



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Conductas alimentarias de riesgo,
actitudes hacia el envejecimiento e ideal
estético corporal en mujeres adultas**

TESIS PRESENTADA POR

Lizbeth Pérez Sánchez

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Rosalía de la Vega Guzmán (Directora)

Doctora en Psicología y Educación

Blanca Edith Pintor Sánchez (Co-directora)

Doctora en Bioética

REVISORES

Gabriela Navarro Contreras

Doctora en Psicología

Júpiter Ramos Esquivel

Doctor en Ciencias Sociales

Claudia Unikel Santoncini

Doctora en Psicología

MORELIA, MICH., FEBRERO DE 2023





UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Conductas alimentarias de riesgo,
actitudes hacia el envejecimiento e ideal
estético corporal en mujeres adultas**

TESIS PRESENTADA POR

Lizbeth Pérez Sánchez

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Rosalía de la Vega Guzmán (Directora)

Doctora en Psicología y Educación

Blanca Edith Pintor Sánchez (Co-directora)

Doctora en Bioética

REVISORES

Gabriela Navarro Contreras

Doctora en Psicología

Júpiter Ramos Esquivel

Doctor en Ciencias Sociales

Claudia Unikel Santoncini

Doctora en psicología

MORELIA, MICH., FEBRERO DE 2023



DEDICATORIAS

A mi esposo, por apoyarme siempre en mis decisiones y por estar a mi lado haciendo más ligero este camino. Este proyecto no fue fácil, pero tú siempre estuviste motivándome y apoyándome en todo momento. Gracias por todo tu amor, por ser mi punto de apoyo y mi motor de todos los días.

A mis padres, por la formación y educación que con mucho esfuerzo lograron brindarme. Gracias a mi madre, por estar para mí incondicionalmente y ser una de mis mayores motivaciones. A mi padre, que ha sido mi mayor ejemplo de responsabilidad y perseverancia. Este logro es también de ustedes, gracias por acompañarme en cada uno de mis pasos.

A mis hermanas Jeanette y Mariana, por estar a siempre a mi lado en los mejores y peores momentos, por ser mis más grandes amigas y por todos sus logros que me motivan a ser mejor cada día. A mi sobrino Diego, por ser mi motivación para darle un buen ejemplo de vida.

A mis abuelos, por todas las enseñanzas que me dieron desde mi infancia, por enseñarme el valor del trabajo duro y estar en mis momentos más difíciles. Agradezco por tenerlos en mi vida.

A mis amigos de la maestría: Maribel, Ariana, Ana Hernández, Oscar y Amaranta, gracias por haberme acompañado siempre en este camino y ser un apoyo siempre que lo necesité. A mi mejor amiga Ana Prado, por todo tu apoyo y estar siempre a mi lado en cada etapa de mi vida. Gracias por estar.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por el sustento económico otorgado durante el periodo de realización de maestría.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por brindarme la oportunidad de ingresar al posgrado y darme las herramientas para formarme como investigadora.

Dra. Rosalía, porque desde el principio me enseñó la importancia de ser fiel a mis intereses. Gracias por todas sus enseñanzas, por ayudarme, por hacerme mejor estudiante y brindarme soporte cuando yo más lo necesitaba. Lo ha hecho increíble, es un gran ejemplo para mí.

Dra. Blanca, porque desde un principio compartió conmigo sus conocimientos y por su disposición para brindarme orientación en todo momento. Gracias por enseñarme tanto. Mi respeto y admiración siempre.

A mis revisores, Dra. Gabriela, gracias por orientarme en los análisis llevados a cabo. Dr. Júpiter, por hacerme cuestionamientos que ayudaron a mejorar mi tesis. Dra. Unikel, gracias por aceptar colaborar en este proyecto, por los instrumentos compartidos y su orientación.

¡Gracias a todos!

Índice

Índice de Tablas	6
Índice de Figuras	7
Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Capítulo 1. Planteamiento del Problema	12
1.1 Justificación.....	14
Capítulo 2. Conductas Alimentarias de Riesgo	16
2.1 Antecedentes de Investigación.....	16
2.2 La Conducta Alimentaria	20
2.3 Conceptualización de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	22
2.4 Tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Criterios Diagnósticos	22
2.4.1 Anorexia Nerviosa.....	22
2.4.2 Bulimia Nerviosa.	23
2.4.3 Trastorno por Atracones.	24
2.5 <i>Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)</i>	26
2.6 Modelos y Teorías Explicativas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	29
2.6.1 Modelo del Continuo.	29
2.6.2 Modelo del Discontinuo.....	30
2.6.3 Modelo de la Continuidad Parcial.....	31
2.6.4 Teoría Sociocultural.	32
2.6.5 Teoría Cognitivo- Conductual.....	34
2.6.6 Teoría Biológica.....	35
2.6.7 Teoría Psicoanalítica	36
2.7 Factores de Riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	38
Capítulo 3. Imagen Corporal e Interiorización del Ideal de Delgadez como Factores de Riesgo para las CAR	40
3.1 Definición de la Imagen Corporal	40
3.2 Componentes de la Imagen Corporal	42

3.3 Desarrollo de la Imagen Corporal	44
3.4 Insatisfacción con la Imagen Corporal	45
3.5 Factores Predisponentes para la Insatisfacción Corporal	47
3.6 Modelo Estético Corporal	48
3.7 Interiorización del Ideal de Delgadez	50
Capítulo 4. Envejecimiento e Imagen Corporal	52
4.1 El Proceso de Envejecimiento	52
4.2 Cambios Físicos en las Mujeres Adultas e Imagen Corporal	54
4.3 Estereotipos Asociados al Envejecimiento	58
4.4 Actitudes Negativas Hacia el Envejecimiento	60
4.5 Énfasis Social por la Juventud	63
Capítulo 5. Método	67
5.1 Objetivo	67
5.1.1 Objetivos Específicos	67
5.2 Hipótesis	67
5.3 Tipo de Estudio	68
5.4 Participantes	68
5.5 Instrumentos	69
5.6 Procedimiento	71
5.7 Consideraciones Éticas	72
5.6 Plan de Análisis	73
Capítulo 6. Resultados	74
6.1 Proporción de Mujeres que Presentan CAR, Insatisfacción Corporal, Interiorización del Ideal de Delgadez y Actitudes Negativas Hacia el Envejecimiento	74
6.2 Correlaciones Entre Variables	77
6.3 Correlación Entre Variables de Acuerdo con la Edad	79
6.4 Diferencias de Acuerdo con la Edad	83
6.5 Variables que Predicen las CAR	85

Capítulo 7. Discusión, Sugerencias, Limitaciones y Conclusiones	90
7.1 Discusión.....	90
7.2 Limitaciones y sugerencias	95
7.3 Conclusiones.....	96
Referencias	98

Índice de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes.....	69
Tabla 2. Correlaciones entre CAR e interiorización del ideal de delgadez.....	78
Tabla 3. Correlaciones entre CAR y actitudes negativas hacia el envejecimiento	79
Tabla 4. Correlaciones entre CAR e insatisfacción corporal según la edad	80
Tabla 5. Correlaciones entre CAR e interiorización del ideal de delgadez según la edad	81
Tabla 6. Correlaciones entre CAR y actitudes negativas hacia el envejecimiento según la edad	82
Tabla 7. Diferencias en las conductas alimentarias de riesgo según la edad	83
Tabla 8. Diferencias en la interiorización del ideal de delgadez según la edad.....	84
Tabla 9. Diferencias en las actitudes negativas hacia el envejecimiento según la edad	84
Tabla 10. Codificación de variables para el modelo de regresión logística	85
Tabla 11. Estadísticos de ajuste del modelo 1.....	86
Tabla 12. Tabla de clasificación modelo 1	86
Tabla 13. Variables en la ecuación modelo 1	87
Tabla 14 Estadísticos de ajuste modelo 2	88
Tabla 15. Variables en la ecuación modelo 2	89

Índice de Figuras

Figura 1. Práctica de conductas alimentarias de riesgo.....	75
Figura 2. Insatisfacción con la imagen corporal.....	76
Figura 3. Interiorización del ideal de delgadez.....	76
Figura 4. Actitudes negativas hacia el envejecimiento.....	77

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, las actitudes negativas hacia el envejecimiento, la insatisfacción con la imagen corporal y la interiorización del ideal de delgadez en mujeres adultas de Morelia.

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo de tipo correlacional. Se trabajó con una muestra no probabilística de 370 mujeres de 20 a 60 años, de la ciudad de Morelia. Los datos fueron recopilados utilizando el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, la escala visual de satisfacción corporal para mujeres, el cuestionario de actitudes hacia la figura corporal y el cuestionario de actitudes hacia la vejez.

Los resultados mostraron que las CAR están presentes en 36% de la muestra estudiada. Las conductas alimentarias de riesgo correlacionaron con la interiorización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal y en menor medida con las actitudes negativas hacia el envejecimiento. Las variables que resultaron predecir la presencia de conductas alimentarias de riesgo fueron la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción corporal. Las actitudes negativas hacia el envejecimiento no predicen las conductas alimentarias de riesgo.

Palabras clave: conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal, interiorización del ideal de delgadez, envejecimiento.

Abstract

The aim of this research was to analyze the relationship between risky eating behaviors, negative attitudes towards ageing, body image dissatisfaction and the internalization of the thin ideal in adult women in Morelia.

A quantitative correlational study was carried out. We worked with a non-probabilistic sample of 370 women between 20 and 60 years of age from the city of Morelia. Data were collected using the brief questionnaire of risky eating behaviors, the visual scale of body satisfaction for women, the questionnaire of attitudes towards body shape and the questionnaire of attitudes towards old age.

The results showed that CARs are present in 36% of the sample studied. Risky eating behaviors correlated with internalization of the thin ideal, body dissatisfaction and to a lesser extent with negative attitudes towards ageing. The variables that were found to predict the presence of risky eating behaviors were internalization of the thin ideal and body dissatisfaction. Negative attitudes towards ageing were not predictive of risky eating behaviors.

Key words: risky eating behaviors, body dissatisfaction, internalization of the thin ideal, aging.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) comprometen la salud y calidad de vida de las personas que lo padecen, de ahí la importancia de su diagnóstico y tratamiento. Existen casos en que las personas (especialmente las mujeres) presentan algunas conductas similares a los TCA, que, a pesar de no considerarse un trastorno como tal, ponen en riesgo la integridad de las personas. A estas se les ha llamado conductas alimentarias de riesgo (CAR).

En las mujeres adultas, la investigación en esta área no se ha profundizado, así como se ha hecho en población adolescente. En México existen pocos estudios que han indagado la presencia de estas conductas en este grupo de edad, es por eso que resulta relevante investigar su presencia, así como las variables que están relacionadas a esta.

La presente investigación tiene como objetivo principal analizar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, las actitudes negativas hacia el envejecimiento, la insatisfacción con la imagen corporal y la interiorización del ideal de delgadez en mujeres adultas de Morelia.

La tesis está estructurada en siete capítulos, en el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, así como la justificación del estudio.

En el segundo capítulo se describen lo relacionado con las conductas alimentarias de riesgo. Contiene los estudios previos acerca del tema y su relación con las variables de interés, el concepto de la conducta alimentaria, descripción de los trastornos de la conducta alimentaria, para posteriormente abordar el tema de conductas alimentarias de riesgo y sus características. En último lugar se puntualizan algunas teorías y modelos explicativos de los trastornos de la conducta alimentaria, así como los factores de riesgo que se han asociado a estos trastornos.

El tercer capítulo está dedicado a la insatisfacción corporal y la interiorización del ideal de delgadez. Primeramente, se integran algunas definiciones de imagen corporal, sus componentes y su desarrollo, para enseguida abordar el tema de la insatisfacción corporal. Por último, se habla del modelo estético imperante en la sociedad y la interiorización del mismo.

El capítulo cuatro está dirigido al tema del envejecimiento, se describe lo que se entiende por proceso de envejecimiento, los cambios que experimenta la mujer en dicho proceso y cómo puede impactar en su imagen corporal. También se abordan los estereotipos negativos hacia el envejecimiento a fin de explicar las actitudes negativas hacia este. El capítulo finaliza describiendo el énfasis que existe actualmente por la juventud y cómo es que afecta a las mujeres impidiendo que vivan su proceso de envejecimiento de manera positiva.

En el quinto capítulo se detallan el objetivo general del estudio, así como los específicos, la hipótesis, el diseño del estudio, la muestra, los instrumentos utilizados, el procedimiento que se llevó a cabo, el plan de análisis y las consideraciones éticas.

En la siguiente sección se describen los resultados de los análisis llevados a cabo, se incluyen también resultados de análisis adicionales que se llevaron a cabo con la finalidad de enriquecer el presente estudio.

Para finalizar, se presentan la discusión, conclusiones, limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones.

Capítulo 1. Planteamiento del Problema

Las encuestas nacionales de prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo no contemplan a la población adulta, pues el interés en esta área de estudio se ha centrado en adolescentes y jóvenes, sin embargo, hay otras investigaciones que también han reportado la presencia de las conductas alimentarias de riesgo en esta población (Oda-Montecinos et al., 2018), aunque siguen siendo pocos los estudios en el contexto mexicano (Álvarez et al., 2007; Bojórquez-Chapela et al., 2010; Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006; Valdez-Hernández et al., 2017).

Actualmente en la sociedad se promueven imágenes que priorizan la juventud y la delgadez (Marshall et al., 2012), dichos ideales corporales se fomentan a través de diversos medios generando presión social, la cual afecta de manera similar a mujeres jóvenes y a las diferentes generaciones de mujeres mayores (Lewis y Cachelin, 2001).

Partiendo de esta idea, las mujeres adultas también están en riesgo de interiorizar el ideal corporal y, por otro lado, considerando que al avanzar en edad se presentan cambios como el aumento de los depósitos de grasa, las arrugas y la flacidez, resulta difícil conseguir el cuerpo ideal (Hurd, 2000), por lo que esta población puede estar en riesgo de desarrollar actitudes negativas hacia el proceso del envejecimiento e insatisfacción corporal, así como llevar a cabo conductas alimentarias de riesgo con el fin de alcanzar los ideales corporales.

Por lo tanto, se considera necesario continuar investigando las conductas alimentarias de riesgo y las variables antes mencionadas en poblaciones que no han recibido la atención necesaria, tal como las mujeres adultas.

A partir de este interés surge la siguiente pregunta de investigación ¿Existe relación entre presencia de conductas alimentarias de riesgo, las actitudes negativas hacia el envejecimiento y la insatisfacción corporal en mujeres adultas de Morelia?

1.1 Justificación

Actualmente el valor que se le da a la posesión de un cuerpo delgado ha contribuido a que los patrones alimentarios restrictivos (como el seguimiento de dietas) sean cada vez más frecuentes entre la población, convirtiéndose incluso en conductas normales y ampliamente aceptadas (Gómez-Peresmitré et al., 2002).

La importancia de estudiar las conductas alimentarias de riesgo (CAR) es porque son mucho más frecuentes que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), y la práctica de estas es preocupante, ya que al mantenerse la persona dentro de los límites de lo que es considerado como normal no se detectan al no ser considerado como un problema, por lo tanto, no reciben tratamiento (Unikel et al., 2004).

Por ejemplo, en un estudio realizado por Micali et al. (2017) con 5658 mujeres de 40 a 60 años, se reportó que un 3.61% de la muestra presentó síntomas de trastornos alimentarios en los últimos 12 meses y un 15.33% reportó haber presentado estos síntomas a lo largo de su vida. De las mujeres que presentaron síntomas, únicamente el 27.4% informó haber recibido algún tratamiento en algún momento de su vida.

Además, la práctica frecuente de conductas alimentarias de riesgo puede traer repercusiones al organismo, tales como problemas urinarios y renales, disfunción pancreática, fatiga, mayores niveles de ansiedad, convulsiones, arritmias cardíacas, hipotensión y algunas veces muerte súbita (Wiseman et al., 1998, citado en Hunot et al., 2008).

Al presente, el ideal estético que es promovido en la sociedad apunta a la adquisición y mantenimiento de una imagen juvenil y delgada, la cual afecta significativamente a las mujeres que avanzan en edad, quienes son vulnerables a los mensajes sociales (Marshall et al, 2012). La exposición a las imágenes corporales que se

transmiten en los medios de comunicación origina la consciencia del ideal corporal y en algunos casos la interiorización del ideal corporal (Amaya et al., 2013), lo que puede generar insatisfacción corporal y preocupación por su propio envejecimiento (Saucier, 2004) debido a la presión de mantenerse jóvenes y delgadas, orillándolas algunas veces a llevar a la práctica conductas o comportamientos dirigidos a modificar su cuerpo.

La evidencia en la literatura muestra que estas conductas están presentes en las mujeres adultas, y también se ha reportado la asociación entre las CAR, la interiorización del ideal de delgadez, la insatisfacción con la imagen corporal y la ansiedad ante el envejecimiento (Álvarez, 2007; Carrad y Rothen, 2019). Sin embargo, la mayor parte de esta investigación se ha realizado en países de habla inglesa, por lo que existe una falta de información sobre la presencia de estas variables en las mujeres adultas de Morelia.

Atendiendo a la teoría del continuo, se considera que cualquier persona podría presentar conductas alimentarias de riesgo y posteriormente desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria (Suárez, 2002), es por ello que resulta necesario llevar a cabo esta investigación, para caracterizar de qué manera se dan estas conductas en adultas de este contexto local y así identificar a grupos de riesgo en México.

La realización de esta investigación brindará información pertinente para desarrollar intervenciones adaptadas a las características de las mujeres adultas de Morelia, que estén encaminadas a evitar que estas conductas evolucionen y así prevenir consecuencias mayores, ya que se sabe que los TCA son trastornos que en algunas ocasiones llevan a la muerte (Fitchter y Quadflief, 2016).

Capítulo 2. Conductas Alimentarias de Riesgo

En este capítulo se incluyen los antecedentes de investigación en este tema, también se aborda lo que implica la conducta alimentaria y la explicación de los trastornos de la conducta alimentaria, para posteriormente adentrarse al tema de las conductas alimentarias. Finalmente se abordan los modelos y teorías que han surgido en torno a los trastornos alimentarios, así como los factores de riesgo que se han asociado a los TCA.

2.1 Antecedentes de Investigación

Las investigaciones de las conductas alimentarias se han centrado en adolescentes y jóvenes, debido a que las edades en las que más frecuentemente suelen aparecer los trastornos alimentarios son entre los 12 y los 25 años (Díaz et al., 2003).

Aunque se considera que los trastornos alimentarios se presentan en mayor porcentaje en la adolescencia, Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) sostienen que las mujeres adultas también son vulnerables, debido a que durante la etapa de embarazo, lactancia y alteraciones menstruales se presentan cambios psicológicos de diversos tipos que pueden contribuir a que se presenten trastornos alimentarios.

En México son pocos los estudios realizados con adultas sobre el tema, uno de ellos es el realizado con 282 mujeres de 12 a 49 años, en el que se reportó que el 14.8% de la población tuvo puntajes de riesgo para las CAR, sin diferencias entre adolescentes y adultas. Además, la mayor parte de la muestra informó sentir preocupación por engordar (Bojórquez-Chapela et al., 2010).

En la investigación en población adolescente ha sido documentada la relación entre la insatisfacción corporal y las CAR (Magallanes et al., 2015), en población adulta se ha evidenciado también esta relación. Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) estudiaron a mujeres de entre 25 y 45 años residentes de la ciudad de México, donde se confirmó la

presencia de conductas alimentarias de riesgo, además de que la mayor parte de la muestra reportó sentirse insatisfechas con su imagen corporal (78.8%), y las conductas alimentarias de riesgo donde se obtuvo mayor puntaje fueron las compensatorias (ejercicio físico, uso de laxantes, diuréticos y pastillas para bajar de peso).

Otra investigación donde se evaluó a 48 mujeres de 34 a 46 años de la ciudad de México, reportó que la insatisfacción corporal estuvo presente en 17% de la muestra y que la sintomatología del trastorno alimentario se encontró en una de cada tres mujeres adultas, en cuanto a los tipos de sintomatología destacaron la bulímica 15%, la mixta 12% y la anoréxica con menor prevalencia con 6% (Álvarez et al., 2007).

Tiggemann y Lynch (2001) realizaron un estudio con mujeres de 20 a 84 años donde se reportó que la insatisfacción corporal de las mujeres se mantuvo estable en todas las edades, pero que la sintomatología alimentaria desordenada disminuyó con la edad.

Por otro lado, la interiorización del ideal de delgadez es otra variable que ha evidenciado estar relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria y con la insatisfacción corporal en población adolescente (Amaya et al., 2013; Saucedo-Molina y Unikel, 2010), sin embargo, en población adulta esta variable ha sido poco estudiada. A continuación, se revisan las investigaciones encontradas respecto a esta población.

En un estudio realizado en México con 48 mujeres de 34 a 46 años, donde se buscaba explorar la interiorización del ideal de delgadez, la imagen corporal y la sintomatología de trastorno alimentario, se encontró que 6 de cada 10 mujeres mostraron haber interiorizado el modelo estético que supone la delgadez femenina. También se reportó que la publicidad y los modelos sociales se asociaron con mayor sintomatología bulímica y sentimientos negativos posteriores a los periodos de atracón, los modelos

sociales también se relacionaron con mayor sintomatología anoréxica (Álvarez et al., 2007).

