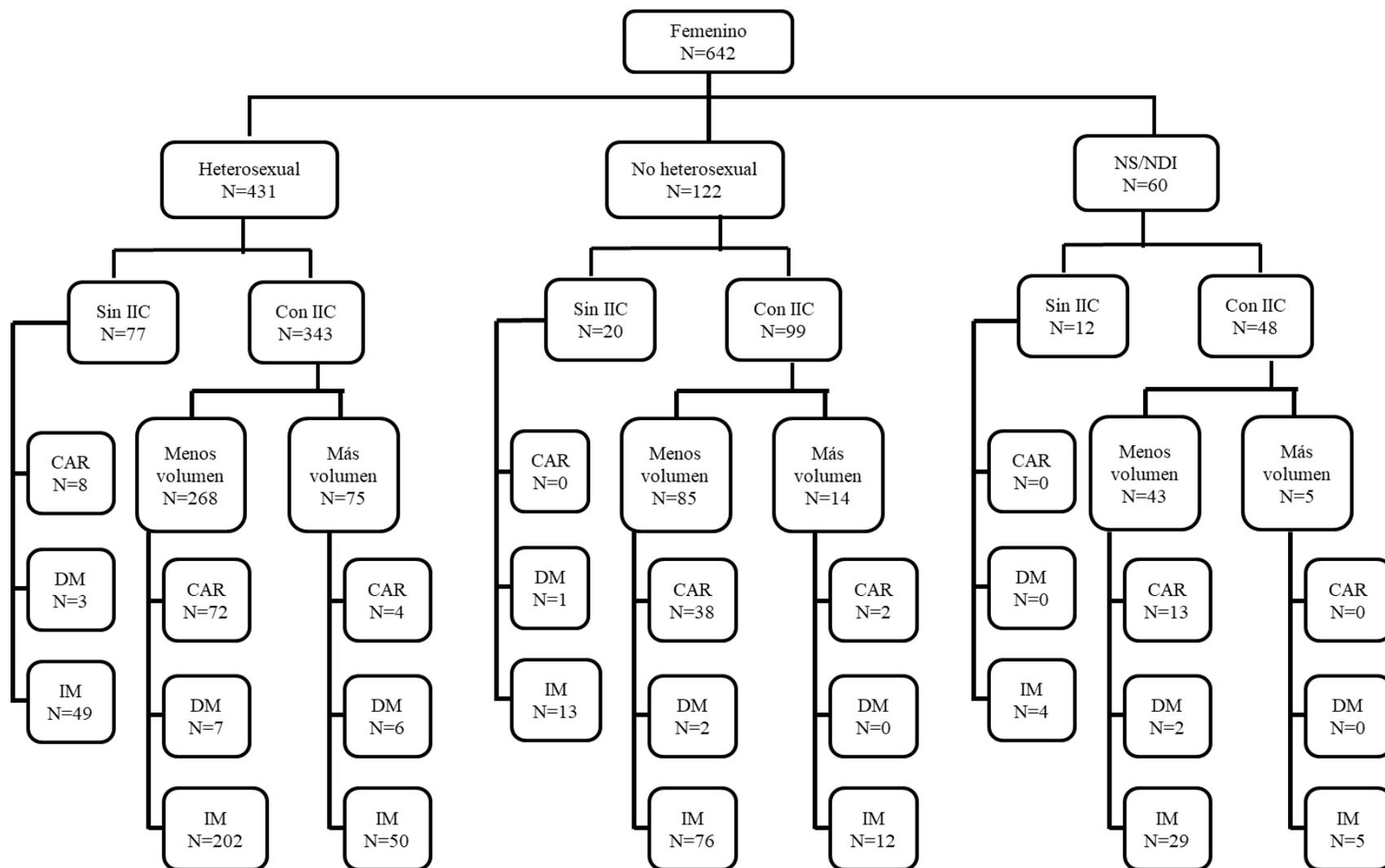
22	Exclusivamente heterosexual .....	01
	Principalmente heterosexual, pero con contactos homosexuales esporádicos (con muy poca frecuencia) .....	02
	Predominantemente heterosexual, aunque con contactos homosexuales más que esporádicos (con muy poca frecuencia) .....	03
	Bisexual .....	04
	Predominantemente homosexual, pero con contactos heterosexuales más que esporádicos (con muy poca frecuencia) .....	05
	Principalmente homosexual, pero con contactos heterosexuales esporádicos (con muy poca frecuencia) .....	06
	Exclusivamente homosexual .....	07
	Asexual, no tengo interés por mantener contactos sexuales .....	08
	No sé .....	999
	No deseo contestar .....	988