Otro estudio respecto a esta variable es el realizado por Zainal et al. (2020) quienes examinaron la relación entre la interiorización del ideal de delgadez y el riesgo de desarrollar TCA en 83 mujeres de 18 a 35 años residentes de Kuwait. Los resultados arrojaron la existencia de una relación positiva entre la interiorización del ideal de delgadez y el riesgo de TCA.

Un estudio más realizado en Nueva Zelanda con 258 hombres y mujeres usuarios de centros deportivos de entre 16 y 75 años para evaluar los predictores de las estrategias para perder peso, se encontró que en las mujeres la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción corporal se asociaron a un aumento en las estrategias de pérdida de peso (McCabe et al., 2007).

Como se puede apreciar, los estudios de la interiorización del ideal estético de la delgadez en mujeres adultas son escasos, por lo que es importante incrementar la investigación en esta población.

Como se ha revisado hasta ahora, algunos factores que están asociados a los trastornos alimentarios en las mujeres adultas edad son similares a los que se han observado con mujeres jóvenes, sin embargo, los cambios normales de apariencia relacionados con la edad (como el aumento de peso, la menopausia y el envejecimiento de rasgos físicos) que experimentan las mujeres de mediana edad parece ser una variable relevante en esta población (Slevec y Tiggemann, 2011).

Aunque la mayor parte de esta investigación sobre las actitudes hacia el envejecimiento se ha realizado con adultos mayores, en algunas investigaciones se ha evidenciado la presencia de actitudes negativas en diversas poblaciones. En un estudio

realizado por Hernández-Pozo et al. (2009) con 987 personas mexicanas de entre 15 y 69 años para conocer las actitudes negativas hacia el envejecimiento, se reportó que las mujeres obtuvieron puntajes más altos de actitudes negativas, también se encontró que, a mayor edad, el temor hacia el envejecimiento fue menor.

Árraga et al., (2016) realizaron un estudio con hombres y mujeres adultos (jóvenes, medios y mayores) residentes de Venezuela, en el que se evaluó la actitud hacia la vejez utilizando un instrumento con tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. La actitud hacia la vejez en el componente cognitivo resultó ser neutra, en el afectivo y conductual fue ligeramente positiva. Además, no se encontraron diferencias en los componentes cognitivo y afectivo de los tres grupos etarios, en el componente conductual, la actitud resultó ser más positiva en el grupo de adultos mayores.

Otro estudio existente es el realizado por en Malasia por Faudzi et al., (2018) para explorar las actitudes hacia el envejecimiento en 911 mujeres y hombres de entre 18 y 60 años, agrupados en cuatro grupos de edad: 18 a 29, 30 a 39, 40 a 49 y 50 a 60 años. En este estudio se reportó que los hombres arrojaron actitudes más positivas que las mujeres y que el grupo de mayor edad (50-60 años) tuvo actitudes más positivas hacia el envejecimiento en comparación con los dos grupos de edad más jóvenes (18-29 y 20-39 años).

En una investigación realizada con mujeres de 60 y 75 años residentes de Francia se evidenció que el miedo a los cambios de aspecto relacionados con la edad correlacionó positivamente con los episodios de atracones, el ejercicio excesivo y con la preocupación por comer (Carrard y Rothen, 2019). Coincidiendo con esta idea, Lewis y Cachelin (2001) en su estudio con mujeres mayores de 50 años, reportaron que las participantes con síntomas de trastornos alimentarios informaron un mayor miedo al envejecimiento.

Ahora bien, también se han reportado estudios en los que no se ha encontrado correlación entre los trastornos alimentarios y la preocupación por el envejecimiento. Midlarsky y Nitzburg (2008) realizaron un estudio en Estados Unidos con 290 mujeres que tenían entre 45 y 60 años. Su objetivo era investigar los factores que pueden estar asociados a los trastornos alimentarios entre las mujeres de mediana edad. Los resultados arrojaron que, en las mujeres de la muestra, la presión sociocultural por la delgadez, la insatisfacción con la imagen corporal y el perfeccionismo correlacionaron significativamente con la patología alimentaria, no obstante, la preocupación por el envejecimiento no se asoció con esta.

Como se puede observar, no se encontraron estudios sobre esta variable y su relación con las CAR en población mexicana, por lo que es conveniente indagar la presencia de esta variable y el papel que juega en las conductas alimentarias de riesgo en población adulta de Morelia.

Los estudios descritos en este apartado abordan la problemática de las conductas alimentarias de riesgo y las variables propuestas en poblaciones adultas, pero son pocas las que se desarrollan más allá de la adultez emergente, o que toman en cuenta la totalidad de los años que comprende la adultez media.

2.2 La Conducta Alimentaria

La conducta alimentaria hace referencia a las acciones de las personas para responder a las necesidades nutricionales, dirigidas a mantener el equilibrio energético y aportar al organismo las cantidades de nutrientes necesarios para su buen funcionamiento (Saucedo-Molina, 2003).

La sensación de hambre a la que las personas responden obedece no solo a aspectos biológicos, también a aspectos psicológicos, sociales y culturales (Schwarz et al.

2000; Woods et al. 2000). Ortiz (2007) considera que los alimentos además de componerse de nutrientes, también se componen de significantes, es decir, que su función no es puramente fisiológica, sino también social.

Lacunza et al. (2010) mencionan que en el desarrollo de los comportamientos alimentarios intervienen diversos factores, tales como la experiencia directa con la comida en el entorno social y familiar, la imitación de modelos, el estatus social, las tradiciones culturales, entre otros; por lo que la conducta alimentaria tiene una significación para cada persona, en la que influyen experiencias anteriores, sentimientos, emociones y necesidades.

El comer o no comer es entonces una respuesta fisiológica al hambre, que está determinada por el ambiente y su disponibilidad alimentaria, con las costumbres culturales y los determinantes sociales que establecen las formas corporales y finalmente la decisión individual de comer o no comer (Ortiz, 2007).

La alteración de esta conducta es lo que ha originado los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas alimentarias de riesgo, que se desarrollan por las modificaciones a la alimentación dirigidas conseguir un cuerpo delgado (Saucedo-Molina y Unikel, 2010).

Enseguida se explica el tema de conductas alimentarias de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria. Es importante mencionar que el centro de esta investigación es estudiar las conductas alimentarias de riesgo (CAR), sin embargo, ya que se ha considerado que en las CAR se presentan síntomas parciales de los trastornos de la conducta alimentaria, se cree necesario explicar y comprender los trastornos de la conducta alimentaria y sus características para entender lo que son y lo que no son las conductas alimentarias de riesgo.

2.3 Conceptualización de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria hacen referencia a un grupo de trastornos psiquiátricos que se caracterizan por la presencia de comportamientos alimentarios anormales, cuyas tasas de mortalidad suelen ser altas si no son tratados de forma adecuada (Duarte y Mendieta, 2019).

Méndez et al. (2008) definen los trastornos de la conducta alimentaria como alteraciones específicas y severas de la ingesta de los alimentos, en los que se come en exceso o se deja de comer, en respuesta a un impulso psíquico y no a una necesidad biológica.

Por su parte de la Vega y Gómez-Peresmitré (2012) definen a los TCA como “comportamientos anormales relativos a la alimentación, así como actitudes, emociones y sentimientos negativos hacia el tamaño y la forma del cuerpo” (p. 225).

2.4 Tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Criterios Diagnósticos

A continuación, se explicarán los trastornos de la conducta alimentaria y los criterios que deben cumplirse para considerarse como tal. Únicamente se incluyen los trastornos que para este estudio tienen relevancia.

2.4.1 Anorexia Nerviosa.

Etimológicamente el término anorexia que se deriva del prefijo “an” y del griego “orexis” significa pérdida del apetito, sin embargo, el término no está bien expresado, ya que en las personas que padecen anorexia nerviosa a pesar de que se niegan a comer para conseguir la delgadez, el hambre puede estar presente durante la enfermedad (Bravo et al., 2000).

En la anorexia nerviosa existe el deseo por ser delgado y el miedo a engordar, manifestándose a través de algunos síntomas que incluye el reducir a voluntariamente la ingesta de alimentos, lo que lleva a la pérdida de peso (Unikel et al., 2017).

El *DSM 5* (2014) establece los siguientes criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa:

- A) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que lleva a un peso corporal significativamente bajo (se refiere al peso que es inferior al mínimo normal o al mínimo esperado).
- B) Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso.
- C) Alteración en la percepción sobre el propio peso, influencia impropia del peso o de la constitución corporal en la autoevaluación, o falta de reconocimiento de la gravedad del actual bajo peso corporal.

Subtipos clínicos:

- Tipo restrictivo: durante los últimos 3 meses el individuo no ha presentado episodios de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de diuréticos, laxantes o enemas).
- Tipo con atracones/purgas: durante los últimos 3 meses el individuo ha presentado episodios de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización de diuréticos, laxantes o enemas).

2.4.2 Bulimia Nerviosa.

Etimológicamente el término bulimia significa “tener un apetito tan grande como el de un buey” o “la capacidad para comer como un buey” (López y Treasure, 2011). La

bulimia nerviosa se caracteriza por constantes atracones y la práctica de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso (Echeburúa et al., 2002).

En el *DSM 5* (APA, 2014) se establecen los siguientes criterios diagnósticos para bulimia nerviosa:

- A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón está caracterizado por:
 - 1. Ingerir en un periodo determinado una cantidad de alimentos que es superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un periodo similar y en circunstancias similares.
 - 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos durante el episodio (por ejemplo, sensación de que no se puede dejar de comer o controlar la cantidad de lo que se ingiere ni lo que se ingiere).
- B) Comportamientos compensatorios inapropiados con el objetivo de evitar ganar peso, como el vómito inducido, el uso inapropiado de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, el ayuno o la práctica de ejercicio en exceso.
- C) Los comportamientos compensatorios y los atracones se presentan al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D) La autoevaluación se ve indebidamente influida por el peso y la constitución corporal.
- E) La alteración no se produce únicamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

2.4.3 Trastorno por Atracones.

El trastorno por atracones y la bulimia nerviosa comparten la característica de alimentación en forma compulsiva, sin embargo, en el trastorno por atracón no se presentan las conductas compensatorias típicas de la bulimia nerviosa (Baile, 2014).

El *DSM 5* reconoce los siguientes criterios diagnósticos:

- A) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio por atracón se caracteriza por:
 - 1. Ingestión en un periodo de tiempo determinado de una cantidad de alimentos que es superior a lo que la mayoría de personas ingeriría en un periodo similar y en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere (por ejemplo, sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere ni la cantidad que se ingiere).
- B) Los episodios por atracones se relacionan a tres o más de los siguientes hechos:
 - 1. Comer más rápido de lo normal.
 - 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre.
 - 4. Comer solo debido a la vergüenza que se experimenta por la cantidad que se ingiere.
 - 5. Sentirse después deprimido o avergonzado con uno mismo.
- C) Malestar intenso respecto a los atracones.
- D) Los atracones se producen al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E) El atracón no se asocia a la presencia recurrente de una conducta compensatoria inapropiada como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

1.3.4 Trastorno de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de Alimentos

Especificado. El *DSM 5* (2014) asignó esta categoría para las representaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria que causan malestar significativo en áreas importantes del funcionamiento pero que no

cumplen con los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria. Algunos ejemplos de esta categoría son:

- Anorexia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios para anorexia nerviosa a excepción del peso, el cual está dentro o encima del normal, a pesar de la pérdida significativa de peso.
- Bulimia nerviosa (de frecuencia baja o duración limitada): se cumplen todos los criterios para bulimia nerviosa, pero los atracones y conductas compensatorias se producen menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por consumir exceso de alimentos después de cenar.

2.5 Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR).

Es importante mencionar que las CAR no son consideradas un trastorno específico en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Las conductas alimentarias de riesgo han recibido diversos nombres, como síndromes parciales, síndromes atípicos, conductas alimentarias anormales, y trastornos subclínicos (Lacunza et al., 2010).

Según Unikel et al. (2017) las conductas alimentarias de riesgo hacen referencia a una serie de conductas alteradas de la ingesta de alimentos que están encaminadas a la pérdida de peso, pero que no cumplen con los criterios diagnósticos para ser consideradas como trastornos de la conducta alimentaria. Además, entre sus aportaciones se encuentra que entre las conductas alimentarias de riesgo se incluyen la práctica de atracones, el seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, uso de laxantes y diuréticos, uso de pastillas para bajar de peso, el vómito autoinducido y la práctica excesiva de ejercicio.

Aunque las conductas alimentarias de riesgo son manifestaciones similares a los TCA, se diferencian porque las CAR se presentan con menor intensidad en cuanto a la duración y frecuencia en que la persona lleva a cabo la conducta (Unikel et al., 2017), en el caso de los TCA las manifestaciones alimentarias perjudiciales son más repetitivas y permanentes (Caldera et al., 2019).

Enseguida se explica de manera breve cada una de estas conductas (Unikel et al., 2004):

- Conductas de tipo restrictivo

Dieta restrictiva: se define como la tendencia voluntaria a la restricción de alimentos que la persona considera como “engordadores” así como la eliminación de tiempo de comida con el objetivo de perder peso (Gómez y Ávila 1998, citado en Saucedo-Molina, 2003).

Ayuno: se refiere a la abstinencia total o parcial de los alimentos por un determinado periodo de tiempo (Salinas, 2014).

Ejercicio excesivo: el DSM 5 (APA, 2014) lo define como aquel que interfiere significativamente con otras actividades importantes de la persona, se lleva a cabo en lugares y momentos inapropiados o cuando se realiza a pesar de complicaciones médicas o lesiones.

La práctica de ejercicio físico mejora la calidad de vida de las personas otorgando beneficios fisiológicos y psicológicos (Márquez et al., 2006), sin embargo, puede convertirse en un factor de riesgo cuando se realiza con demasiada intensidad y duración implicando riesgos para la salud (Márquez y de la Vega, 2015).

- Conductas de tipo purgativo

Vómito autoinducido: consiste en forzar voluntariamente la expulsión del contenido gástrico para evitar que los alimentos se metabolicen en el organismo (Hernández, 2018).

Uso de laxantes y diuréticos: el primero se refiere al uso de fármacos con la finalidad de acelerar el tránsito intestinal y así reducir la absorción de los nutrientes (Hernández, 2018). El segundo son fármacos cuyo uso provoca la eliminación de agua y sodio del cuerpo (Cruz-Aranda, 2018).

III. Atracones

Atracón: se define como la ingesta en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a lo que la mayoría de las personas ingeriría en circunstancias parecidas y en un periodo similar, este acto está acompañado de una sensación de falta de control sobre lo que se ingiere (APA, 2014).

Behar (2008), subrayó que la práctica de las conductas alimentarias de riesgo antes mencionadas, pueden dificultar la capacidad de vivir una vida óptima, pues interfieren en aspectos como el trabajo, la salud, el rendimiento académico y laboral y las relaciones interpersonales. Además, se considera que cuando las CAR se vuelven agudas y crónicas pueden convertirse en un trastorno de la conducta alimentaria (Caldera et al., 2019).

Algunas de estas conductas de riesgo son consideradas como normales o normativas en la población (como la restricción alimentaria), que es difícil saber hasta qué punto dejan de ser saludables (Unikel et al., 2017). Uno de los instrumentos para evaluar estas conductas es el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, el cual nos ofrece una pauta para considerar cuando la práctica de estas conductas alimentarias ponen en riesgo a las personas de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, donde las personas que obtienen un puntaje mayor a 7 (cada punto es asignado según si

se practica cada conducta alimentaria de riesgo y su frecuencia) son las que se encuentran en riesgo moderado y las personas que obtienen una puntuación mayor a 10 se encuentran en riesgo alto (Altamirano et al., 2011).

Actualmente existen diferentes teorías y modelos que explican el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, mismas que podrían resultar útiles para la comprensión de la etiología de las conductas alimentarias de riesgo, a continuación, se abordaran algunas de ellas.

2.6 Modelos y Teorías Explicativas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

2.6.1 *Modelo del Continuo.*

El modelo del continuo propuesto por Nylander en 1971 (como se citó en Gleaves et al., 2004) explica que, en un extremo de una línea recta, se encuentran las conductas alimentarias normales y en el otro extremo se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria, en el centro de esta línea están las conductas alimentarias de riesgo.

Este modelo establece que las diferencias entre las personas con trastornos alimentarios y las que presentan formas más leves de este, son únicamente de grado (es decir son diferencias cuantitativas), sugiriendo que los grupos del continuo comparten características psicológicas similares (Nylander, 1971; Rodin et al., 1985 citados en Scarano y Kalodner-Martin, 1994).

Algunos autores como Garfinkel et al. (1995) consideran que el comportamiento dietético que se produce a lo largo de un continuo, aunque es necesario, no es suficiente para que se desarrolle un TCA, la presencia de otros factores de riesgo es lo que puede producir el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. El autor considera que se debe hablar entonces de un continuo de factores de riesgo más que de dietas.

Ruderman y Besbeas (1992), propusieron que las variables que distinguen a las personas con conductas alimentarias normales de los dietantes, son las mismas que diferencian a las personas con trastornos alimentarios de los dietantes, es decir difiriendo en el grado, pero no en el tipo.

Lowe et al. (1996) plantean que el modelo del continuo predice que las personas que hacen dieta de forma continuada presentarían más patologías relacionadas con los trastornos alimentarios en comparación con las personas que no hacen dietas de forma continua.

Mintz y Betz (1988) en su estudio con mujeres universitarias a las cuales clasificaron en seis categorías que iban desde la alimentación normal hasta la bulimia nerviosa, encontraron que entre mayor era el grado de alteración en la alimentación, mayor era la insatisfacción corporal y la tendencia a respaldar creencias socioculturales sobre la aceptabilidad de la delgadez. Por su parte Peck y Lightsey (2008), en su estudio con tres grupos de mujeres; asintomáticas, sintomáticas y con TCA, reportaron que el nivel de autoestima fue más bajo en las mujeres que padecían TCA en comparación con los otros grupos, evidenciándose mayor autoestima en el grupo de asintomáticas. Los estudios de Tilka y Subich (1999), apoyan también el modelo del continuo, al encontrar que el neuroticismo era mayor en las mujeres sintomáticas que en las asintomáticas, y este resultó mayor en mujeres con TCA respecto a las sintomáticas.

2.6.2 Modelo del Discontinuo.

De acuerdo con Gleaves et al. (2000) el modelo del discontinuo establece que un trastorno alimentario es cualitativamente diferente de las preocupaciones menores del peso y la alimentación que se presentan en personas con conductas alimentarias de riesgo. En apoyo a esto, Crisp 1965 (como se citó en Hernández, 2006) estableció que el temor a ganar peso en las personas dietantes es esencialmente diferente al temor de las

personas anoréxicas, pues estas enfrentan un sentimiento de incapacidad ante la necesidad de crecimiento y desarrollo.

Esta perspectiva de la discontinuidad predice que la intensidad, la naturaleza cualitativa, la extensión y la organización de cada trastorno, así como sus síntomas, varían de forma no lineal, en contraposición a lo que se establece en el modelo del continuo (Levine y Smolak, 2020).

Desde el punto de vista de Selvini- Palazoli 1978 (como se citó en Gleaves et al., 2004), aunque una persona realice dieta y presente al menos uno de los síntomas de la anorexia nerviosa, es cuantitativa y cualitativamente diferente a una persona diagnosticada con anorexia nerviosa, cuantitativamente porque el dietante presenta menos síntomas de los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, y cualitativamente debido a que el dietante no presenta las mismas motivaciones para perder peso que un individuo diagnosticado.

Garner et al. (1983) llevaron a cabo un estudio en el que compararon los rasgos psicológicos de tres grupos de mujeres; el primero conformado por mujeres con anorexia nerviosa, el segundo por mujeres preocupadas por su peso y el tercero mujeres sin preocupaciones por el peso. Los resultados mostraron que algunos rasgos como la ineficacia, la desconfianza interpersonal y la conciencia interoceptiva se presentaba en el grupo de mujeres con anorexia nerviosa, resultando infrecuente en el grupo de mujeres preocupadas por su peso.

2.6.3 Modelo de la Continuidad Parcial.

Esta teoría supone la existencia de la continuidad y discontinuidad revisadas anteriormente, pues se considera que existe una continuidad entre la dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno alimentario en función de las similitudes presentadas en

las creencias, actitudes y conductas, por otra parte, propone una discontinuidad en lo referente a psicopatología y ajuste social asociados (Levine & Smolack, 1992 citado en Hernández, 2006).

Lindeman et al. (2001) comprobaron esta teoría a través de un estudio donde encontraron que los síntomas bulímicos, el impulso de delgadez, la insatisfacción corporal, el perfeccionismo, la ineficacia y el miedo a la madurez aumentaban linealmente entre las mujeres sin problemas alimentarios, las que presentaban conductas alimentarias de riesgo y las que padecían TCA, sin embargo, también reportaron un aumento brusco no lineal en las variables mencionadas entre las mujeres que padecían TCA en comparación con los otros dos grupos.

2.6.4 Teoría Sociocultural.

Los factores culturales adquieren relevancia para entender de qué manera se describe, diagnostica, minimiza y trata esta condición en la sociedad (Ayuzo-del Valle y Covarrubias-Esquer, 2019).

Este modelo explica los TCA como una expresión de los valores sociales predominantes en la cultura en la que se desenvuelve el individuo (Pintor, 2010), pues como sostienen Behar y Arancibia (2015), “el cuerpo opera como instrumento simbólico que comunica sobre la cultura, sus normas y límites, con lo que se evidencia la inestabilidad sociocultural en condiciones inciertas para una construcción identitaria saludable” (p.229).

Behar (2010) sostiene que el incremento de los trastornos alimentarios está relacionado con la sociedad actual, en la que se utiliza al cuerpo como un pase al logro del estatus social, y el poseer una figura delgada es sinónimo de éxito, poder y atractivo. En una sociedad donde se glorifica la belleza y la juventud, es de esperarse que aumente

la preocupación por la apariencia física, misma que puede llegar a ser perturbadora, en especial para las mujeres, pues la presión social hacia la belleza es mayor en ellas que en los hombres (Raich, 2004).

De acuerdo con Rivarola y Penna (2006) cuando las mujeres no cumplen las exigencias de poseer un cuerpo delgado, pueden ser rechazadas por la familia, las amistades, la pareja y en general por el medio social que las rodea. En este sentido, Carrillo (2005) considera que las exigencias profesionales también influyen en el deseo de estar delgado, debido a la presión ejercida sobre el aspecto corporal a la hora de acceder al mundo profesional, donde es importante la presencia exterior.

Por otro lado, la imposición de un modelo cultural de la delgadez se relaciona con el miedo a la obesidad, pues las personas con obesidad y sobrepeso son estigmatizadas con una serie de atributos negativos, se les considera como indisciplinadas, poco atractivas, perezosas y carentes de autocontrol. En contraste, el poseer un cuerpo delgado da cierto estatus a las personas, ya que son vistas como personas con éxito, con las características correctas, atractivas, libres, entre otras asociaciones positivas (Madden y Chamberlain, 2004; Ogden, 2005).

Álvarez (2006) en un estudio con mujeres que padecían TCA y mujeres con alto riesgo de padecer estos trastornos de 18 a 30 años de edad, cuyo objetivo era evaluar los factores predictores de los TCA, reportaron que el punto de entrada de desarrollo de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria es por medio de los factores socioculturales. Sin embargo, Carrillo (2005) sostiene que los factores sociales no influyen a todas las personas de la misma forma ni por sí mismos, sino que lo hacen a través de micro contextos individuales que se establecen a través de aspectos personales y familiares.

2.6.5 Teoría Cognitivo- Conductual.

Esta teoría establece que las creencias que se tienen sobre el peso y la alimentación integran el núcleo de la psicopatología de los trastornos alimentarios (Vitousek y Brown, 2015). De esta manera, la sobrevaloración del peso y los intentos de controlarlo dan lugar a la restricción de alimentos, que a su vez puede provocar agravamiento de las preocupaciones del peso y la forma corporal (Dakanalis et al., 2014).

De acuerdo con Celis y Roca (2011) el elemento que mantiene los trastornos de la conducta alimentaria es un sistema disfuncional de autoevaluación, pues las personas con TCA establecen juicios sobre sí mismas casi de forma exclusiva en relación con sus hábitos alimentarios, su peso corporal y su figura. A diferencia de las personas que no padecen estos trastornos, quienes se evalúan a sí mismas con base en la impresión que tienen de su propia actuación en distintas áreas de su vida.

El autoesquema corporal representa un concepto esencial para este modelo. Este autoesquema es el que hace que la persona dirija su atención a los estímulos relacionados con la comida y el cuerpo, activando sesgos cognitivos, mismos que a su vez provocan emociones negativas, entonces la persona percibe estas emociones negativas como aversivas sintiendo la necesidad de hacer algo por deshacerse de esas emociones, por lo que evita este estado afectivo a través de alimentación restrictiva, ejercicio excesivo y comportamientos purgativos (Williamson et al., 2004).

De acuerdo con Rutzstein (2018), los sesgos cognitivos referentes al peso y la imagen corporal que son cualidades de la anorexia y bulimia nerviosa, son los que ocasionan que el trastorno persista, pues representan la característica principal de los TCA. De esta manera, las conductas restrictivas y las conductas compensatorias que acompañan a los TCA, representan consecuencias negativas de estos sesgos cognitivos.

2.6.6 Teoría Biológica.

La teoría biológica o médica considera que los trastornos de la conducta alimentaria pueden derivarse por alteraciones de cualquier componente que intervenga en la regulación de la ingesta (Genis-Mendoza et al., 2013)

Según Foster (1988, como se citó en Hernández 2006) la anorexia nerviosa es la consecuencia de alteraciones endocrinas. Russell (1977, citado en Hernández 2006), sostuvo que existe en la anorexia nerviosa un trastorno de la función hipotalámica en el que se deterioran los centros de la alimentación, particularmente en el eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, que en animales ha provocado rechazo de alimento y agua. La hipófisis anterior no secreta gonadotropinas, disminuye la producción ovárica de estrógenos y cesa la ovulación. Schwartz et al. (2000) sugieren que un daño en el hipotálamo lateral puede producir anorexia nerviosa y pérdida de peso corporal, debido a que este es considerado el centro del hambre.

Por otra parte, dentro de esta teoría se sugiere que en las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria existen alteraciones de la función de la serotonina, la cual se encarga de regular los mecanismos de saciedad. De esta manera, las personas con anorexia nerviosa experimentan un aumento en los niveles de serotonina, lo que las lleva a desarrollar rápidamente la saciedad, por el contrario, en las personas con bulimia nerviosa los niveles bajos de serotonina desarrollan poca sensación de saciedad, por lo que las personas tienen a comer en exceso (Kaye et al., 2005).

También se ha considerado que la alteración en los sistemas de la colecistoquinina (hormona que induce la saciedad), leptina (hormona involucrada en la regulación del peso corporal), y algunos péptidos implicados en el control de la ingesta alimentaria podrían ser los causantes de que algunas personas desarrollen algún trastorno de la conducta alimentaria (Madruga et al., 2013).

Finalmente, otro factor biológico es la influencia de los genes sobre la vulnerabilidad a padecer TCA. Existe evidencia de que los familiares de pacientes con algún tipo de TCA presentan mayor riesgo de padecer estos trastornos. Así mismo, los estudios de gemelos han sido útiles para los efectos de los genes y el ambiente sobre la predisposición a padecer TCA, dichos estudios han evidenciado que, en la anorexia nerviosa, los gemelos monocigóticos tienen mayor concordancia que los gemelos dicigóticos, esto es que el efecto genético explica mayormente la predisposición a la anorexia nerviosa (Jáuregui, 2013).

2.6.7 Teoría Psicoanalítica

El enfoque psicoanalítico se centra en la función y los significados de los síntomas y el papel que juegan las relaciones desarrolladas en la infancia en estos trastornos (Ogden, 2005). Desde esta perspectiva la anorexia nerviosa se desarrolla a partir del rol de la madre, Díaz y Cruzat (2011) describen a esta madre con fallas en la relación temprana con la hija causando en la niña la dificultad para realizar una separación e independencia de la madre. Pool (2016) sostiene que generalmente se trata de las madres que perdieron a su madre cuando eran niñas, aquellas que no tuvieron una relación sana con su madre o las que intentan darles a sus hijas lo que no tuvieron.

También se plantea que la madre al criar a la hija lo hace conforme a sus propias necesidades por encima de las de la hija, es por eso que la niña no se reconoce como un individuo separado sino como una prolongación de su madre. Por lo tanto, la niña no podrá desarrollar un sentido sano del self, percibiendo su cuerpo como ocupado por una madre introyectada negativamente y la inanición (privación de comida) puede representar un intento de detener el crecimiento de este objeto intrusivo (Gabbard, 2002, citado por Aravena, 2016).

Para Bruch (1985, citado en Ogden, 2005) considera que la madre que suele anticiparse a cada una de sus necesidades de la hija (cuando entiende que tiene hambre, sed o cansancio), ocasiona que la hija responda a las necesidades de la madre y no a las propias, por lo que la niña desarrollará ineficacia y será incapaz de identificar sus estados internos. Para este autor, las niñas a las que se les hace sentir ineficaces son las que pueden desarrollar anorexia nerviosa.

Las personas con anorexia nerviosa a través del síntoma restrictivo-purgativo buscan una salida para alcanzar la individualidad, es decir, el síntoma es visto como un espacio de control (quizá el único espacio) frente a una madre a la cual es difícil de complacer (Betancourt et al., 2007).

Johnson y Connors (1987, citado en Biedermann et al., 2009) consideran que el fracaso del proceso de individuación se exterioriza en dos tendencias, un sobre involucramiento materno estaría relacionado a la anorexia nerviosa, mientras que un bajo involucramiento de la madre estaría asociado a la bulimia nerviosa

A partir de esta teoría se propone que el desarrollo de un vínculo temprano apropiado entre la madre y la hija representaría un factor protector frente al desarrollo de patologías como lo son los trastornos de la conducta alimentaria (Betancourt et al., 2007).

Como se puede observar existen diversas teorías y modelos que intentan explicar las causas de los trastornos alimentarios, sin embargo, hasta la actualidad no se tiene certeza del origen de dichos trastornos. En este estudio se retoma la teoría sociocultural, pues se considera que la sociedad ejerce gran influencia en las mujeres aun cuando son adultas, generando presión por conseguir una figura delgada, lo que puede llevar al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo.

2.7 Factores de Riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los factores de riesgo se definen como aquellas circunstancias o características que aumentan la probabilidad de desarrollar, padecer alguna enfermedad (Pita et al., 1997).

Shiltz (1997, citado en Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004) propone una clasificación de factores de riesgo en la que se incluyen factores individuales, psicosociales y socioculturales. Los factores individuales incluyen la insatisfacción con la figura y el peso corporal, la práctica crónica de dietas, las experiencias de abuso sexual, algunos sucesos traumáticos de la vida tales como la pérdida de un ser querido, el rompimiento de una relación importante o algún cambio geográfico. Dentro de los factores psicosociales se encuentran la presencia de trastornos afectivos, baja autoestima y los rasgos de la personalidad tales como la necesidad de aprobación, la dificultad para expresar sentimientos (especialmente la ira), la evasión de conflictos, un rígido patrón de pensamiento con gran énfasis puesto en el “deber ser”, la sensación de ausencia de control que se traduce en la búsqueda de control de la conducta alimentaria, el perfeccionismo y el problema básico de identidad. Y por último los factores socioculturales en los que se encuentran los ideales de belleza, las actitudes de la familia hacia el peso corporal, la confusión de roles en la familia, la falta de definición de límites, el maltrato emocional, la influencia del grupo de pares, el involucramiento en actividades que acentúan el bajo peso, y las críticas en relación a la figura y el peso.

Gómez-Peresmitré (1997) considera que entre los factores de riesgo para el desarrollo de TCA que cuentan con mayor documentación se encuentran la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción de la misma, además refiere que estas variables son el resultado de la interacción de situaciones sociales como la presión ejercida de los medios de comunicación y las normas sociales sobre la belleza y la salud; variables

individuales objetivas como el peso y la forma real; comportamientos alimentarios; variables psicosociales subjetivas tales como la autopercepción y percepción de los demás del tamaño corporal y el peso, el autoconcepto y la autoestima.

Los TCA son trastornos complejos y multicausales, que son el producto de una combinación de factores predisponentes y precipitantes, que hacen a la persona más vulnerable a padecerlos (Baños y Miragal, 2015). Algunos autores consideran que cuantos más factores de riesgo interactúan en la persona, mayor es la probabilidad de desarrollar algún trastorno alimentario (Fairburn et al., 1997).

Con base en lo anterior, se puede afirmar que existen una serie de factores que podrían orillar a las mujeres adultas a practicar conductas alimentarias de riesgo y aumentar la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. En esta investigación se abordarán dos posibles factores de riesgo que son insatisfacción corporal e la interiorización del ideal de delgadez.

También se incluye la preocupación por el envejecimiento, que si bien no es un factor de riesgo reconocido, es una variable que puede tener relación con las conductas alimentarias de riesgo, pues tanto las mujeres adultas como las adolescentes están sujetas a presiones socioculturales hacia la delgadez, que pueden verse agravadas en mujeres que avanzan en edad debido a las preocupaciones relacionadas con el proceso de envejecimiento del cuerpo (Midlarsky y Nitzburg, 2008) ocasionando que las mujeres se sientan insatisfechas con su propio cuerpo al alejarse del ideal de delgadez marcado por la sociedad, información que será descrita en las siguientes líneas.

Capítulo 3. Imagen Corporal e Interiorización del Ideal de Delgadez como Factores de Riesgo para las CAR

En este capítulo se aborda el tema de insatisfacción corporal, comenzando por definir lo qué es la imagen corporal y los componentes de esta, posteriormente se revisa de qué manera se desarrolla dicha imagen a lo largo de las diferentes etapas de la vida para comprender lo que implica estar insatisfecho con la imagen corporal. Después se habla sobre el modelo estético corporal vigente en la sociedad actual y finalmente se aborda el tema de interiorización del ideal de delgadez.

3.1 Definición de la Imagen Corporal

Actualmente existen diversas definiciones de la imagen corporal y no existe un consenso acerca de una definición precisa. Schilder (1935, citado en González et al., 2009) fue el autor que definió por primera vez este constructo en su libro *Image and Appearance of the Human Body*, donde propuso que la imagen corporal es la imagen que tenemos del propio cuerpo y que es formada por nuestra mente, es decir, la forma en que nuestro cuerpo se nos manifiesta mentalmente. Sin embargo, para Tasa (2018) la imagen corporal es más que la fotografía mental que se tiene del propio cuerpo, también los pensamientos y emociones que genera esta forman parte de lo que se conoce como imagen corporal.

Baile (2003) propone la siguiente definición que integra los componentes mencionados por la anterior autora “la imagen corporal es 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).

Por su parte, Rodríguez (2013) considera que la imagen corporal es una representación mental completa, multifacética y en constante actualización respecto a

nuestro cuerpo y su experiencia emocional. El autor también resalta que esta representación mental es acentuadamente subjetiva porque se forma del modo en que nos sentimos respecto al cuerpo, cómo nos comportamos con nuestro cuerpo, cómo lo valoramos y opinamos, cómo creemos que las personas lo perciben y reaccionan ante él.

Por lo tanto, la imagen corporal de una persona no está determinada por la forma real del cuerpo, sino más bien por la evaluación subjetiva sobre lo que significa tener ese tipo de cuerpo en su cultura (Grogan, 2017).

Pruzinsky y Cash (1990, citados en Baile, 2003) destacan las siguientes características del concepto de imagen corporal:

- Es un concepto multifacético
- La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia, dicho en otras palabras, la manera en que las personas perciben y experimentan sus cuerpos se relaciona de forma significativa con cómo se perciben a sí mismos.
- La imagen corporal está socialmente determinada
- La imagen corporal no es fija o estática, es más bien un constructo dinámico que varía a lo largo de la vida.
- La imagen corporal influye en el proceso de información (la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo influye en la manera de percibir el mundo).
- La imagen corporal influye en el comportamiento.

Como se puede observar, existen diferentes conceptos de lo que es la imagen corporal, y actualmente no se ha llegado a un consenso respecto a una definición rotunda que satisfaga a todas las áreas de estudio que se ocupan de la imagen corporal, sin embargo, las características enunciadas anteriormente se pueden observar en los

diferentes conceptos que proponen los autores citados, además, permiten comprender la complejidad del constructo y es por ello que resulta difícil avanzar en la precisión de este.

Al respecto, Baile (2003) destaca que para poder progresar en la precisión del término es necesario asumir que se trata de un constructo teórico multidimensional y solamente haciendo referencia a los diferentes factores implicados se puede vislumbrar una definición más completa.

A continuación, se procederá a conocer los factores o componentes que comprenden la imagen corporal.

3.2 Componentes de la Imagen Corporal

La imagen corporal se encuentra constituida por cuatro componentes:

- **Perceptivos:** la dimensión perceptiva hace referencia a la precisión con la que se percibe el tamaño y morfología del propio cuerpo (Tasa 2018). Rodríguez (2013) menciona que se han ido dejando de lado algunos aspectos que forman parte del proceso de la percepción del cuerpo tales como la sensación de ocupar el espacio, la composición corporal (flacidez o musculación), las formas de cada parte del cuerpo (por ejemplo, la redondez), percepción del cuerpo en movimiento, la conectividad (percepción de partes del cuerpo como individuales o articuladas). Este autor también considera que la estimación inexacta en la estimación de la forma, tamaño o el cuerpo en su totalidad influye en el desarrollo de distorsiones de la imagen corporal.
- **Afectivos:** hace referencia a la forma en que cada uno se siente respecto a su cuerpo, este componente está relacionado con el grado de satisfacción/insatisfacción hacia el cuerpo, así como con las emociones y

sentimientos asociados a la evaluación del peso, figura, tamaño corporal, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (Rodríguez, 2013).

- **Cognitivos:** hace referencia a las creencias o valoraciones respecto al cuerpo. En las actitudes de la imagen corporal los esquemas y autoesquemas tiene un lugar importante, los esquemas corporales son creencias sobre la influencia que tiene la apariencia corporal (por ejemplo el creer que la apariencia de una persona lo es todo) y los autoesquemas por su parte son generalizaciones sobre nosotros mismos o nuestro cuerpo que son resultado de los esquemas de apariencia (por ejemplo el pensar en que mi abdomen no es suficientemente plano), estos procesos cognitivos participan en el desarrollo de la imagen corporal (Rodríguez, 2013).
- **Conductuales:** este componente alude a las manifestaciones conductuales acerca del propio cuerpo que son provocadas por la percepción, las emociones y la cognición. Dichos comportamientos representan estrategias de la persona para responder de la manera que considera más adecuada a los significados personales de su imagen corporal (Tasa, 2018). Las variables conductuales dentro de este componente son numerosas, y Rodríguez (2013) propone algunas para comprender mejor este componente: conductas de comprobación (contar calorías, medir la talla, ajustar y verificar la ropa), de evitación (no mirarse al espejo, no acudir a citas, etc.), de búsqueda de seguridad (buscar cirugías, preguntar a los demás por algún defecto, etc.) y restricción o autocontrol (no comer ciertos alimentos, camuflarse con la ropa, entre otros).

Es importante mencionar que algunos autores como Tasa (2018) refieren la existencia de tres componentes: preceptiva, conductual y subjetiva, englobando en esta última los aspectos afectivos y cognitivos.

Estos componentes pueden ser afectados por factores internos y externos, permitiendo el desarrollo de inconformidad con el aspecto físico, misma que puede ser manifestada en diferentes niveles: malestar normativo, insatisfacción corporal y trastorno de la imagen corporal, mencionados en orden ascendente de gravedad (Galán, 2004).

En este estudio se indaga la presencia de insatisfacción corporal, y para entenderlo primeramente es necesario conocer de manera breve el desarrollo de la imagen corporal en diferentes etapas de la vida, para comprender que la imagen corporal no es inamovible y que la insatisfacción con el cuerpo puede presentarse en cualquier etapa de la vida.

3.3 Desarrollo de la Imagen Corporal

La formación de la imagen corporal supone la percepción del cuerpo como un referente único, propio y diferente, dicha formación es un proceso complejo en que se conjugan diversos factores y dimensiones (Pastor, 2005).

De acuerdo con Smolak (2011) es hasta los dos años cuando los niños comienzan a hacer conciencia de la apariencia reconociéndose a sí mismos en fotos y espejos, posteriormente en edad preescolar a pesar de ser conscientes de la desaprobación social hacia las personas con sobrepeso, su atención está dirigida hacia su ropa y su pelo, pero en el caso de las niñas desde esa edad se encuentran más preocupadas por su apariencia que los niños. El autor también menciona que es entre los 3 y los 6 años que los niños comienzan a interiorizar los estándares sociales de apariencia, lo que puede ocasionar inconformidad hacia el propio cuerpo, de hecho, alrededor de los 6 años de edad los niños comienzan a preocuparse por su peso y silueta y aproximadamente a los 8 años suelen hacer comparaciones de apariencia entre las demás personas y ellos mismos.

La adolescencia por su parte representa un periodo decisivo en el desarrollo de la imagen corporal, debido a los cambios corporales, emocionales y hormonales característicos de la etapa (Pastor, 2005). El niño va perdiendo su cuerpo infantil y aparece entonces la necesidad psicológica de reconfigurar la imagen corporal (Salazar, 2008).

Aunado a esto, el cuerpo se sitúa como punto central en esta fase, por lo que controlar y regular la apariencia exterior (la que otros ven), se convierte en una tarea vital (Lasa, 2003). Entre las adolescentes la mayoría desea una figura más delgada de la que poseen, suelen tener la creencia de que estar más delgadas las haría más felices y atractivas (Smolak, 2011).

Respecto a la edad adulta, Tiggemann (2004) considera que existen razones para esperar que la imagen corporal sea más negativa a medida que se comienza con el proceso de envejecimiento, ya que cada año es más probable que las personas se alejen más del ideal de delgadez y juventud que impone los estándares sociales debido a los cambios que sufre el cuerpo. Los cambios físicos pueden provocar una modificación de la imagen corporal surgiendo una inconformidad entre la imagen deseada y la real (Madeiros de Moraes, 2017).

Como se puede ver la imagen corporal se va construyendo de manera evolutiva, en cada etapa de la vida se va interiorizando la vivencia del cuerpo (Salaberria et al., 2007). Esta imagen sufre las transformaciones del desarrollo corporal (Pastor, 2005).