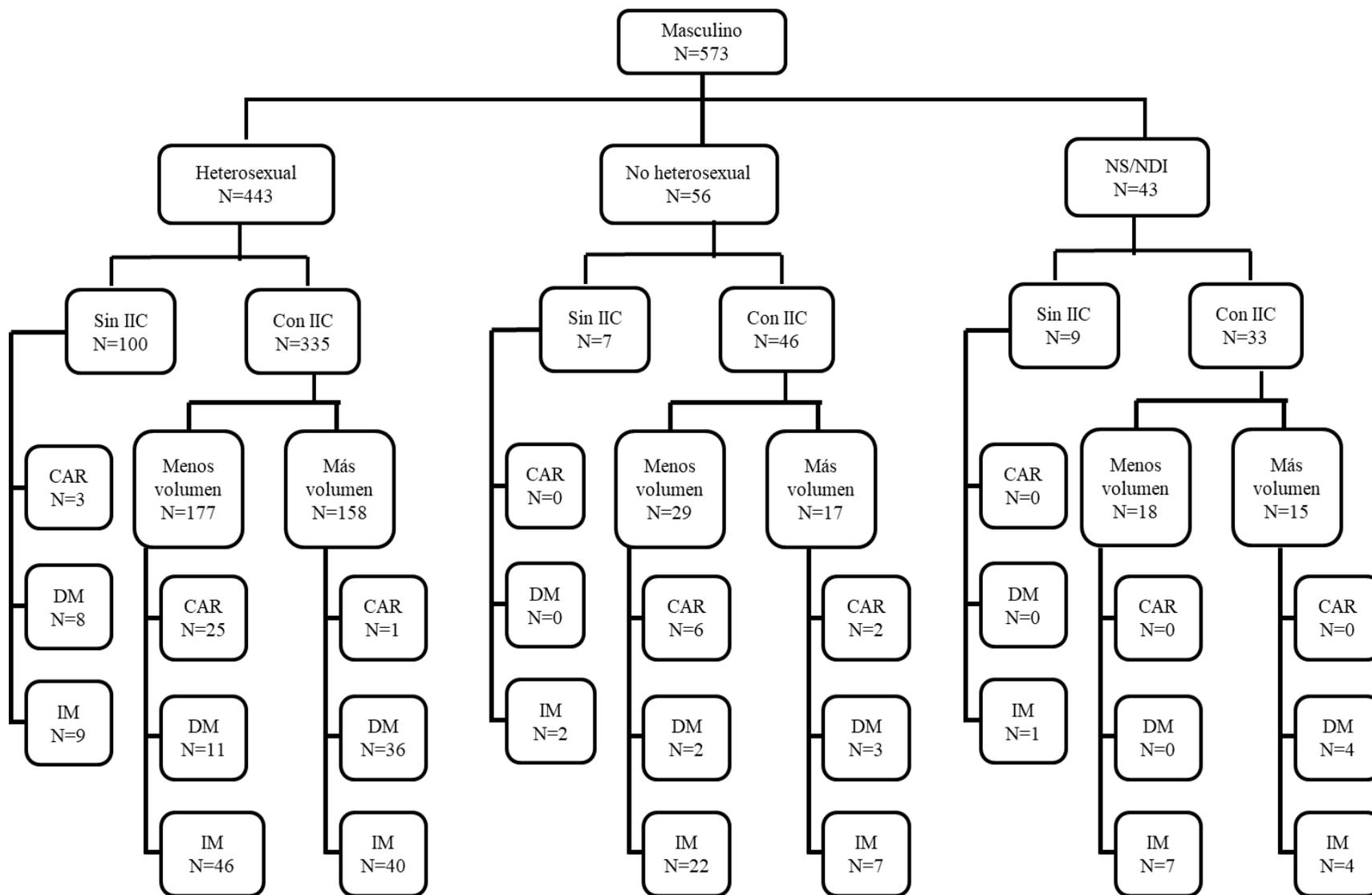
**FIN DEL CUESTIONARIO  
¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**

## **Anexo 5. Abreviaturas**

CAR	Conductas alimentarias de riesgo.
CBCAR	Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo.
DM	Deseo por la musculatura.
DMC	Deseo de modificación corporal.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
IIC	Insatisfacción con la imagen corporal.
IM	Intención de modificación corporal.
IMC	Índice de masa corporal.
NDI	No deseo indicarlo.
OS	Orientación sexual.
OMS	Organización Mundial de la Salud.

**Anexo 6. Frecuencias de CAR, DM e IM por sexo, OS e IIC**





## Anexo 7. Pruebas de bondad de ajuste de modelos predictivos

### Bondad de ajuste para modelo de predicción para IIC

	AMBOS	FEMENINO	MASCULINO
AIC	1223.31	601.76	635.52
BIC	1288.79	649.75	683.15
Prob>LR	0.00	0.00	0.00
PseudoR2	0.27	0.21	0.27
Log Likelihood	-597.65	-288.88	-305.76

Fuente: Elaboración con datos propios.

### Bondad de ajuste para modelos de predicción de CAR, DM e IM

		CAR	DM	IM
<i>Ambos</i>	Prob>LR	0.00	0.00	0.00
	PseudoR2	0.11	0.09	0.12
	Log Likelihood	-306.65	-207.60	-215.25
	goodness-of-fit test Prob>Chi2	0.91	0.00	0.92
<i>Femenino</i>	Prob>LR	0.00	0.58	0.05
	PseudoR2	0.04	0.03	0.03
	Log Likelihood	-209.16	-55.52	-169.27
	goodness-of-fit test Prob>Chi2	0.40	0.55	0.33
<i>Masculino</i>	Prob>LR	0.00	0.04	0.01
	PseudoR2	0.14	0.04	0.15
	Log Likelihood	-93.04	-149.00	-42.82
	goodness-of-fit test Prob>Chi2	0.86	0.78	0.98

Fuente: Elaboración con datos propios.

La autora estudió la Licenciatura en Nutrición Humana en la Universidad Estatal de Sonora. Es egresada de la Maestría en Estudios de Población con especialidad en el área de salud en El Colegio de la Frontera Norte. Realizó movilidad con carga académica en el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.

Correo electrónico: [lnh.brendamicker@gmail.com](mailto:lnh.brendamicker@gmail.com)

*© Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.*

Forma de citar:

Flores Micker, Brenda (2018). “Insatisfacción con la imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo y deseo de modificación corporal en adolescentes, un reporte por sexo y orientación sexual en Hermosillo, Sonora” Tesis de Maestría en Estudios de Población. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 112 pp.