3.4 Insatisfacción con la Imagen Corporal

Según Mancilla et al. (2012) en la mayoría de la población suele existir inconformidad con alguna o varias partes de su cuerpo y sus características, pero que esto no afecta su salud, por lo que se le considera como un malestar normativo. Devlin y

Zhu (2001) refieren que cuando el grado de malestar con la imagen corporal es normativo podría incluso ser útil para las personas que podrían beneficiarse con la pérdida de peso (como en el caso de las personas con obesidad), motivándolos para lograr la pérdida de este, sin embargo, la insatisfacción corporal comienza cuando se adoptan medidas que dañan la salud con la finalidad de modificar la imagen corporal.

Por otro lado, Acosta y Gómez-Peresmitré (2003) sostienen que la insatisfacción corporal sobreviene cuando un individuo interioriza el cuerpo ideal (determinado por la cultura) y por comparación social llega a la conclusión de que su cuerpo discrepa del ideal. Al respecto Venegas-Ayala y González-Ramírez (2020) consideran que al no lograr un cuerpo aceptable que se asemeje al ideal de la sociedad se genera preocupación por el peso, y que si esta preocupación es constante puede ocasionar malestar corporal, mismo que si no es resuelto a tiempo probablemente la persona desarrolle insatisfacción corporal.

Se entiende como insatisfacción con la imagen corporal a las evaluaciones negativas del tamaño corporal, la forma, la musculatura, y el peso, y que implica una discrepancia percibida entre la evaluación del propio cuerpo y el cuerpo ideal (Grogan, 2017). Esta insatisfacción corporal se deriva de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y autorechazo (Baile et al., 2002).

Las personas con insatisfacción corporal son más proclives a adoptar comportamientos excesivos relacionados con la imagen corporal tales como revisar sus cuerpos para evaluar el tamaño, la forma y la apariencia, intentar camuflar o arreglar aspectos que no les agrada de su apariencia y algunas veces tienen comportamientos dirigidos a evitar información acerca de sus cuerpos (Cash, 2012).

Además, cuando la persona presenta insatisfacción corporal se ve en la necesidad de encontrar alguna solución para modificar su forma corporal, y la restricción alimentaria es la técnica más difundida y peligrosa para bajar de peso, porque existe el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (Toro, 2008). Sin embargo, no todas las mujeres responden igual a la insatisfacción corporal (Forbes, 2005).

3.5 Factores Predisponentes para la Insatisfacción Corporal

La imagen corporal es un constructo psicológico que se ve afectado por diversos factores (Grogan, 2017), de acuerdo con Salaberria et al. (2007) estos factores son los siguientes:

- a) sociales y culturales: aquí entra el ideal estético promovido por la cultura y sociedad, que se relaciona con el atractivo, la autoestima y la competencia personal.
- b) modelos familiares y amistades: el tener padres que se preocupan excesivamente por el atractivo y el cuerpo y que continuamente se expresan negativamente sobre el mismo, hará que el niño aprenda esas actitudes. También el ser blanco de burlas y críticas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace más vulnerable a la persona para desarrollar insatisfacción corporal.
- c) características personales: la inseguridad, la baja autoestima y los sentimientos de ineficacia.
- d) desarrollo físico y retroalimentación social: los cambios físicos generados en las diferentes etapas de la vida y las características del cuerpo pueden representar factores de vulnerabilidad.
- e) otros factores: como los que sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen que la persona tenga una excesiva atención sobre su apariencia física, por ejemplo, los accidentes traumáticos, las enfermedades, el fracaso en los deportes, la obesidad, entre otros.

Se ha hecho énfasis en el papel de los factores socioculturales (Forbes et al., 2005), resaltando el proceso de interiorización como elemento fundamental en el proceso de transmisión de la presión social hacia un ideal de cuerpo determinado (Águila et al., 2020), mismo que se ha considerado puede tener influencia para el desarrollo de la insatisfacción corporal y la práctica de conductas que ponen en riesgo de padecer TCA (Mancilla-Díaz et al., 2012).

A continuación, se aborda el tema de la interiorización del ideal estético de delgadez, primeramente, se habla acerca del modelo estético corporal que se ha promovido en la sociedad, para posteriormente explicar cómo es que sucede la interiorización de este modelo y de qué manera afecta a las mujeres.

3.6 Modelo Estético Corporal

La relación cuerpo-alimentación ha venido modificándose en los últimos tiempos por las influencias culturales y sociales que favorecen los cambios en las conductas alimentarias por medio de los valores estéticos (Vázquez et al., 2000).

La corporalidad ha estado tradicionalmente asociada a lo social y a lo cultural, por lo que la imagen corporal se va creando por las creencias, valores y cánones estéticos que se promueven en la sociedad en la que se vive (Esteban, 2004).

Como expresa Durán (2003), desde tiempos atrás todas las sociedades han desarrollado sus ideales de belleza y cada uno de ellos ha representado un sacrificio para el cuerpo. De acuerdo con Toro (2008), la época Victoriana (1837-1901) representa el periodo donde se desarrollaron una parte de los factores sociales y culturales que explican el origen de la cultura de la delgadez, tal como el uso de los corsés cuya presión generaba una cintura de avispa que era buscada por la mayoría de las mujeres.

Posteriormente, a inicios del siglo XX las mujeres se liberaron del uso del corsé y comenzaron a utilizar el deporte para someterse a un nuevo régimen para hacer desaparecer imperfecciones logrando un cuerpo delgado y firme (Zuvirie y Rodríguez, 2011), además del ejercicio se comenzaron a desarrollar otras técnicas destinadas a lograr una modificación puramente física tales como dietas, medicamentos e intervenciones quirúrgicas (Tubert, 2010).

Al paso del tiempo el patrón estético ha sufrido cambios pasando de figuras redondeadas a formas más menudas (Zuvirie y Rodríguez, 2011), afectando principalmente a las mujeres, debido a que tradicionalmente la delgadez ha sido vinculada con la feminidad, es por eso que el deseo de adelgazar y la realización de dietas son preocupaciones comúnmente de las mujeres (Barrientos et al., 2014).

Actualmente continúa vigente en la sociedad este ideal, en el que se promueve tener un extremo cuidado en lo que se come y la cantidad que se come con el propósito de conseguir una acentuada delgadez (Vázquez et al., 2000). Dicho ideal tiene mayor influencia porque ahora el actual concepto de belleza parece estar limitado a la delgadez, además, la posesión de un cuerpo delgado juega un papel esencial en la vida de las personas, pues socialmente se considera que la delgadez trae consigo salud y éxito social (Durán, 2003).

Las diferencias entre el modelo corporal cultural y el cuerpo real de cada persona serán indiscutiblemente una fuente de malestar y de ansiedad (Toro, 2008). Y la interiorización de este modelo corporal ideal pone en riesgo a la persona de desarrollar TCA (Thompson y Stice, 2001).

3.7 Interiorización del Ideal de Delgadez

La interiorización del ideal de delgadez hace referencia a la medida en que las personas se adhieren al ideal de delgadez y lo asumen como su propio estándar de belleza y atractivo (Diedrichs, 2015). Por su parte, Heinberg et al. (2008) describen la interiorización como la aceptación de determinados valores culturales hasta el punto de incorporarlos a los propios principios.

Antes de que la exposición al ideal de delgadez influya en la percepción que la mujer tiene sobre sí misma o sobre las demás personas, primero debe hacer consciente este ideal y posteriormente interiorizarlo. La diferencia entre conciencia e interiorización es que en el primero la persona reconoce las normas sociales sobre el ideal de delgadez, pero no lleva a cabo ninguna conducta para alcanzarlo, en la interiorización además de reconocer este ideal, lo incorpora al esquema que emplea para evaluarse y evaluar a los demás y puede que realice conductas encaminadas a alcanzarlo (Forbes et al., 2005). La conciencia e interiorización del ideal corporal son indicadores del efecto que tienen los factores socioculturales (Amaya et al., 2013).

La interiorización del ideal de delgadez es consecuencia del reforzamiento social, el cual se refiere a la adopción de comportamientos y valores que son aprobados por personas que son significativas para el individuo (Stice, 1998).

Desde el punto de vista de Thompson y Stice (2001), el ideal de delgadez es reforzado específicamente por la familia, compañeros y los medios de comunicación (agentes de socialización), a través de conductas y comentarios tales como burlas y críticas respecto al peso, el incitar a la dieta, la glorificación de modelos extremadamente delgadas, etc., mismos que contribuyen a la perpetuación de este ideal. Es por medio de estos mecanismos que se muestran las expectativas de la sociedad referentes al peso y

figura, así como los beneficios sociales que acarrea el ser delgado (Saffon y Saldarriaga, 2014).

La presión que genera el hecho de que el ideal de delgadez sea promovido en tantos contextos provoca que este se vaya interiorizando cada vez más en el sistema de creencias de la persona, lo que a su vez produce que se busque alcanzar dicho ideal a toda costa, esta búsqueda ha comenzado a ejercer influencia en las cogniciones y actitudes de muchas personas en cuanto al valor de su apariencia física, y además ha comenzado a modificar su comportamiento hacia la alimentación y su cuerpo (Saffon y Saldarriaga, 2014).

Tanto las mujeres jóvenes como las mayores pueden ser afectadas por las presiones socioculturales a favor de la delgadez, sin embargo, esto puede agravarse en las mujeres de mediana edad debido a las preocupaciones relacionadas con la edad y sus efectos en el cuerpo (Midlarsky y Nitzburg, 2008).

Capítulo 4. Envejecimiento e Imagen Corporal

Como ya se explicó en el capítulo anterior, la imagen física de la mujer que ha sido promovida en la sociedad es la de una mujer delgada, labrada en la eterna juventud (Durán, 2003). Esta imagen es más propia de una mujer joven pero biológicamente inadecuada para una mujer adulta (Solano-Pinto y Díaz Martínez, 2016). Es por eso que la presión por ser delgado puede empeorar en las mujeres que avanzan en edad por preocupaciones relacionadas con el envejecimiento (Midlarsky y Nitzburg, 2008).

En este capítulo se aborda el tema del envejecimiento y los cambios físicos que enfrentan las mujeres adultas, así como la influencia de estos en la imagen corporal. También se hablará de los estereotipos que surgen alrededor de este concepto y la manera en que estos provocan que las mujeres desarrollen actitudes negativas y miedo hacia este proceso. Finalmente se hace una reflexión del impacto de los modelos estéticos corporales sobre la vivencia del envejecimiento.

4.1 El Proceso de Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso por el que pasa cualquier persona después de los 30 años y que implica cambios de orden biológico, social y psicológico (Cardona y Agudelo, 2006, citados en Alvarado y Salazar, 2014). Este proceso es individual, pues no todas las personas envejecen de la misma manera, aún cuando compartan diversas características como, la edad, la raza, entre otras (Ortega et al., 2020).

Landinez et al. (2012) definen una serie de características esenciales del proceso de envejecimiento de todo ser vivo:

- Universal: es un proceso que se da en todos los seres vivos.
- Progresivo: es resultado de la acumulación de efectos sobre el organismo al transcurrir la vida

- Irreversible
- Individual y heterogéneo: cada especie presenta una velocidad de envejecimiento diferente y esta varía de persona a persona.
- Deletéreo: lleva a una progresiva pérdida de función
- Intrínseco: este proceso no es provocado por factores ambientales modificables.

No existe un acuerdo entre los autores respecto a la edad en que se comienza este proceso, de acuerdo con De Jeage (2018), los cambios anatómicos y fisiológicos asociados al envejecimiento comienzan a aparecer a partir de los 40 años, otros autores como Cardella y Hernández (1999, citados en Sanz et al., 2004) sugieren que es muy probable que se comiencen a producir cambios sutiles desde años anteriores.

Sin embargo, Gutiérrez (1999) sugiere que el proceso de envejecimiento no debe ser visto únicamente desde el punto de vista cronológico, sino que debe considerarse desde distintos puntos de vista:

- Cronológico: se refiere a los años transcurridos desde el nacimiento de la persona
- Biológico: la edad biológica está determinada por nivel de deterioro de los órganos. Este envejecimiento sucede a ritmos desiguales en diferentes órganos y se produce en varios niveles como el celular, molecular, orgánico.
- Psicológico: se refiere al funcionamiento en el área cognitiva y psicoafectiva, así como a las capacidades adaptativas de la persona.
- Social: comprende los roles o funciones de la persona relativos a las expectativas de la sociedad (por ejemplo la jubilación que marca una edad social particular).

Según Montalvo (1997) estas dimensiones trazan la realidad global del envejecimiento, que es una interrelación entre los cambios físicos inevitables al paso del

tiempo (biológico), la forma en que cada individuo se ajusta a esos cambios (psicológico) y por último, lo que la sociedad espera para la población que envejece (social).

La esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, sin embargo, el envejecimiento no resulta más satisfactorio para ellas por este hecho, pues se encuentran en desventaja por las características y exigencias de la sociedad (Freixas, 2009). Los patrones de género establecen principios diferentes para valorar el envejecimiento de las mujeres y los hombres desde las dimensiones antes mencionadas, poniendo en relieve que no es lo mismo envejecer siendo hombre que siendo mujer (Ramos, 2019).

Como expresan Pérez-Sanchez et al. (2018) hablar de envejecer en las mujeres es hablar del envejecimiento del cuerpo, de una belleza que se reduce al aspecto físico, en una sociedad donde el cuerpo femenino esta condicionado a ideales de juventud y delgadez. A continuación se analizan estos cambios corporales que enfrenta la mujer durante su proceso de envejecimiento y el impacto de estos en su imagen corporal.

4.2 Cambios Físicos en las Mujeres Adultas e Imagen Corporal

Smith et al. (2015) consideran que la imagen corporal de las mujeres en la etapa adulta puede ser más compleja que en las mujeres jóvenes y que los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento podrían ser una causa de esto. Además, en este periodo se dan algunos procesos que son parte del ciclo de vida de las mujeres, los cuales generan modificaciones en la imagen corporal, tales como el embarazo, el climaterio y la menopausia.

En el embarazo además de enfrentar variaciones en los niveles hormonales, las mujeres experimentan cambios en cuanto a la forma y tamaño de su cuerpo, aunque para la mayoría de las mujeres estos cambios no implican el desarrollo de insatisfacción

corporal, pues se entiende que son necesarios y exclusivos de este proceso (Rallis et al., 2007).

Sin embargo, en el posparto muchas mujeres no se sienten bien con sus cuerpos debido a que esperan que sus cuerpos vuelvan al peso y forma que poseían antes del embarazo inmediatamente después del parto (Tiggemman, 2004). Por ejemplo, en un estudio longitudinal realizado con 79 mujeres de entre 23 y 42 años para investigar los cambios en la imagen corporal en el primer año posparto, se reportó que en ese año las mujeres se sintieron más pasadas de peso y menos en forma, además de que estas preocupaciones resultaron mayores de lo que eran antes del embarazo (Rallis et al., 2007).

El siguiente proceso en la vida de la mujer es el climaterio, que se define como el tiempo durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva (Capote et al., 2011). Comienza unos años antes de la menopausia y finaliza algunos años después de esta (Magán et al., 2016), con una duración que oscila entre 5 y 15 años (Salazar, 2008).

Durante este periodo suceden una serie de cambios fisiológicos que conducen a la menopausia, que suelen acompañarse de algunos efectos psicológicos (Cornachione, 2006) tales como las alteraciones en el patrón sueño-vigilia, irritabilidad, inseguridad, miedo, sentimientos de inferioridad, depresión, ansiedad, entre otros (Cruz et al., 2012; Heredia y Lugones, 2007; Legorreta, 2007; Lugones et al., 2001). A pesar de que estos síntomas no producen un problema de salud grave, tienden a reducir la satisfacción personal y afectar las relaciones interpersonales (Couto y Nápoles, 2014).

Por otro lado, la menopausia entendida como el cese definitivo de la menstruación y considerada como un estado fisiológico que es parte del envejecimiento natural, suele aparecer entre los 40 y los 50 años, aunque este periodo puede variar (Magán et al.,

2016). La diferencia entre el climaterio y la menopausia es que el primero hace referencia al periodo que se prolonga algunos años antes y después de la menopausia, mientras esta hace referencia a un suceso en la vida de la mujer (Zurita, 2017).

Las repercusiones psicológicas mencionadas anteriormente suelen ser más frecuentes e intensas después de la menopausia (Lugones et al., 2001). Las mujeres premenopáusicas tienen una opinión más positiva sobre su apariencia, al ocurrir la menopausia estas valoraciones positivas disminuyen (Deeks y McCabe, 2001), pues simbólicamente la menopausia está vinculada con el fin de la juventud, debido a que aparece al final de la época reproductiva y surge además la idea de que con la menopausia aparece el envejecimiento, la pérdida de la funcionalidad y la belleza (García, 2017).

Durante la transición a la menopausia se dan una serie de cambios físicos que repercuten en la imagen corporal de la mujer, por ejemplo el aumento de grasa corporal (Magán et al., 2016). Aunque se ha evidenciado que el aumento progresivo de peso se produce a partir de los 30 años, observándose que después de los 60 años este aumento se estabiliza e incluso se observa pérdida de peso en algunas mujeres (Tabernero et al., 2001).

En este periodo también suelen ocurrir otros cambios corporales, la piel se adelgaza y aparecen las arrugas debido entre otras cosas a que la producción de colágeno disminuye, por otro lado, la velocidad del crecimiento del cabello también se reduce y aparece la pérdida de pigmentación de este, al finalizar la quinta década de vida cerca del 50% del cabello está compuesto de canas (Muñoz, 2011). Algunos autores sugieren que la piel es el primer órgano que envejece, comenzando este proceso a partir de los 20 años, sin embargo, es hasta años más tarde que se comienza a notar el estrago

de los años en este órgano y que sucede más rápido en mujeres que en hombres (Lozada y Rueda, 2010).

Estos cambios corporales sufridos en la adultez pueden impactar en la imagen corporal de la mujer (Erbil, 2018). Es por eso que resulta complicado que las mujeres acepten las transformaciones de su cuerpo a medida que este va alcanzando signos de madurez (Freixas, 2004).

Valdez-Hernández et al., (2017) realizaron un estudio con 8 mujeres de entre 35 y 50 años, cuyo objetivo fue explorar las experiencias que han influido en el desarrollo de la imagen corporal de mujeres de mediana edad y en la adopción de estrategias de modificación corporal, donde reportaron que en la mayoría de las participantes, los eventos que se asociaron con las estrategias de modificación corporal fueron los cambios ocurridos posterior al parto (exceso de peso corporal, flacidez y celulitis). Aunado a esto, las mujeres que no tenían hijos expresaron que al llegar la mediana edad, el aumento de peso y sus consecuencias las hacían sentirse insatisfechas con su cuerpo.

La imagen corporal juega un importante papel en el aumento o disminución del autoconcepto (Saucier, 2004). Santiso (2001) refiere que los cambios corporales surgidos durante el periodo de la adultez media hacen que la mujer tome conciencia del proceso de envejecimiento y esto demanda un reajuste del concepto que tiene de sí misma.

La vivencia y el afrontamiento de estos hitos de la vida dependerán en gran medida de la actitud que las mujeres tengan hacia estos, por ejemplo, se ha evidenciado que las mujeres con una actitud optimista hacia estos cambios tienden a experimentar menos síntomas depresivos y tienen una imagen corporal más positiva (Erbil, 2018). Además también dependerá del valor que otorgue la sociedad a la fertilidad, la maternidad, la belleza y sobre todo a la juventud de las mujeres (Couto y Nápoles, 2014).

El mensaje que se transmite en la sociedad es que todos pueden y deben ser jóvenes, especialmente las mujeres (Freixas, 2004) y si a esto se le suma la existencia de estereotipos asociados al envejecimiento, se complica aún más que las mujeres vivan sus procesos de forma positiva.

4.3 Estereotipos Asociados al Envejecimiento

La palabra envejecimiento se ha asociado comúnmente a cambios desagradables tales como la pérdida de fuerza, pérdida de la belleza, la disminución de la coordinación y la alteración de la salud (Mishara y Riedel, 2000). Para comprender el origen de estas asociaciones negativas que suelen existir hacia el envejecimiento, se revisará a continuación el término edadismo o ageism.

De acuerdo con Medina (2018) el edadismo alude al desarrollo de un concepto negativo del envejecimiento en las personas, desde tempranas edades. La Organización Mundial de la Salud (2021) ofrece un concepto más amplio: el edadismo hace referencia a la manera pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) hacia los demás o hacia nosotros mismos por razón de la edad. El edadismo tiene como consecuencia que la asignación del valor social y oportunidades se dé con base en la edad cronológica percibida (Clarke y Griffin, 2008).

El edadismo afecta a todos los seres humanos porque es la única condición evolutiva que todas las personas están destinadas a vivenciar, a diferencia de otras formas de discriminación como el racismo, que afecta únicamente a un sector de la población con características específicas (Freixas 2004).

Sin embargo, los estereotipos negativos asociados al envejecimiento afectan especialmente a las mujeres (De Lemus, 2005), debido a que el edadismo se entremezcla con otras formas de desventaja como lo es el género (Organización Mundial de la Salud, 2021). Al respecto Molina-Luque et al. (2018) enfatizan que las mujeres sufren una doble

discriminación (por su género y por ser viejas) ya que se les juzga de manera más dura que a los hombres de la misma edad.

Y es que las construcciones socioculturales de masculinidad otorgan gran valor a la autonomía, la competencia y el poder, dichas cualidades pueden incrementarse al avanzar en edad, en contraste con las construcciones de la feminidad que acentúan el valor del atractivo físico y la juventud, características que al aumentar la edad es difícil mantenerlas (Halliwell y Dittmar, 2003).

Para las mujeres el envejecimiento figura limitaciones a sus posibilidades de ser consideradas atractivas y de encontrar una nueva pareja, en pocas palabras supone pasar a ser invisibles, en cambio, para los hombres envejecer significa un mayor margen de tolerancia respecto a la edad, la belleza y la oportunidad de encontrar una pareja, es decir, se podría decir que socialmente mientras las mujeres envejecen los hombres maduran (Freixas, 2004).

Sin embargo, como lo menciona Freixas (2004) la percepción negativa que se tiene hacia la vejez muchas veces no corresponde a la realidad, pues no se toma en cuenta la diversidad existente, las nuevas tareas de la etapa, que es un proceso natural con cambios, así como las demás etapas y que muchas de las veces este periodo se vive con autonomía, salud y energía.

El contexto sociocultural resulta importante para comprender las respuestas subjetivas que tienen las mujeres ante sus cuerpos cambiantes (Banister, 2000). García (2017) describe que, a diferencia de Occidente, en otros países de Oriente como la India el envejecimiento tiene una significación de sabiduría, por lo que procesos como la menopausia son aceptados de manera positiva por las mujeres, incluso ellas presentan una sintomatología menor durante este proceso. En la cultura occidental donde existe una

obsesión por la juventud y la delgadez, los signos de envejecimiento representan una señal de fracaso, es por ello que a las mujeres les resulta difícil aceptar este transitar (Pérez-Sánchez et al., 2018).

Con todo lo anterior es entendible que para las mujeres hacerse mayor sea percibido con miedos que se concretan hacia diversos ámbitos, como el cuerpo, las relaciones sociales, el campo laboral, la autoestima, entre otros (Mazzetti et al., 2015; Sontang, 1979 citado en Freixas, 2004). A continuación, se abordará la problemática del miedo al envejecimiento y las actitudes negativas que se han generado en torno a este proceso.

4.4 Actitudes Negativas Hacia el Envejecimiento

Las actitudes negativas hacia el envejecimiento se refieren a las asociaciones y reacciones psicológicas negativas que despierta el tema de la vejez, cuando se trata de ideaciones sobre el envejecimiento propio o de terceros (Hernández-Pozo et al., 2009).

La renuencia a aceptar los cambios de la edad tratando desesperadamente de conservar el aspecto juvenil sugiere que el envejecimiento provoca en algunas personas ansiedad y miedo (Lasher y Faulkender, 1993), mismos que influyen en los comportamientos hacia el envejecimiento y la vejez (Allan y Johnson, 2008).

Los estereotipos negativos de apariencia y conductuales hacia el envejecimiento probablemente son los que generan el miedo a envejecer en las personas (Hernández-Pozo et al., 2009). Rupprecht et al. (2021) concluyeron que estos miedos parecen estar relacionados con la forma que las personas abordan la vejez y los deseos que tienen sobre su futuro como personas mayores.

El temor por el envejecimiento algunas veces está relacionado al miedo de llegar a ser frágiles y vulnerables, al retiro laboral, a la pérdida de la autonomía, el miedo a la

muerte propia y al temor frente al deterioro corporal (Pochintesta, 2010). Lynch (2000) sostiene que los elementos económicos y el funcionamiento físico son aspectos relevantes que generan ansiedad ante el envejecimiento para los hombres, en cambio para las mujeres, aunque estos aspectos también son importantes, la apariencia física suele ser el mayor causante de ansiedad. Por su parte Rupprecht et al. (2021) consideran que las personas que suelen tener miedo de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento (por ejemplo, la demencia) son los que pueden mostrar menos deseos de llegar a edades avanzadas.

En un estudio realizado con 1408 mujeres de entre 25 y 74 años de edad para indagar sobre tres posibles fuentes de ansiedad hacia el envejecimiento (disminución del atractivo, la salud y la fertilidad), se reportó que la preocupación por la pérdida de la fertilidad se presenta mayormente en mujeres jóvenes, heterosexuales, sin hijos, con un alto nivel de estudios e independientes económicamente; sin embargo, esta fuente de ansiedad no predijo angustia hacia el envejecimiento. Por otro lado, la ansiedad por la pérdida de la salud y mayormente la ansiedad por la pérdida del atractivo predijeron mayor angustia en las participantes respecto al envejecimiento (Barrett y Robbins, 2008).

Bailey et al. (2016) mencionan que a pesar de que el envejecimiento es un proceso relativamente lento y que las personas deberían ser capaces de adaptarse a los cambios físicos, algunas mujeres experimentan el repentino desconocimiento de su cuerpo envejecido.

Legorreta (2007) explica que los cambios que aparecen durante el proceso del envejecimiento, mismos que impactan en diversas áreas de la vida de la mujer como ya se ha explicado anteriormente, generan temor hacia este proceso, así como el deseo de detenerlo:

Ante los sentimientos desagradables que le provoca pensarse en una fase de transformación hacia una imagen, una salud y nuevos roles sociales distintos a los ya conocidos, la mujer experimenta temor y en muchos casos, responde con negación o conductas evasivas que pretenden inútilmente detener el paso del tiempo. (p.45)

Cuando existe miedo y ansiedad ante el envejecimiento, la persona puede obsesionarse con mantener o conseguir una imagen juvenil, optando por medidas extremas como liposucción, estiramiento facial, y la restricción de alimentos para evitar o en su caso eliminar los signos de envejecimiento (McConatha et al., 2003) y otras no tan extremas como el uso de tintes para cabello, maquillaje, entre otras, todas estas conductas que llevan a cabo las mujeres se realizan con la finalidad de mantener su visibilidad y su poder social (Clarke y Griffin, 2008).

En un estudio cualitativo realizado por Carter (2014) en el que se llevaron a cabo entrevistas a 14 mujeres de 30 a 45 años de edad para indagar el impacto de los discursos dominantes del antienviejecimiento sobre sus prácticas corporales, se concluyó que en sus historias se revelaba una sensación de preocupación por sus cuerpos cambiantes y sobre cómo encarar al envejecimiento sin dejar de ser reconocible socialmente como mujer.

Se ha reportado que el miedo al propio envejecimiento es mayor en las mujeres en comparación con los hombres y que este temor no es único de los adultos que pasan este proceso, en personas jóvenes este puede presentarse por el temor a perder la belleza y el valor social y el que aparezcan achaques y conductas de la gente mayor (Hernández-Pozo et al., 2009).

Las dificultades que representa el tema del envejecimiento, así como las conductas que se realizan para evitarlo están determinados en parte por la historia

personal, el contexto sociocultural, las percepciones sobre lo que es la vejez (Amico, 2009).

Cada cultura tiene su propia significación del envejecimiento, que se construye asumiendo como ciertas concepciones basadas desde el imaginario social, mismas que han promovido interpretaciones erróneas y como consecuencia temor a envejecer (Alvarado y Salazar, 2014). Pues como subraya Martín (2014) el enemigo de los cambios físicos que se generan con la edad no es el espejo, sino más bien, el reflejo de la sociedad en el propio autoconcepto.

4.5 Énfasis Social por la Juventud

La mirada externa (la sociedad) representa un patrón de autovaloración para las mujeres, lo que evidencia la importancia que tienen los estereotipos culturales sobre el cuerpo y la estética (Yuni et al., 2003). En el mundo occidental las mujeres no solo son presionadas por la sociedad para conseguir un cuerpo delgado, sino que además se espera que mantengan una apariencia juvenil (Marshall et al., 2012).

El ideal actual de belleza no incluye esta etapa del desarrollo (vejez), pues los modelos de corporalidad distan de la realidad corporal de las personas mayores, quienes para ser aceptados deben aproximarse a la apariencia de los cuerpos jóvenes (Mazzetti et al., 2015).

Se promociona que el cuerpo que presenta cambios por el paso del tiempo tiene que ser disimulado, mostrando una apariencia juvenil, pues es una condición para ser valorado en la sociedad (Yuni et al., 2003). Al respecto, Freixas (2001) manifiesta que la mujer es valorada sólo en el mercado del amor, de la belleza, en su juventud; y después, cuando comienza a envejecer deja de ser visible y de recibir reconocimiento social.

Aunado a esto, existe una creciente asociación entre el envejecimiento y la mala salud, con lo que se ha conseguido que la juventud y las prácticas antienvjecimiento estén asociados al buen estado de salud, dando a las personas, especialmente a las mujeres, razones válidas (vistas desde el cuidado de la salud) para controlar sus cuerpos desde que son jóvenes como a medida que envejecen (Carter, 2014).

Yuni et al. (2003) señalan que, aunque el envejecimiento y la vejez se han determinado como parte del proceso natural del desarrollo humano, el discurso de los medios de comunicación maneja dos modos de envejecer: el modo natural que vinculan a características deficitarias del envejecimiento; y el modo de “afrontamiento activo”, que se dirige a la incorporación de productos que permitan modelar el cuerpo y su imagen. De este modo, los discursos sociales proyectan la idea de que un parámetro del “buen envejecer” es la posesión de atributos juveniles.

Y entonces las personas creen que pueden aplazar el proceso de envejecimiento siguiendo un régimen de cuidado e invirtiendo en productos y practicando conductas que van desde uso de cremas hasta cirugías estéticas (Sobh, 2011). Sin embargo, el dar importancia a la mirada externa promueve el desconocimiento en lugar del reconocimiento del cuerpo que envejece (Yuni et al., 2003) pues la preocupación por la pérdida de la juventud impide que se realice una reevaluación para aprovechar las posibilidades del tiempo presente (Freixas, 2001).

La idea del colapso de la salud, juventud y la feminidad de los medios de comunicación han influido en la patologización de los signos del envejecimiento, y es que, la industria antienvjecimiento solo puede tener éxito promoviendo la imagen de la mujer que envejece como población de riesgo (Smirnova, 2012).

El promover estas imágenes, tiene un impacto negativo en las mujeres que envejecen, por lo que Freixas (2001) plantea que es necesario un cambio en el lenguaje asociado al proceso de envejecer, sugiere, por ejemplo, cambiar la palabra pérdida (algo que se poseía y ya no se tiene) por evolución, que refiere que estamos ante algo que está cambiando y transformando y que sigue siendo inevitable pero no necesariamente negativo. Además, la autora subraya lo siguiente:

Habrá que ir creando nuevos modelos, habrá que ir dando sentido pleno a este largo periodo de edad en el que ya no se es joven, de tal manera que no sean años de relleno; habrá que ir siendo modelo para otras mujeres jóvenes, para que vean el futuro como algo deseable, porque lo realmente malo es no disponer de estos años de propina. Habrá que ampliar la identidad como mujeres hasta los 80, los 90, hasta el fin, no como ahora, que desaparecemos de la vista a los 40. (p. 165)

La autora habla de cambiar la manera de ver el envejecimiento y enfatiza la importancia que tienen los factores socioculturales, tal como se ha venido revisando en este texto, los discursos socioculturales reflejan y legitiman los valores sociales que imperan en un contexto (Pérez-Montero, 2016), pudiendo influir en las prácticas alimentarias y de “cuidado” corporal y en la forma de experimentar el envejecimiento.

Y es que cuando la mujer intenta alcanzar los estereotipos de belleza que son transmitidos en la sociedad en que se desenvuelve, puede sufrir algunos efectos psicosociales tales como la búsqueda de un ideal corporal que es prácticamente inalcanzable, baja autoestima, inseguridad, problemas con la comida que si se agravan pueden convertirse en trastornos de la conducta alimentaria, ausencia de modelos de

mujer alternativos, fortalecimiento de los roles sociales tradicionales, negación del paso del tiempo y aumento de operaciones quirúrgicas estéticas (Pérez-Montero, 2016).

Capítulo 5. Método

5.1 Objetivo

Analizar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, las actitudes negativas hacia el envejecimiento, la insatisfacción con la imagen corporal y la interiorización del ideal de delgadez en mujeres adultas de Morelia.

5.1.1 Objetivos Específicos

- Determinar la proporción de mujeres de la muestra que presentan conductas alimentarias de riesgo, así como los niveles de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario.
- Identificar el grado de satisfacción o insatisfacción corporal que presentan las mujeres de la muestra.
- Conocer los niveles de interiorización del ideal de delgadez de las participantes.
- Conocer las actitudes que tienen las mujeres participantes hacia el envejecimiento.
- Identificar la relación entre la práctica de conductas alimentarias de riesgo la insatisfacción con la imagen corporal, la interiorización del ideal de delgadez y las actitudes negativas hacia el envejecimiento.

5.2 Hipótesis

Hi: Existe relación entre la práctica de conductas alimentarias de riesgo, las actitudes negativas hacia el envejecimiento, la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción con la imagen corporal en mujeres adultas de Morelia.

Ho: No existe relación entre la práctica de conductas alimentarias de riesgo, las actitudes negativas hacia el envejecimiento, la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción con la imagen corporal en mujeres adultas de Morelia.

5.3 Tipo de Estudio

Esta investigación es de tipo cuantitativo y se utilizó un diseño no experimental transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un solo momento. El diseño transversal según Cozby (2005), es adecuado para estudiar personas de diferentes edades en un punto del tiempo, por lo que resulta apropiado para esta investigación. Es de tipo correlacional porque se busca describir la relación entre variables.

5.4 Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 370 mujeres de entre 20 y 60 años ($\bar{x}$ = 38.1, S = 10.49), quienes fueron invitadas a participar a través de diversos medios tales como redes sociales, invitación a través de escuelas y lugares de trabajo.

Criterios de exclusión:

- Estar embarazada
- No cumplir con el rango de edad especificado

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de las mujeres participantes.

Tabla 1*Características sociodemográficas de los participantes*

Variable		Porcentaje
Edad	20 a 29 años	23.2
	30 a 39 años	26.8
	40 a 49 años	36.2
	50 a 60 años	13.8
Estado civil	soltera	34.9
	casada	43.2
	viuda	3
	unión libre	9.5
	divorciada	9.5
Hijos	si	68.9
	no	31.1
N° de hijos	0	31.1
	1	15.9
	2	28.1
	más de 2	24.9
ocupación	ama de casa	17.8
	empleada	58.4
	trabajo independiente	11.4
	estudiante	11.1
	jubilada	1.1
	desempleada	0.3
escolaridad	primaria	4.9
	secundaria	13.8
	preparatoria	21.6
	universidad	43.2
	posgrado	16.5

5.5 Instrumentos

- Cuestionario de datos sociodemográficos: para recolectar información respecto a la edad, estado civil, si son o no madres, número de hijos, nivel de estudios y ocupación.
- Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo. Fue desarrollado por Unikel et al. (2004) elaborado de acuerdo con los criterios de DSM-IV (APA, 1994)

para evaluar la conducta alimentaria, el cual fue validado en una población de adultos jóvenes. El cuestionario tiene una confiabilidad de .83 Alpha de Cronbach. El cuestionario consta de 10 reactivos tipo Likert cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca, a veces, con frecuencia (2 veces a la semana) y con mucha frecuencia (más de dos veces a la semana), que miden la preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivas (dietas, ayunos y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito inducido, uso de laxantes y diuréticos) en los tres meses previos de a la aplicación del instrumento.

Se tomaron los puntos de corte propuestos por Altamirano et al. (2011), donde los puntajes se clasifican en tres niveles: sin riesgo (0 a 6 puntos), riesgo moderado (7 a 10 puntos) y riesgo alto (más de 10 puntos).

- Escala Visual de Satisfacción Corporal para Mujeres de Gómez- Peresmitré en 1995 (como se cita en Figueroa et al., 2010), consta de nueve siluetas femeninas que van desde figuras muy delgadas, hasta figuras gruesas, muy gruesas, y también una figura normal, se responde eligiendo primero la figura que se cree que es la figura actual que se posee y después se elige la figura que se desea, cada figura representa una puntuación y la diferencia entre la figura actual y la ideal se interpreta como el grado de insatisfacción corporal. Una diferencia positiva se refiere a insatisfacción por el deseo de ser más delgado, una diferencia negativa hace referencia a la insatisfacción por el deseo de ser más voluptuoso y una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción.
- Para medir la interiorización del ideal de delgadez se utilizó el cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal desarrollado por Unikel et al. (2006), el cuestionario fue desarrollado y validado en adolescentes y adultos en la ciudad de México. Consta de 15 preguntas tipo Likert con cuatro opciones de respuesta

(nunca o casi nunca= 1, a veces= 2, con frecuencia= 3, con mucha frecuencia=4), divididos en dos subescalas que son creencias e interiorización. Cuenta con un punto de corte de 37 el cual se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas. El instrumento presenta una confiabilidad de .93 Alpha de Cronbach.

- Cuestionario de actitudes hacia la vejez (CAV) desarrollado por Laidlaw et al. (2007), se usó la versión adaptada a población mexicana de Hernández-Pozo et al. (2009), quienes validaron el cuestionario en personas de 15 a 69 años, el cuestionario indaga las actitudes hacia tres factores: estereotipos negativos físicos y conductuales hacia la vejez, miedo al propio envejecimiento y miedo al deterioro intelectual y al abandono. Consta de 21 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (completamente en desacuerdo=1, medianamente en desacuerdo=2, medianamente de acuerdo=3 y completamente de acuerdo=4).

Se califica sumando la puntuación de todos los reactivos y el resultado se divide entre 21 para obtener la media. Con base a este promedio se emplean los siguientes criterios: valores menores a 1.382 se consideran valores bajos en actitudes negativas, valores superiores a 2.095 se consideran como valores altos en actitudes negativas y valores entre 1.381 y 2.095 se consideran como actitudes negativas promedio. El cuestionario tiene una confiabilidad de .83 Alpha de Cronbach.

5.6 Procedimiento

La recolección de datos se realizó primeramente en línea debido a la dificultad de hacerlo de manera presencial, pues este estudio se llevó a cabo en el contexto de un confinamiento social a causa de la pandemia por covid-19. Por lo que los instrumentos fueron digitalizados y organizados usando la herramienta "Formulario" del servicio de Workspace de Google para su aplicación. Para tener contacto más directo con las

mujeres que pudieran participar en el estudio, la investigadora a cargo realizó un video que era enviado junto con la dirección URL del formulario, donde se explicaba en qué consistía el proyecto e invitaba a participar a las mujeres de las edades propuestas.

La invitación a participar en la investigación se realizó de diversas maneras: se compartió el enlace con los instrumentos en redes sociales (para su aplicación en línea), se consiguieron los permisos necesarios para divulgar la invitación entre madres de familia y personal de diversas preparatorias de Morelia (aplicación en línea)

Así mismo, se invitó a alumnas y personal de una universidad pública, donde se aplicaron algunos instrumentos de manera presencial (debido al retorno a actividades presenciales), mismos que fueron respondidos en papel.

Después se capturaron las respuestas de los cuestionarios aplicados de manera presencial en la base de datos previamente preparada. Posteriormente se descargaron los datos del formulario a un archivo Excel y se procedió a hacer los ajustes necesarios al documento para posteriormente importar los datos a la base de datos y después al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20 para su análisis.

5.7 Consideraciones Éticas

Este estudio se ajustó a las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (2016). Al acceder al enlace de aplicación en línea, primeramente, aparece el consentimiento informado, donde se establecen los siguientes puntos:

- La participación es voluntaria.
- La participación no representa ningún riesgo para su integridad física y emocional

- La información que proporcionen en la plataforma el investigador tiene la obligación de trabajarla de manera responsable.
- Su derecho a la confidencialidad.
- Su libertad de dar por concluida su participación en el momento que ellas decidan.

Debido a la dificultad de emitir una firma autógrafa para el consentimiento al formulario, se agregaron dos opciones en las que las participantes podían seleccionar si aceptaban participar o no el estudio. En caso de elegir la opción de no participar, automáticamente la participante salía del enlace sin poder acceder a los instrumentos y agradeciendo su intención.

5.6 Plan de Análisis

Para iniciar el análisis se llevaron a cabo distribuciones de frecuencias con el fin de identificar los puntajes de los participantes a cada uno de los instrumentos, así como su clasificación en categorías de acuerdo a los puntos de corte de cada una de las escalas utilizadas.

Para conocer la relación entre las variables estudiadas se utilizó la prueba de correlación Spearman, esta prueba no paramétrica debido a que los datos no mostraron una distribución normal.

Adicionalmente, se segmentó la muestra en dos grupos de edad para observar si existían diferencias de acuerdo con la edad, para esto se utilizó la prueba U de Mann Whitney. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria utilizando el método por pasos hacia atrás (razón de verosimilitud) para determinar que variables predicen las CAR.

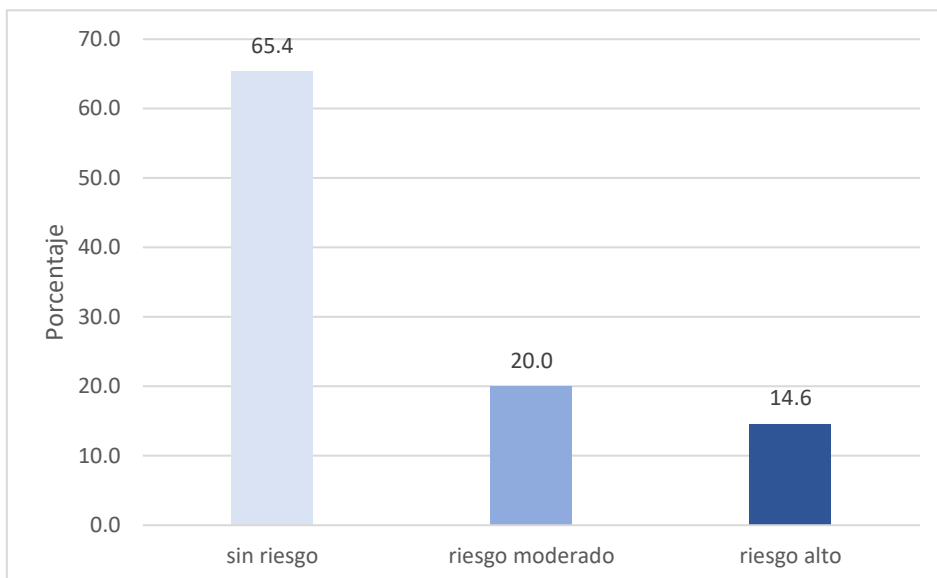
Capítulo 6. Resultados

En este capítulo se muestran los resultados del estudio, primeramente, se presenta una breve descripción de la muestra, seguida de la descripción de la proporción de mujeres de la muestra que presentan cada una de las variables propuestas. Posteriormente, se encuentran los resultados de las correlaciones de las conductas alimentarias de riesgo y cada una de las variables. Finalmente, se muestran resultados adicionales de análisis llevados a cabo para enriquecer el estudio.

6.1 Proporción de Mujeres que Presentan CAR, Insatisfacción Corporal, Interiorización del Ideal de Delgadez y Actitudes Negativas Hacia el Envejecimiento

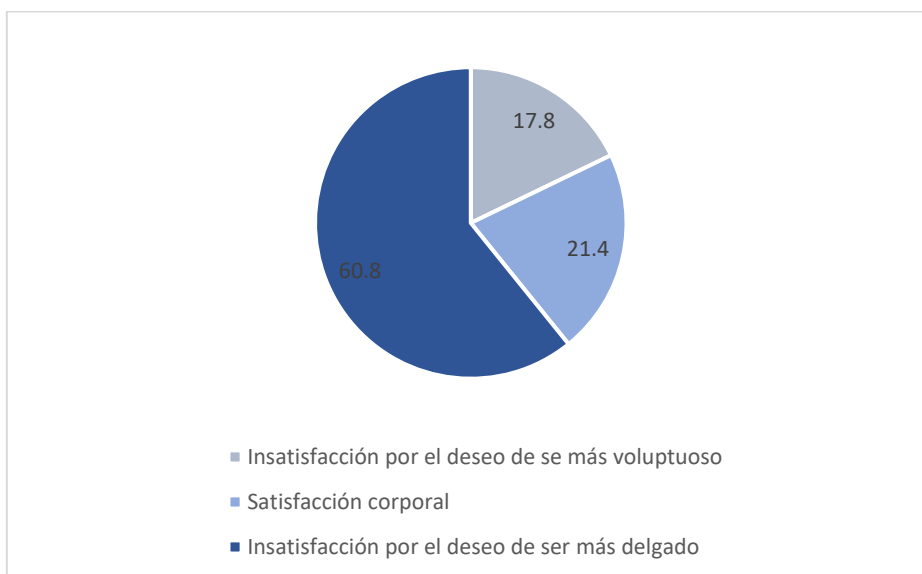
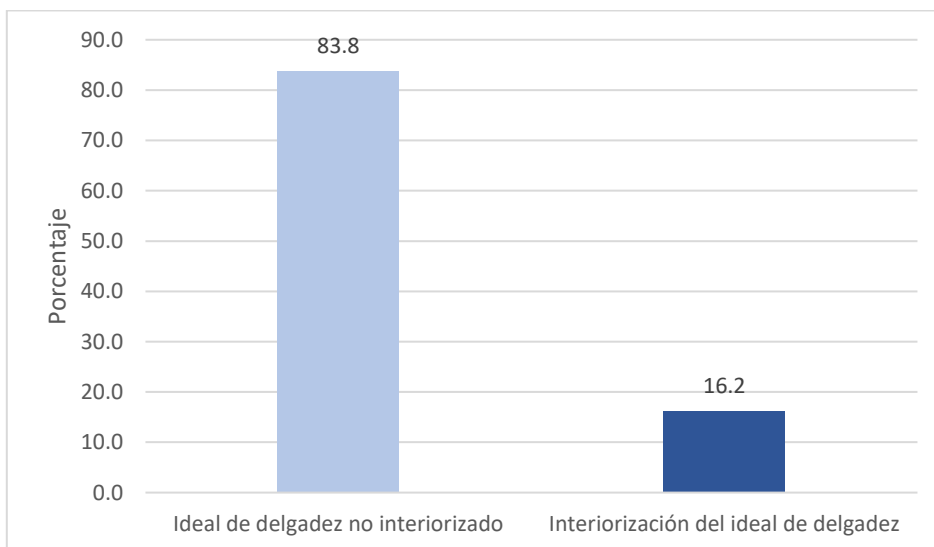
Del total de la muestra el 65.4% (n=242) no practican conductas alimentarias de riesgo, mientras que el 34.6% (n=128) llevan a la práctica este tipo de conductas. De estas últimas, el 20% presenta un riesgo moderado para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y el 14.6% un riesgo alto (Ver Figura 1).

Las conductas y más practicadas por las participantes fueron las restrictivas (realización de ejercicio y dietas con el fin de bajar de peso) así como la preocupación por engordar, seguidas de la práctica de atracones y finalmente con menor frecuencia las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso). Las pastillas más utilizadas para la pérdida de peso fueron *dermograss* y *acxion*. Respecto al uso de diuréticos y laxantes se mencionaron en mayor medida los senósidos y algunas opciones naturales como el uso de té, fibras, entre otros.

Figura 1*Práctica de conductas alimentarias de riesgo*

En relación con la insatisfacción corporal, esta se presentó en la mayoría de las participantes 78.6%, de ellas el 17.8% desea una figura corporal más voluptuosa y el 60.8% siente insatisfacción por el deseo de ser más delgada, mientras el 21.4% se sienten satisfechas con su cuerpo (ver Figura 2).

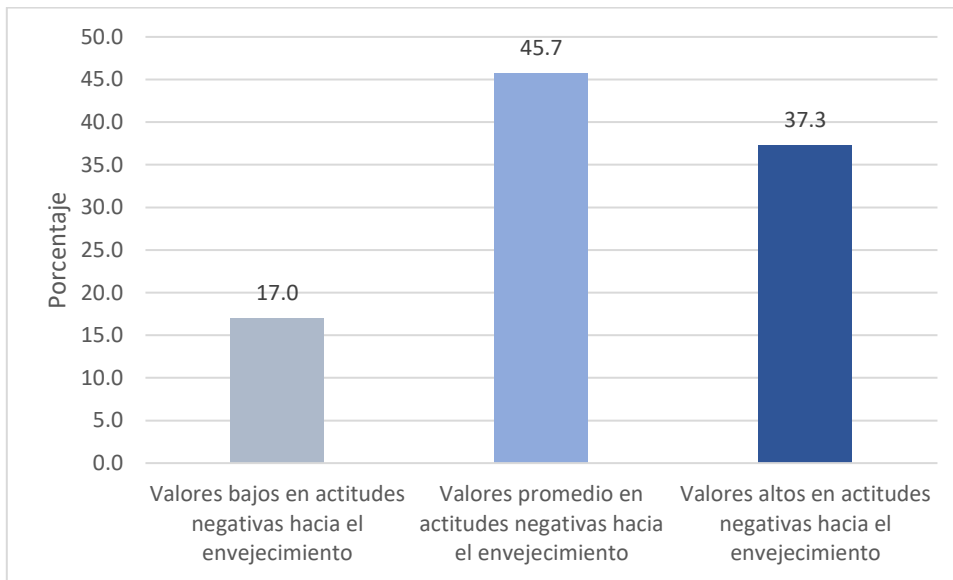
Por otro lado, como se puede observar en la Figura 3, la interiorización del ideal de delgadez se presentó en 60 participantes (16.2%), mientras que la mayoría no mostró haber interiorizado el ideal corporal imperante en la sociedad.

Figura 2*Insatisfacción con la imagen corporal***Figura 3***Interiorización del ideal de delgadez*

De acuerdo a los puntos de corte de la escala, la presencia de valores altos en actitudes negativas hacia el envejecimiento se encontró en 37.3% de las mujeres de la muestra, mientras el 45.7% obtuvo valores promedio. Únicamente el 17% obtuvo puntajes bajos en actitudes negativas hacia el envejecimiento (Ver Figura 4).

Figura 4

Actitudes negativas hacia el envejecimiento



6.2 Correlaciones Entre Variables

La insatisfacción corporal y las dimensiones evaluadas de las CAR mostraron correlaciones bajas: atracón-purga ($\rho_{(368)}=.260$, $p=.01$), medidas compensatorias ($\rho_{(368)}=.236$, $p=.01$) y restricción ($\rho_{(368)}=.280$, $p=.01$). Lo que indica que a medida que aumenta la insatisfacción con la imagen corporal, aumentan las conductas alimentarias de riesgo.

Las asociaciones entre las CAR e interiorización del ideal de delgadez demuestran de forma clara que existe relación entre estas variables, arrojando correlaciones significativas entre las dimensiones de ambas variables (Ver Tabla 2). Se puede observar correlaciones moderadas entre el factor atracón purga las dos dimensiones: interiorización

($\rho_{(368)}=.508$, $p=.01$) y creencias ($\rho_{(368)}=.413$, $p=.01$) y entre el factor restricción y la interiorización ($\rho_{(368)}=.605$, $p=.01$), las demás fueron correlaciones bajas. Lo anterior indica que existe una tendencia de que, a mayor interiorización del ideal de delgadez, mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo.

Tabla 2

Correlaciones entre CAR e interiorización del ideal de delgadez

	Interiorización	Creencias
Atracón-purga	.508**	.413**
Medidas compensatorias	.396**	.294**
Restricción	.605**	.368**

*Nota. Creencias: conocimiento de las normas sociales sobre el ideal de delgadez. ** $p \leq .01$*

En cuanto a las actitudes negativas hacia el envejecimiento, el miedo al propio envejecimiento obtuvo una correlación baja con las tres dimensiones de las CAR: atracón purga ($\rho_{(368)}=.245$, $p=.01$), restricción ($\rho_{(368)}=.235$, $p=.01$) y medidas compensatorias ($\rho_{(368)}=.139$, $p=.01$). Esto expresa que, a mayor temor hacia el propio proceso de envejecimiento, existe mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo.

Asimismo, los estereotipos físicos y conductuales arrojaron correlaciones bajas con la dimensión atracón purga ($\rho_{(368)}=.147$, $p=.01$) y con las medidas compensatorias ($\rho_{(368)}=.155$, $p=.01$), lo que significa que a mayor presencia de estereotipos hacia la vejez acerca del físico y del comportamiento, mayor es la práctica de atracones y conductas compensatorias. De igual manera el miedo al deterioro intelectual y al abandono correlacionó con la dimensión atracón-purga ($\rho_{(368)}=.147$, $p=.01$) y las medidas compensatorias ($\rho_{(368)}=.168$, $p=.01$), lo que significa que a medida que aumenta el miedo

al deterioro intelectual y al abandono, también aumentan los atracones y las medidas compensatorias (Ver Tabla 3)

Tabla 3

Correlaciones entre CAR y actitudes negativas hacia el envejecimiento

	Estereotipos físicos y conductuales	Miedo al propio envejecimiento	Miedo al deterioro intelectual y al abandono
Atracón-purga	.147**	.245**	.147**
Medidas compensatorias	.155**	.139**	.168**
Restricción	.079	.235**	.077

Nota. ** $p \leq .01$

Se llevaron a cabo algunos análisis complementarios, primeramente, se decidió segmentar la muestra en dos grupos de edad: 20 a 39 años y 40 a 60 años, con la finalidad de analizar si existían diferencias significativas en las variables de acuerdo con la edad, así como examinar las correlaciones de las variables en ambos grupos. Cada grupo de edad quedó compuesto de 185 participantes, los resultados se muestran a continuación. Para analizar las diferencias entre los grupos, se utilizó la prueba de U de Mann Whitney debido a que los datos no mostraron una distribución normal.

6.3 Correlación Entre Variables de Acuerdo con la Edad

De acuerdo con los resultados, las dimensiones que componen el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo correlacionaron positivamente con la insatisfacción corporal en el grupo de mujeres de 20 a 30 años: atracón purga ($\rho_{(183)}=.243$, $p=.01$), medidas compensatorias ($\rho_{(183)}=.206$, $p=.01$) y restricción ($\rho_{(183)}=.304$, $p=.01$).

Asimismo, en el grupo de participantes de 40 a 60 años, se obtuvieron correlaciones significativas entre la insatisfacción corporal y las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo: atracón-purga ($\rho_{(183)}=.285, p=.01$), medidas compensatorias ($\rho_{(183)}=.270, p=.01$) y restricción ($\rho_{(183)}=.267, p=.01$). Estos hallazgos indican que en ambos grupos existe una tendencia de que, a mayor insatisfacción corporal, mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo. En la Tabla 4 se pueden observar las correlaciones en ambos grupos.

Tabla 4

Correlaciones entre CAR e insatisfacción corporal según edad

		Insatisfacción corporal
20 a 39 años	Atracón-purga	.243**
	Medidas compensatorias	.206**
	Restricción	.304**
40 a 60 años	Atracón-purga	.285**
	Medidas compensatorias	.270**
	Restricción	.267**

Nota. ** $p \leq .01$

Referente a la interiorización del ideal de delgadez, esta mostró correlacionarse con las CAR de manera clara en ambos grupos. Como se puede observar en la Tabla 5, las correlaciones de las dimensiones atracón-purga y medidas compensatorias resultaron ligeramente mayores en el grupo de mujeres de 40 a 60 años, a diferencia del factor restricción en el que la correlación con la insatisfacción corporal fue ligeramente mayor en el grupo de 20 a 39 años.

Sin embargo, la totalidad de las dimensiones que componen ambos constructos resultaron correlacionar de manera positiva, arrojando correlaciones de bajas a moderadas. Lo que significa que, en ambos grupos a mayor interiorización del ideal de delgadez, mayores niveles de conductas alimentarias de riesgo.

Tabla 5

Correlaciones entre CAR e interiorización del ideal de delgadez según la edad

		Interiorización	Creencias
20 a 39 años	Atracón-purga	.528**	.406**
	Medidas compensatorias	.369**	.333**
	Restricción	.635**	.427**
40 a 60 años	Atracón-purga	.477**	.394**
	Medidas compensatorias	.423**	.240**
	Restricción	.565**	.264**

Nota. ** $p \leq .01$

En relación a las CAR y las actitudes negativas hacia el envejecimiento, como se puede observar en la Tabla 6, en el grupo de mujeres de 20 a 39 años, la dimensiones atracón-purga y medidas compensatorias de las CAR arrojaron correlaciones con las tres dimensiones de las actitudes negativas hacia el envejecimiento. Lo que significa que, a mayores niveles de estereotipos físicos y conductuales, miedo al propio envejecimiento y miedo al deterioro intelectual y al abandono, mayor presencia de conductas compensatorias y atracón-purga en las mujeres de la muestra. La dimensión restricción correlacionó únicamente con el miedo al propio envejecimiento ($\rho_{(183)}=.236, p=.01$). Lo que significa que a medida que aumenta el miedo hacia el envejecimiento, también

aumenta la restricción (preocupación por engordar, realización de ejercicio y dietas con el fin de bajar de peso).

Ahora bien, en el grupo de participantes de 40 a 60 años, la única dimensión de las actitudes negativas hacia el envejecimiento que arrojó correlación significativa con las CAR fue el miedo al propio envejecimiento, la cual mostró relacionarse con la dimensión atracón-purga ($\rho_{(183)}=.268, p=.01$) y la dimensión restricción ($\rho_{(183)}=.217, p=.01$). Lo que significa que, en las mujeres de este grupo, existe la tendencia de que, a mayor miedo hacia el propio proceso de envejecimiento, mayor es la presencia atracones y purgas, así como de comportamientos restrictivos. La dimensión de estereotipos físicos y conductuales, así como el miedo al deterioro intelectual y al abandono, no correlacionaron con ninguna de las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo. Lo que quiere decir que estas dimensiones no influyen en la presencia de conductas alimentarias de riesgo en las mujeres de este grupo.

Tabla 6

Correlaciones entre CAR y actitudes negativas hacia el envejecimiento según la edad

		Estereotipos físicos y conductuales	Miedo al propio envejecimiento	Miedo al deterioro intelectual y al abandono
20 a 39 años	Atracón-purga	.224**	.212**	.191**
	Medidas compensatorias	.247**	.165*	.231**
	Restricción	0.14	.236**	0.128
40 a 60 años	Atracón-purga	0.102	.268**	0.108
	Medidas compensatorias	0.058	0.104	0.103
	Restricción	0.06	.217**	0.03

Nota. ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

6.4 Diferencias de Acuerdo con la Edad

Los resultados en la prueba U de Mann Whitney entre el grupo de mujeres de 20 a 39 años y el grupo de 40 a 60 años arrojaron diferencias estadísticamente significativas en dos de las tres dimensiones evaluadas por el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias: atracón-purga ($U=14667$, $p=.01$) y restricción ($U=13908$, $p=.002$), siendo estas conductas mayores en el grupo de mujeres jóvenes que en el de mujeres de mayor edad. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la dimensión medidas compensatorias entre los grupos (Ver Tabla 7).

Tabla 7

Diferencias en las conductas alimentarias de riesgo según la edad

	Atracón-purga	Medidas compensatorias	Restricción
U de Mann-Whitney	14667	16287.5	13908.5
Z	-2.454	-1.032	-3.141
Sig. asintót. (bilateral)	0.014	0.302	0.002

En relación con la insatisfacción con la imagen corporal, no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos de edad ($U= 16764$, $p=.72$), por lo que se asume que la presencia de insatisfacción corporal es igual en ambos grupos.

Respecto al instrumento que mide la interiorización del ideal de delgadez, se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las dos dimensiones que lo componen, interiorización ($U=14343.5$, $p=.007$) creencias ($U=13581$, $p=.001$). La interiorización del ideal de delgadez fue mayor en las mujeres de 20 a 39 en comparación de las mujeres de mediana edad (Ver Tabla 8).

Tabla 8*Diferencias en la interiorización del ideal de delgadez según la edad*

	Interiorización	Creencias
U de Mann-Whitney	14343.5	13581
Z	-2.698	-3.445
Sig. asintót. (bilateral)	0.007	0.001

En cuanto a las actitudes negativas hacia el envejecimiento, únicamente una de las tres dimensiones del instrumento arrojó diferencias significativas entre los grupos: estereotipos físicos y conductuales ($U=14439$, $p=.009$), siendo mayor la presencia de estereotipos en mujeres de 40 a 60 años, en comparación de las mujeres de 20 a 39 años. Por otro lado, las dos dimensiones que no obtuvieron diferencias significativas fueron miedo al propio envejecimiento y miedo al deterioro intelectual y al abandono (Ver Tabla 9).

Tabla 9*Diferencias en las actitudes negativas hacia el envejecimiento según la edad*

	Estereotipos físicos y conductuales	Miedo al propio envejecimiento	Miedo al deterioro intelectual y al abandono
U de Mann-Whitney	14439	15304.5	16511
Z	-2.606	-1.769	-0.586
Sig. asintót. (bilateral)	0.009	0.077	0.558

6.5 Variables que Predicen las CAR

Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria para analizar las variables que predicen la presencia de conductas alimentarias de riesgo, se utilizó el método por pasos hacia atrás (razón de verosimilitud). Para este estudio las variables fueron recodificadas como se observa en la Tabla 10. En la variable actitudes negativas hacia el envejecimiento, se eliminaron los participantes que puntuaron con valores medios en actitudes negativas, debido a que representan valores promedio y por lo tanto no son útiles para realizar una predicción, por lo que la muestra se redujo a 201 participantes.

Tabla 10

Codificación de las variables para el modelo de regresión logística

Variables	Valores
Conductas alimentarias de riesgo	0 (sin riesgo para el desarrollo de TCA) 1 (riesgo para el desarrollo de TCA)
Insatisfacción corporal	0 (satisfacción corporal) 1 (insatisfacción corporal)
Interiorización del ideal de delgadez	0 (ideal de delgadez no interiorizado) 1 (ideal de delgadez interiorizado)
Actitudes negativas hacia el envejecimiento	0 (valores bajos en actitudes negativas hacia el envejecimiento) 1 (valores altos en actitudes negativas hacia el envejecimiento)

En el primer modelo se utilizó la variable conductas alimentarias de riesgo como dependiente y el resto como independientes. Las variables que entraron en este modelo fueron la interiorización y la insatisfacción corporal. Las actitudes negativas hacia el envejecimiento no resultaron significativas. En la Tabla 11 se muestra el resumen general del modelo, donde se observa que el modelo de regresión resultó estadísticamente significativo ($X^2 = 80.784$, $p < 0.05$). El estadístico R cuadrado de Nagelkerke señaló que el 45.1% de la varianza resultó explicada por las variables independientes del modelo.

Tabla 11*Estadísticos de ajuste del modelo 1*

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo				Resumen del modelo			
		Chi cuadrado	gl	Sig.	Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Nagelkerke
	Paso	-2.627	1	0.105			
Paso 2 ^a	Bloque	80.784	2	0			
	Modelo	80.784	2	0	2	184.778 ^a	0.451

En la Tabla 12 se muestra que el modelo clasificó correctamente a un 78.1% de los casos. De estos, 75 participantes puntuaron con riesgo a los trastornos de la conducta alimentaria, el modelo clasificó correctamente a 37 que corresponde a un 49.3% (sensibilidad del modelo). De las 126 mujeres que no presentan riesgo para las CAR, el modelo clasificó correctamente a 120 (verdaderos negativos) lo cual representa un 95.2% (especificidad del modelo).

Tabla 12*Tabla de clasificación modelo 1*

Observado			Pronosticado		
			CAR		Porcentaje correcto
			sin riesgo car	riesgo car	
Paso 2	CAR	Sin riesgo	120	6	95.2
		Con riesgo	38	37	49.3
		Porcentaje global			78.1

Las variables interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción con la imagen corporal están asociadas tanto positiva como significativamente con la probabilidad de que una mujer practique conductas alimentarias de riesgo. En términos estadísticos el Exp (B) (valor de odd ratio) de la interiorización del ideal de delgadez $e^{3.67} = 26.237$, indica

que las mujeres que han interiorizado este ideal tienen 26.2 de mayores posibilidades de practicar conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de TCA que las que no lo han interiorizado.

Por su parte, el odd ratio de la variable insatisfacción $e^{1.952} = 7.04$, evidencia que en las personas que presentan insatisfacción corporal incrementa 7.04 la veces más la posibilidad de practicar CAR que en las mujeres que presentan satisfacción corporal. Por otro lado, no se encontró evidencia de que la variable actitudes negativas hacia el envejecimiento prediga la presencia de conductas alimentarias de riesgo (Ver Tabla 13).

Tabla 13

Variables en la ecuación modelo 1

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a	Interiorización (1)	3.055	0.551	30.723	1	0	21.22
	Insatisfacción (1)	1.912	0.453	17.817	1	0	6.767
	Envejecimiento (1)	0.689	0.434	2.515	1	0.113	1.991
	Constante	-2.942	0.519	32.168	1	0	0.053
Paso 2 ^a	Interiorización (1)	3.267	0.544	36.106	1	0	26.237
	Insatisfacción (1)	1.952	0.45	18.844	1	0	7.041
	Constante	-2.505	0.416	36.225	1	0	0.082

Posteriormente se llevó a cabo un modelo más con la variable interiorización como variable dependiente, ya que fue la variable que mayormente se relacionó con las CAR. De acuerdo a los resultados de la regresión, las conductas alimentarias de riesgo y las actitudes negativas hacia el envejecimiento presentaron una asociación estadística significativa. La insatisfacción corporal no resultó significativa.

El modelo de regresión resultó estadísticamente significativo ($X^2 = 67.153$, $p < 0.05$). El valor de r^2 de Nagelkerke indicó que las variables predictoras explican 44% de la

variabilidad de la variable dependiente (Ver Tabla 14). El modelo estimado clasificó correctamente el 81.6% de los casos, con una sensibilidad de 81.4% y una especificidad de 81.6%.

Tabla 14

Estadísticos de ajuste modelo 2

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo					Resumen del modelo		
		Chi cuadrado	gl	Sig.	Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Nagelkerke
Paso 2 ^a	Paso	-1.788	1	0.181			
	Bloque	67.153	2	0			
	Modelo	67.153	2	0	2	141.532 ^a	0.44

De acuerdo a los odd ratio de las conductas alimentarias de riesgo $e^{2.746} = 15.6$, se evidencia que las mujeres que presentan conductas alimentarias de riesgo tienen 15.6 de mayores posibilidades de presentar interiorización del ideal de delgadez que las mujeres que puntuaron sin riesgo para las CAR en esta muestra, así mismo, las mujeres con puntajes altos en actitudes negativas hacia el envejecimiento ($e^{2.079} = 7.9$) tienen 7.9 más posibilidades de interiorizar este ideal que las que presentan puntajes bajos en actitudes negativas hacia el envejecimiento (ver Tabla 15).

Tabla 15*Variables en la ecuación modelo 2*

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a	CAR(1)	3.005	0.545	30.375	1	0	20.182
	Envejecimiento(1)	2.062	0.779	7.015	1	0.008	7.863
	Insatisfacción (1)	-0.678	0.518	1.716	1	0.19	0.508
	Constante	-4.297	0.84	26.164	1	0	0.014
Paso 2 ^a	CAR(1)	2.746	0.487	31.729	1	0	15.577
	Envejecimiento(1)	2.079	0.778	7.135	1	0.008	7.993
	Constante	-4.604	0.824	31.219	1	0	0.01

Capítulo 7. Discusión, Sugerencias, Limitaciones y Conclusiones

7.1 Discusión

Las conductas alimentarias de riesgo se presentaron en 34.6% de la población estudiada, las conductas con mayores porcentajes fueron las restrictivas, seguidas de la práctica de atracones y purgas y finalmente las medidas compensatorias. Estos resultados difieren de los reportados por Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) quienes encontraron que las conductas mayormente practicadas por una muestra de mujeres de entre 25 y 45 años fueron las compensatorias. Los patrones alimentarios restrictivos se han convertido en conductas cada vez más normales y frecuentes entre la población, incluso existe más información disponible a cerca de dietas y tendencias (no proveniente de especialistas) en los diferentes medios de comunicación (Valenzuela y Meléndez, 2019).

La insatisfacción corporal estuvo presente en la mayoría de la muestra 78.6%. Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) reportaron una prevalencia muy similar (78.8%) en mujeres en edad adulta de la ciudad de México. Por su parte la interiorización del ideal de delgadez estuvo presente en 1.6 de cada 10 de las participantes, siendo esta proporción menor a la reportada por Álvarez et al. (2007), quienes encontraron que 6 de cada 10 mujeres de entre 34 a 46 años habían interiorizado este ideal, estas discrepancias pueden ser debidas a que los instrumentos utilizados en cada estudio fueron distintos y a que el rango de edad es diferente.

En relación con las actitudes negativas hacia el envejecimiento, el 37.3% de la muestra obtuvo puntajes altos en actitudes negativas. Este hallazgo apoya la idea de que estas actitudes no son únicas de las personas que atraviesan la edad media o la vejez (Hernández-Pozo et al., 2009).

Respecto a la correlación de las variables, se encontró relación entre las CAR y la insatisfacción corporal, esta relación ha sido evidenciada en estudios con población de mujeres en edad adulta (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006). Además, al realizar el análisis en los dos grupos de edad, las correlaciones se mantuvieron significativas.

Aunado a esto, se evidenció que no existieron diferencias en cuanto a la presencia de insatisfacción respecto con la edad. Tiggemann y Lynch (2001) reportaron que el nivel de insatisfacción no suele variar en mujeres por cuestión de la edad, pero que los trastornos de la conducta alimentaria tienden a disminuir a mayor edad, lo que coincide también, pues la práctica de las CAR fue menor en el grupo de mayor edad.

La interiorización del ideal de delgadez fue la variable que obtuvo correlaciones más altas con las CAR en comparación de la insatisfacción corporal y las actitudes negativas hacia el envejecimiento. La asociación entre estas variables se ha mostrado en algunos estudios con participantes adultas de diversas edades (Álvarez et al., 2007; Carrad et al., 2020; Zainal et al., 2020).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de la interiorización del ideal de delgadez respecto con la edad, resultó ser mayor en el grupo de mujeres de 20 a 39 años, que en las mujeres de mediana edad. Sin embargo, las correlaciones de esta con las CAR fueron significativas en ambos grupos. Con estos hallazgos se evidencia que tanto las mujeres jóvenes como las mayores (aunque en menor medida) son vulnerables a las presiones socioculturales respecto a la delgadez, tal como lo afirman Midlarsky y Nitzburg (2008).

En cuanto a las actitudes negativas hacia el envejecimiento y las CAR, se encontró una correlación baja entre sus dimensiones y las dimensiones de las CAR en la muestra total. En el análisis de acuerdo con la edad, en el grupo de 20 a 39 años,

correlacionaron la mayoría de las dimensiones de las dos escalas. Respecto al grupo de mujeres de 40 a 60 años, solo la dimensión miedo al propio envejecimiento correlacionó con las dimensiones atracón-purga y restricción de las CAR, esto coincide con los resultados del estudio de Lewis y Cachelin (2001) en el que las mujeres de mediana edad con síntomas de TCA reportaron un mayor miedo al envejecimiento.

Por otro lado, en diferentes estudios se ha reportado que existen menores actitudes hacia el envejecimiento en mujeres y hombres adultos jóvenes en comparación a los adultos mayores y de mediana edad (Árraga et al., 2016; Faudzi et al., 2018; Hernández-Pozo et al., 2009). En este estudio no existió esa tendencia, al no encontrarse diferencias en los dos grupos de edad en dos de las dimensiones (miedo al propio envejecimiento y miedo al deterioro intelectual y al abandono), incluso la presencia de estereotipos físicos y conductuales resultó mayor en las mujeres de mediana edad. Esta diferencia puede deberse a que en el presente estudio participaron solamente mujeres, y como refiere Freixas (2009) el envejecer en las mujeres suele ser experimentado de manera más negativa que en los hombres, debido a las exigencias sociales.

El análisis de regresión logística llevado a cabo permitió determinar cuáles variables predicen la presencia de CAR en las participantes de esta investigación. La interiorización del ideal de delgadez fue la principal variable predictora de las CAR. Este hallazgo subraya la importancia de los factores socioculturales para la explicación de los trastornos alimentarios como se propone en la teoría sociocultural (Ayuzo-del Valle y Covarrubias-Esquer, 2019), teniendo en cuenta que la interiorización del ideal de delgadez es un indicador del efecto que tienen los factores socioculturales (Amaya et al., 2013).

La sociedad actual es responsable de promover los cuerpos extremadamente delgados e ir normalizándolos cada vez más. La presión social hacia las mujeres por la

delgadez no está asociada únicamente con la belleza, sino que es sinónimo de éxito, poder, cuidado personal, salud, entre otros aspectos positivos, llegando incluso a ser elemento importante en la aceptación en el medio social (Rivarola y Penna, 2006). Esta presión se encuentra presente en los diversos medios de socialización, de esta manera es sencillo que las mujeres interioricen este ideal y lleven a la práctica conductas que ponen en riesgo su vida. Es por eso que, como sociedad y profesionales de la salud, se tiene la responsabilidad de intervenir, promoviendo en las mujeres el cuestionamiento y reflexión de la manera en que la sociedad presenta y valora el cuerpo femenino.

La segunda variable predictora de las CAR fue la insatisfacción corporal, que ha sido considerada como uno de los principales factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria (Gómez-Peresmitré, 1997), este estudio afirma la importancia de esta variable en poblaciones más allá de la adolescencia y edad universitaria.

Las actitudes negativas hacia el envejecimiento, no resultaron predictoras de las CAR, coincidiendo con el estudio de Midlarsky y Nitzburg (2008), quienes reportaron que la preocupación por el envejecimiento no se relacionó con los trastornos alimentarios en mujeres de 45 a 60 años. Sin embargo, se encontró que estas actitudes resultaron predictoras de la interiorización del ideal de delgadez, misma que resultó ser la variable que mayormente predice las CAR en este estudio. Con estos hallazgos, se propone que las mujeres que presentan actitudes negativas hacia el envejecimiento son más vulnerables a interiorizar el ideal de delgadez, lo que a su vez aumenta la susceptibilidad a las CAR, es decir, las actitudes negativas hacia el envejecimiento podrían tener un efecto indirecto en las CAR a través de la interiorización del ideal de delgadez, no obstante, conviene realizar más estudios para esclarecer el papel de esta variable.

La hipótesis planteada en este estudio se pudo confirmar, al mostrarse que existe relación entre la práctica de CAR con la insatisfacción corporal, la interiorización del ideal

de delgadez y las actitudes negativas hacia el envejecimiento. No obstante, aunque la relación entre esta última variable con las CAR existe, es baja. De tal manera que esta variable no predijo la presencia de las conductas alimentarias de riesgo.

7.2 Limitaciones y sugerencias

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran el que la muestra no fue probabilística, lo que puede resultar en un sesgo de selección. El diseño transversal del estudio que representa límites a las implicaciones de los resultados.

Aunado a esto, no se realizó el análisis de regresión con el total de la muestra planteado en un principio debido a las características del instrumento utilizado para evaluar las actitudes negativas hacia el envejecimiento, por lo que se perdieron datos que podrían ser importantes.

Para futuras investigaciones se sugiere llevar a cabo un estudio longitudinal con mujeres que practiquen conductas alimentarias de riesgo para observar su evolución al paso del tiempo, así como emplear la selección probabilística. Así mismo, incluir otras variables que puedan influir en la presencia de las CAR en población adulta.

Por lo que se refiere a las actitudes negativas hacia el envejecimiento, se requiere profundizar en su estudio para analizar la relación entre esta variable y las CAR. Se sugiere investigar algunos otros instrumentos que midan las actitudes negativas hacia el envejecimiento, específicamente el miedo al propio envejecimiento y miedo a los cambios físicos, ya que el instrumento aquí utilizado contenía pocos ítems sobre estos.

Por otra parte, estudios futuros podrían incluir a hombres adultos en su muestra, para indagar si los factores de riesgo aquí presentados son predictores de las CAR en los este grupo de estudio e identificar si existen diferencias en cuanto a las actitudes negativas hacia el envejecimiento entre mujeres y hombres.

7.3 Conclusiones

Las conductas alimentarias de riesgo se encuentran presentes en las mujeres en edad adulta de entre 20 a 60 años, siendo más frecuente su práctica en mujeres de 20 a 39 años.

La insatisfacción corporal se encuentra presente en la mayor parte de la muestra y tiende a mantenerse estable en mujeres en la adultez emergente y adultez media.

Las mujeres en edad adulta son vulnerables a las influencias culturales hacia el ideal de delgadez, aunque es más frecuente en mujeres de 20 a 39 años que en las mujeres de mediana edad. Esto puede deberse a que las mujeres jóvenes están más expuestas a los mensajes sobre la delgadez.

Las mujeres de la muestra presentan actitudes negativas hacia el envejecimiento, siendo mayores los niveles en mujeres de mediana edad. Esto puede deberse al gran valor que la sociedad otorga a la juventud y que la vejez se asocia con pérdida de belleza, funcionalidad, visibilidad social, entre otras ideas., por lo que las mujeres que atraviesan la mediana edad pueden ser vulnerables a presentar actitudes más negativas al estar más próximas a esta etapa y estar experimentando más cambios relacionados con el envejecimiento que el grupo de mujeres de menor edad.

La patología alimentaria en las mujeres adultas jóvenes y de mediana edad, están asociadas a los mismos factores relacionados con los trastornos alimentarios de las adolescentes: insatisfacción corporal e interiorización del ideal de delgadez.

La correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y las actitudes negativas hacia el envejecimiento existe, pero es baja. Por lo que las actitudes negativas hacia el envejecimiento no predicen las CAR.

La interiorización del ideal de delgadez parece estar asociada a las actitudes negativas hacia el envejecimiento en las mujeres de la muestra.

Con base en los resultados se concluye que se requiere intervenir en la población para eliminar la práctica de conductas alimentarias que ponen en riesgo la salud de las mujeres. Se necesita el diseño de políticas públicas que propicien la adecuada alimentación y contrarresten la desinformación sobre la alimentación restrictiva y el uso de laxantes y diuréticos y demás sustancias para adelgazar. Se observa la necesidad también de realizar campañas de prevención y detección de CAR en mujeres adultas, para identificar a personas en riesgo y brindar atención especializada.

Por otro lado, se propone llevar a cabo intervenciones que fomenten una actitud crítica respecto al ideal de belleza femenino actual (delgadez y juventud) para disminuir la interiorización del ideal de delgadez, ya que resultó ser el factor que mayormente predice las CAR las participantes de este estudio.

Referencias

- Acosta, M. y Gómez-Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730101.pdf>
- Águila, C., Sicilia, Á. y Segovia, L. (2020). El ideal del cuerpo delgado y la formación del sujeto neoliberal: un estudio de caso. *Movimiento*, 26.
- Allan L. & Johnson J. (2008). Undergraduate attitudes toward the elderly: The role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educational Gerontology*, 35(1), 1-14.
- Altamirano, M., Vizmanos, B. y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-407. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2011.v30n5/401-407/>
- Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Álvarez, G. (2006). *Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México] <https://tesiunam.dgb.unam.mx/>
- Álvarez, G. Nieto, M., Mancilla, J., Vázquez, R. y Ocampo. M. (2007). Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. *Revista Psicología y Salud*, 17(2). <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/709/1247>
- Amaya, A., Mancilla, J., Álvarez, G., Ortega, M., Larios, M. y Martínez J. (2013). Edad, consciencia e interiorización del ideal estético corporal como predictores de la insatisfacción y conductas alimentarias anómalas. *Revista colombiana de psicología*, 22(1), 121-133. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4385951>
- Amico, C. (2009). Envejecer en el siglo XXI: “no siempre querer es poder”. Hacia la deconstrucción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. *Trabajo Social Hoy*, (59), 49-82.

- Árraga, M., Sánchez, M., Pirela, L. y Mariotti, L. (2016). Actitud de adultos venezolanos hacia la vejez. *Cuaderno Venezolano de Sociología*, 25(4). <https://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/22026/21751>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a. ed) Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ayuzo-del Valle, N. y Covarrubias-Esquer, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80-86.
- Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal?. *Revista de humanidades "Cuadernos del Marqués de San Adrián"*, 2, 53-70.
- Baile, J. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142(1), 128-129. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000100022>
- Baile, J., Guillén, F. y Garrido, 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.
- Bailey, K., Cline, L., & Gammage, K. (2016). Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context: The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body Image*, 17, 88-99.
- Banister, E. (2000). Women's midlife confusion: "why am i feeling this way?". *Issues in Mental Health Nursing*, 21(8), 745-764.
- Baños, R. y Miragal, M. (2015). Los trastornos alimentarios y sus causas. En Martínez, A., Ballesteros, C., Baños, R., Bayo, C., Beato, L., Bilbao, M., Casas, M., Chinchilla, A., del Río, C., del Camino, M., Faus, G., Franco, L., García, E., Grau, A., Guillen, V., Herraiz, M., Herrero, M., Iglesias, R., Jorquera, M... Toro, J. *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica* (pp. 51-96). Alfaomega.

- Barrett, A., & Robbins, C. (2008). The multiple sources of women's aging anxiety and their relationship with psychological distress. *Journal of Aging and Health*, 20(1), 32-65.
- Barrientos, N., Escoto, C., Bosques, L., Enríquez, J. y Juárez, C. (2014). Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(1), 29-38. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000100005
- Behar, R. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: una alerta para la atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 136(12), 1589-1598. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008001200013>
- 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.
- Behar, R. y Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: un análisis psicosocial histórico. *Salud Mental*, 38(3), 225-232. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.031>
- Betancourt, L., Rodríguez, M. y Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48(3), 261-276. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668007.pdf>
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M. y Cruzat, C. (2009). Aportes de la teoría del apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 217-226. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921775003.pdf>
- Bojórquez-Chapela, I., Mendoza-Flores, M., Tolentino, M., Morales, R. y De Regil, L. (2010). Las conductas alimentarias de riesgo no se asocian con deficiencias de macronutrientes en mujeres en edad reproductiva de la ciudad de México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 60(1), 64-69.
- Bravo, C. (2016). *Trastornos de conducta alimentaria desde la perspectiva psicoanalítica contextual*. Federación psicoanalítica de América Latina. Cartagena, Colombia.

- Caldera, I., Martín del Campo, P., Caldera, J., Reynoso, O. y Zamora, M. (2019). Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 22-31.
- Capote, M., Segredo, A. y Gómez, O. (2011). Climaterio y menopausia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4), 543-557.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252011000400013
- Carrard, I., & Rothen, S. (2019). Factors associated with disordered eating behaviors and attitudes in older women. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 567-575.
- Carter, C. (2014). Still sucked into the body image thing: the impact of anti-aging health discourses on women's gendered identities. *Journal of Gender Studies*, 25(2), 200-214.
- Cash, T. (2012). *Encyclopedia of body image and human appearance*. Academic Press.
- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33.
- Clarke, L., & Griffin, M. (2008). Visible and invisible ageing: Beauty work as a response to ageism. *Ageing & Society*, 28(5), 653-674.
- Cornachione, M. (2006). *Adulthood: aspects biological, psychological and social*. Brujas.
- Couto, D. y Nápoles, D. (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *Revista Médica de Santiago de Cuba*, 26(2), 1409-1418.
- Cozby, P. (2005). *Métodos de investigación del comportamiento*. Mc Graw Hill.
- Cruz-Aranda, J. (2018). Fármacos diuréticos: alteraciones metabólicas y cardiovasculares en el adulto mayor. *Medicina Interna de México*, 34(4), 566-573. DOI: <https://10.24245/mim.v34i4.1684>

- Dakanalis, A., Timko, C., Clerici, M., Zanetti, M., & Riva, G. (2014). Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating Behaviors*, 15(1), 63-67.
- De Jaege, C. (2018). Fisiología del envejecimiento. *EMC Kinesiterapia-Medicina Física*. 39(2), 1-12.
- De la Vega, R. y Gómez-Peresmitré, G. (2012). Intervención cognitivo conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y Salud*, 22(2), 225-234.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/547>
- De Lemus, S y Expósito, F. (2005). Nuevos retos para la psicología social: edadismo y perspectiva de género. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 33-51.
<https://www.redalyc.org/pdf/801/80112046005.pdf>
- Deeks, A., & McCabe, M. (2001). Menopausal stage and age and perceptions of body image. *Psychology and Health*, 16, 367-379.
- Devlin, M., & Zhu, A. (2001). Body image in the balance. *Medical Student Jama*, 286(17), 2159.
- Díaz, F. y Cruzat, C. (2011). Anorexia nerviosa: reflexiones psicoanalíticas sobre la sexualidad femenina y la figura del padre en una evaluación clínica. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 1-9.
- Díaz, M., Rodríguez, F., Martín, C., & Hiruela, M. (2003). Risk factors related with eating disorders in a community of adolescents. *Atención primaria*, 32(7), 403-407.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Risk-Factors-Related-With-Eating-Disorders-in-a-of-Benavente-Morilla/45d4de697ab768c02999cc9428bb56fbeeafd1f1?p2df>
- Diedrichs, P. (2015). Sociocultural environment and internalization of the thin ideal as eating disorder risk factors. En Wade, T. (Ed.) *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 782-786). Springer.
- Duarte, J. y Mendieta, H. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. Problema de salud pública. *Inteligencia Epidemiológica*, 1, 33-38.
<http://hdl.handle.net/20.500.11799/104520>

- Durán, M. (2003). La cultura del adelgazamiento a través de la "imagen" física: reflexiones y caso práctico. *Asparkia, Investigacio Feminista, Monografic*, (14).
- Echeburúa, E., Marañón, I. y Grijalvo, J. (2002). Trastornos de la personalidad en pacientes aquejados de anorexia y bulimia nerviosa: un estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 95-101.
- Erbil, N. (2018). Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(3), 241-246.
- Esteban, M. (2004). *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Ediciones Ballaterra.
- Fairburn, C., Welch, S., Doll, H., Davies, B., & O'Connor, M. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Faudzi, F., Armitage, C., Bryant, C. & Brown, L. (2018). Cultural adaptations to the measurement of attitudes to ageing: psychometric assessment of the malay reactions to ageing questionnaire. *Assessment*, 27(6), 1272- 1284.
- Figuroa, A., García, O., Revilla, A., Villareal, L. y Unikel, C. (2010). Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura corporal y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 31-38. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745506006.pdf>
- Fitchter, M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders- results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401.
- Forbes, G., Adams-Curtis, L., Jobe, R., White, K., Revak, J., Zivcic-Becirevic, I., & Pokrajac-Bulian, A. (2005). Body dissatisfaction in college women and their mothers: cohort effects, developmental effects, and influences of body size, sexism, and the thin body ideal. *Sex Roles*, 53(3-4), 281-298.
- Freixas, A. (2001). Nos envejecen las ideas, no el cuerpo. *Rev Mult Gerontol*, 11(4), 164-168.

- Freixas, A. (2004). Envejecimiento y perspectiva de género. En Barberá, E. y Martínez, I. (Eds.), *Psicología y Género* (pp.325-351). Pearson Prentice Hall.
- Freixas, A. (2009). El ciclo vital revisado: las vidas de las mujeres mayores a la luz de los cambios sociales. *Revista de pensament i analisi*, 9, 59-80.
- Galán, J. (2004). *Validación en población mexicana del body shape questionnaire: para detectar insatisfacción corporal*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- García, E. (2017). La(s) menopausia(s). Simbologías y sintomatologías culturales. *Revista Multidisciplinar de Estudios de Género*, 2(2), 223-231. <https://doi.org/10.20318/femeris.2017.3768>
- Garfinkel, P., Kennedy, S., & Kaplan, A. (1995). Views on classification and diagnosis of eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 40(8), 445-456.
- Garner, D., Olmsted, M. y Garfinkel, P. (1983). Does anorexia nervosa occur on a continuum? subgroups of weight-preoccupied women and their relationship to anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), 11-20.
- Genis-Mendoza, A., Tovilla-Zarate, C. y Nicolini, H. (2013). Avances en genómica de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 350-355.
- Glaves, D., Brown, J., & Warren, C. (2004). The continuity/discontinuity models of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 739-762.
- Gleaves, D., Lowe, M., Snow, A., Green, B., & Murphy-Eberenz, K. (2000). Continuity and discontinuity models of bulimia nervosa: A taxometric investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 56.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 31-40. https://www.researchgate.net/profile/Gilda-Gomez/publication/339352501_REVISTA_MEXICANA_DE_PSICOLOGIA/links/5e4cf43392851c7f7f458e5f/REVISTA-MEXICANA-DE-PSICOLOGIA.pdf

- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G., L'esperance, L., Hernández, A., Platas, S. y León, R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(2), 125-132.
- González, A., Alonso, Z., Pérez, L., Erkoreka, L., Rahmani, R., Olazábal, N., León, C., Carballo, M., Kerexeta, I. y Rincón, T. (2009). La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto- Juvenil*, 3(4), 88-96. <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/139/125>
- Grogan, S. (2017). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Third edition.
- Gutiérrez, L. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población*, 5(19), 125-147.
- Halliwell, E. & Dittmar, H. (2003). A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes toward aging. *Sex Roles*, 49 (11), 675-684.
- Heinberg, L., Wilder, J., Marinilli, A., Haug, N., Brode, C., & Guarda, A. (2008). Validation and predictive utility of the sociocultural attitudes toward appearance questionnaire for eating disorders (SATAQ-ED): internalización of sociocultural ideals predicts weight gain. *Body Image*, 5(3), 279-290.
- Heredia, B. y Lugones, M. (2007). Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 33(3).
- Hernández, A. (2006). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en atletas gimnastas mexicanas*. [Tesis de Doctorado no publicada, UNAM]
- Hernández, A. (2018). *Prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo a lo largo del tiempo en México*. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández-Pozo, M., Torres, M., Coronado, O., Herrera, A., Castillo, P. y Sánchez, A. (2009). Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala. En González-Celis Rangel A. L (Ed.), *Evaluación en Psicogerontología* (pp.1-16). El Manual Moderno.

- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez, E. y Celis, A. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista salud pública y nutrición*, 9 (1), 1-21. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn081i.pdf>
- Hurd, L. C. (2000). Older Women's Body Image and Embodied Experience: An Exploration. *Journal of Women & Aging*, 12(3-4), 77-97.
- IBM Corp. (2011) IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 20.0. Armonk, NY: IBM Corp. [Computer software].
- Jáuregui, I. (2013). La heredabilidad de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 18, 1968-1980
- Kaye, W., Frank, G., Bailer, U., & Henry, S. Neurobiology of anorexia nervosa: clinical implications of alteration of the function of serotonin and other neuronal systems. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S15-S19.
- Lacunza, B., Caballero, V., Cordero, L., Sal, Javier., Salazar, R. y Filgueira, J. (2010). Identificación temprana de factores de riesgo desde un abordaje interdisciplinario: conductas alimentarias de riesgo y déficits de socialización en adolescentes Tucumanos. *Psicodiagnosticar*, 20, 99-112. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/75308>
- Laidlaw, K., Power, M., & Schmidt, S. (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): developmental and psychometric properties. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 367-379.
- Landinez, N., Contreras, K. y Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v38n4/spu08412.pdf
- Lasa, A. (2003). Experiencias del cuerpo y construcción de la imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias. *Revista de Psicopatología y de Salud Mental del niño y del adolescente*, 2, 53-74.
- Lasher, k. & Faulkender, P. (1993). Measurement of aging anxiety: development of the anxiety about aging scale. *The International Journal of Aging and Human Development*, 37(4), 247-259.

- Legorreta, D. (2007). La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 44-51.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100005
- Levine, M., & Smolak, L. (2020). *The Prevention of Eating Problems and Eating Disorders: Theories, Research, and Applications*. Routledge.
- Lewis, D., & Cachelin, F. (2001). Body Image, Body Dissatisfaction, and Eating Attitudes in Midlife and Elderly Women. *Eating Disorders*, 9(1), 29–39.
- Lindeman, M., Stark, K., & Keskivaara, P. (2001). Continuum and linearity hypotheses on the relationship between psychopathology and eating disorder symptomatology. *Eating and weight disorders- studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(4), 181-187.
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Lora-Cortez, C. y Saucedo-Molina, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud mental*, 29(3), 60-67.
- Lowe, M., Gleaves, D., & DiSimone-Weiss, R. (1996). Restraint, dieting, and the continuum model of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4), 508-517.
- Lozada, S. y Rueda, R. (2010). Envejecimiento cutáneo. *Revista de Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*, 18(1), 10-17.
<https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/185>
- Lugones, M., Valdés, S. y Pérez, J. (2001). Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II). *Revista Cubana de Obstétrica y Ginecología*, 27(1).
- Lynch, S. M. (2000). Measurement and Prediction of Aging Anxiety. *Research on Aging*, 22(5), 533–558.

- Madden, H., & Chamberlain, K. (2004). Nutritional health magazines: a conflicted space for women readers. *Journal of Health Psychology*, 9(4), 583-597.
<https://doi.org/10.1177/1359105304044044>
- Madeiros de Moraes, M., Andrade do Nascimento, R., Vieira, M., Moreira, M., Câmara, S., Campos, C., & Almeida, M. (2017). Does body image perception relate to quality of life in middle-age women?. *Plos one*, 12(09), e0184031.
- Madruga, D., Leis, R. y Lambruschini, N. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolo AEPED*.
- Magallanes, M., Martinez, A. y Franco, C.(2015). Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción de imagen corporal en secundaria privada. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 2(4), 11-19.
- Magán, M., López, M. y Aguilera, M. (2016). Descripción de los cambios físicos, endocrinos y psicológicos de la mujer durante el proceso de la menopausia. En Gázquez, J., Molero, M., Pérez-Fuentes, M., Barragán, A., Martos, A. y Pérez-Esteban, M. *Salud, Alimentación y Sexualidad en el Ciclo Vital* (pp.161-166). ASUNIVEP.
- Mancilla, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Amaya, A. y Álvarez, G. (2012). Insatisfacción corporal en niños y preadolescentes: una revisión sistémica. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(1),62-79.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200715232012000100008&script=sci_abstract&lng=pt
- Mancilla-Díaz, J., López-Aguilar, X., Franco-Paredes, K., Álvarez-Rayón, G., Vázquez-Arévalo, R., Téllez-Girón, M., & Amaya-Hernández, A. (2012). Role of peer influence and thin-ideal internalization on body dissatisfaction and disordered eating in mexican girls. *Revista Colombiana de Psicología*, 12(2), 343-353.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692012000200011
- Márquez, S. y De la Vega, R. (2015). La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. *Nutrición Hospitalaria*, 31(6), 2384-2391.
- Márquez, S., Rodríguez, J. y De Abajo, S. (2006). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. *Apunts*, 83, 12-24.

- Marshall, C., Lengyel, C., & Utioh, A. (2012). Body dissatisfaction among middle-aged and older women. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 73(2), e-241.
- Martín, E. (2014). *Miedo a envejecer*. Geriatricarea. <https://www.geriatricarea.com/2014/05/13/miedo-envejecer/>
- Mazzetti, C., Cecilia, M., Rodríguez, M., Mansilla, M. y Zampar, J. (2015). *En la vejez: ¡viejo! ¡vieja! ¡viejos!*. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- McCabe, M., Ricciardelli, L., & James, T. (2007). A longitudinal study of body change strategies of fitness center attendees. *Eating Behaviors*, 8(4), 492-496.
- McConatha, J., Schnell, F., Volkwein, K., Riley, L. & Leach, E. (2003). Attitudes toward aging: a comparative analysis of young adults from the United States and Germany. *International Journal of Aging and Human Development*, 57(3), 203-215.
- Medina, R. (2018). Vejez, envejecimiento y edadismo. *Vejez, Envejecimiento Y Edadismo*, 27-41. <https://www.torrossa.com/en/resources/an/4380539>
- Méndez, J., Vázquez, V. y García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(5), 579-592. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086n.pdf>
- Micali, N., Martini, M., Thomas, J., Eddy, K., Kothari, R., Russell, E., Bulik, C., & Treasure, J. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *MBC Medicine*, 15(1), 1-10.
- Midlarsky, E., & Nitzburg, G. (2008). Eating disorders in middle-aged women. *The journal of General Psychology*, 135(4), 393-408. <http://dx.doi.org/10.3200/GENP.135.4.393-408>
- Mintz, L., & Betz, N. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 463-471.
- Mishara, B. y Riedel, R. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Morata.

- Molina-Luque, F., Casado, N. y Sanvicén-Torné, P. (2018). Mujeres mayores también activas, creativas y fuertes: modelos para romper estereotipos. *Revista Prisma Social*, (21), 43-74. <https://revistaprismasocial.es/article/view/2438>
- Montalvo, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29(3), 459-473. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80529304.pdf>
- Muñoz, A. (2011). Menopausia y piel. *Dermatología Venezolana*, 49(3), 12-21. <http://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/3>
- Oda-Montecinos, C., Saldaña, C., Beyle, C., Andrés, A., Montoya, R. y Véliz, O. (2018). Insatisfacción corporal y comportamientos anómalos en una muestra comunitarias de adultos chilenos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(1), 57-70.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Ediciones Morata
- Organización Mundial de la Salud (marzo, 2021). *Envejecimiento: edadismo*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
- Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Ginebra.
- Ortega, C., Fajardo, E. y Núñez, M. (2020). Enfoques teóricos del envejecimiento y la vejez. *Revista Edu-física*, 12(26), 47-56. <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/2218/1721>
- Ortiz, M. (2007). *Módulo 9: Alimentación y nutrición*. Universidad de Alicante.
- Pastor, R. (2005). Cuerpo y género: representación e imagen corporal. En Barberá, E. y Martínez, I. (Ed.) *Psicología y Género* (pp. 217-239). Prentice Hall.
- Peck, L., & Lightsey, O. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 184-192.

- Pérez-Montero, M. (2016). Efectos psicosociales de los anuncios de cremas antiarrugas. *Revista Vinculando*. https://vinculando.org/psicologia_psicoterapia/efectos-psicosociales-cremas-antiarrugas.html
- Pérez-Sánchez, L., Ávila, R., Guzmán-Ortiz, M. y Zamora-Pérez, R. (2018). Sororidad en los procesos de envejecimiento femenino. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 13-26. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982018000100013
- Pintor, B. (2010). *Relaciones intrafamiliares y recursos personales en mujeres con conductas alimentarias de riesgo*. [Tesis de maestría no publicada]. Universidad Vasco de Quiroga.
- Pita, S., Vila, M. y Carpena, J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cuadernos de Atención Primaria*, 4, 75-78.
- Pochintesta, P. (2010). Las emociones en el envejecimiento y el miedo ante la muerte. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA*, 15(1), 117-140.
- Pool, M. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria: bulimia y anorexia estudio preliminar. *Revista Letra en Psicoanálisis*, 2(2). <https://cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/55>
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Rallis, S., Skouteris, H., Wertheim, E. & Paxton, S. (2007). Predictors of body image during the first year postpartum: a perspective study. *Women and Health*, 45(1), 87-104.
- Ramos, M. (2019). *Envejecer siendo mujer. Dificultades, oportunidades y retos*. [sesión de conferencia]. Madrid.

- Rivarola, M. y Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72.
- Rodríguez, J. (2013). *Alteraciones de la imagen corporal*. Síntesis.
- Ruderman, A., & Besbeas, M. (1992). Psychological characteristics of dieters and bulimics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 383-390.
- Rupprecht, F., Martin, K., & Lang, F. (2021). Aging-related fears and their associations with ideal life expectancy. *European Journal of Ageing*, 1-11.
- Rutzstein, G. (2018). Teoría y terapia cognitivo- conductual de los trastornos alimentarios. *Diagnosis*, 6, 11-26
- Saffon, S. y Saldarriaga, L. (2014). La internalización del ideal de delgadez: factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 75-90. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/21618>
- Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8(2), 171-183.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 67-80. <https://www.redalyc.org/pdf/729/72912555004.pdf>
- Salinas, P. (2014). El ayuno. Beneficios y perjuicios. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*, 23(2), 74-76. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41100/editorial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Santiso, R. (2001). La menopausia y la edad media de las mujeres: un análisis antropológico. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (12), 115-128. <https://despapiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/view/196>
- Sanz, N., Torres, M., Rojas, R. y Fernández, P. (Marzo, 2004). *Envejecimiento de la piel facial, caracterización histopatológica cuali-cuantitativa*. VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Cuba.

- Saucedo-Molina, T. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres*. [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saucedo-Molina, T. y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33, 11-19.
- Saucier, M. (2004). Midlife and beyond: issues for aging women. *Journal of counseling and development*, 82(4), 420-425.
- Scarano, G. & Kalodner-Martin, C. (1994). A description of the continuum of eating disorders: implications for the intervention and research. *Journal of Counseling & Development*, 72(4), 356-361.
- Schwartz, M., Woods, S., Porte, D., Seeley, R., & Baskin, D. (2000). Central nervous system control of food intake. *Nature*, 404(6778), 661-671.
- Slevec, J., & Tiggemann, M. (2011). Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 515-524.
- Smirnova, H. (2012). A will to youth: the woman's anti-aging elixir. *Social Science & Medicine*, 75(7), 1236-1243.
- Smith, L., Black, C., Wesley, N., & Stewart, T. (2015). Body image in adult women: moving beyond the younger years. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(2), 144-164.
- Smolak, L. (2011). Body image development in childhood. En Cash, T. & Smolak, L. (Eds.), *Body image, a handbook of science, practice, and prevention*, (pp. 67-74). The Guilford Press.
- Sobh, R. (2011). Approaching what we hope for and avoiding what we fear: A study of women's concern with visible signs of skin aging. *Australasian Marketing Journal*, 19, 122-130.

- Solano-Pinto, N. y Díaz-Martínez, F. (2016). Un caso biográfico de insatisfacción corporal. *Alimentação, Nutrição & Saúde*, 11(3), 643-663. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/22473>
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36(10), 931-944.
- Suárez, F. (2002). *Hábitos alimentarios en población adolescente femenina*. [Tesis de doctorado, Universidad de Extremadura]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=292>
- Tabernero, B., Villa, J., García, J. y Márquez, S. (2001). Envejecimiento y composición corporal en mujeres participantes en un programa municipal de ejercicio físico. *European Journal of Human Movement* 7, 19-41.
- Tasa, E. (2018). El espejo subjetivo: ¿qué es la imagen corporal?. *Psicosomática y Psiquiatría*, 5, 54-67. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7483629>
- Thompson, J., & Stice, E. (2001). Thin ideal internalization: mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current directions in psychological science*, 10(5), 181-183.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body image*, 1(1), 29-41.
- Tiggemann, M., & Lynch, J. (2001). Body image across the life span in adult women; The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37(2), 243–253. DOI: 10.1037//0012-1649.37.2.243
- Tilka, T., & Subich, L. (1999). Exploring the construct validity of the eating disorder continuum. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 268–276. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.2.268>
- Toro, J. (2008). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Ariel.
- Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns de Psicologia*, 12(2), 161-174. <https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v12-n2-tubert>

- Unikel, C. y Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de un constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27(1), 28-49.
- Unikel, C., Bojórquez, I. y Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515. <https://www.scielosp.org/article/spm/2004.v46n6/509-515/>
- Unikel, C., Díaz de León, C. y Rivera, J. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Unikel, C., Juárez, F. y Gómez-Peresmitré, G. (2006). Psychometric properties of the attitudes towards body figure questionnaire in Mexican female students and patient with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14, 430-435.
- Valdez-Hernández, V., Bojorquez, I., Eguiluz, L. y Unikel, C. (2017). "You have to be Slim". Epiphanies: Body image construction in middle-aged women. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 8(1), 63-71.
- Valenzuela, M. y Meléndez, J. (2019). Normalización del cuerpo femenino. Modelos y prácticas corporales de mujeres jóvenes del noroeste de México. *Región y sociedad*, 31.
- Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla J. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=22624>
- Venegas-Ayala, K. y González- Ramírez, M. (2020). Influencias sociales en un modelo de insatisfacción corporal, preocupación por el peso y malestar corporal en mujeres mexicanas. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 7-17. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/3127/3005>
- Vitousek, K., & Brown, K. (2015). Cognitive-behavioral theory of eating disorders. En Smolak, L., & Levine, M. *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (pp. 222-237). Wiley-Blackwell.

- Williamson, D., White, M., York-Crowe, E., & Stewart, T. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711-738.
- Woods, S., Schwartz, M., Baskin, D. & Seeley, R. (2000). Food intake and the regulation of body weight. *Annual Reviews of Psychology*, 51, 255-277.
- Yuni, J., Urbano, C. y Arce, M. (2003). *Discursos sociales sobre el cuerpo, la estética y el envejecimiento*. Editorial Brujas.
- Zainal, L., Stevens, S., Harringer, J., & Herbozo, S. (2020). Internalization of the Thin-Ideal and Eating Pathology in Kuwaiti Adult Women. *Frontiers in Psychology*, 11, 559711.
- Zurita, V. (2017). La menopausia: ¿edad crítica?. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, (54), 115-136.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7140184>
- Zuvirie, R. y Rodríguez, M. (2011). Reacción psicofisiológica a la exposición de imágenes de mujeres delgadas en universitarias. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 33-41. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232011000100004&script=sci_arttext