

Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalguenses¹

Prevalence of risk factors associated to eating disorders in university students

Teresita de Jesús Saucedo Molina², Jessica Zaragoza Cortés², Lita Villalón³, Amanda Peña Irecta² y Rodrigo León Hernández⁴

RESUMEN

El objetivo de este estudio consistió en determinar la prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria, por sexo y por índice de masa corporal, así como identificar su correlación en una muestra representativa de universitarios hidalguenses (México). Se trabajó con 774 sujetos (67% mujeres y 33% hombres) de 18 a 25 años de edad. Se emplearon cuatro instrumentos autoaplicables: el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal, la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios, el Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo y la Escala de Actitudes hacia la Figura Corporal. La satisfacción corporal se midió con un *continuum* de nueve figuras. Para obtener el índice de masa corporal, se pesó y midió a cada sujeto. En la muestra total, la insatisfacción con la imagen corporal fue muy considerable; pocos estudiantes reportaron riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria o habían interiorizado una figura delgada como la ideal. Hombres con obesidad y mujeres con sobrepeso registraron las prevalencias más altas en los factores de riesgo evaluados. Se obtuvieron correlaciones positivas y significativas entre el índice de masa corporal y todos los factores de riesgo. Caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en esta comunidad abre la oportunidad para el diseño de mejores y más específicos programas de prevención.

Palabras clave: Factores de riesgo; Trastornos de la conducta alimentaria; Índice de masa corporal; México.

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess the prevalence of eating disorders and associated factors by sex and body mass index, as well as to identify their correlation in a representative sample of university students from the Mexican state of Hidalgo. A total of 774 participants (67% females and 33% males) from 18 to 25 years of age answered four self-report questionnaires. Measures included: Influences on the Aesthetic Body Shape Questionnaire, the Risk Factors Associated to Eating

¹ Parte de los resultados de este trabajo fueron presentados en la 5ª Conferencia Latinoamericana y 4ª Conferencia Interamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, México, 2012. Artículo recibido el 4 de noviembre de 2013 y aceptado el 21 de agosto de 2014.

² Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Nutrición, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Abasolo 600, Col. Centro, 42000 Pachuca, Hgo., México, tel. (771)717-20-00, exts. 5114/5116, correos electrónicos: saucemol@hotmail.com, jskzara@hotmail.com y apeire70@hotmail.com.

³ Université de Moncton, Pavillon Jacqueline-Bouchard 18, Avenue Antonine –Maillet, Moncton, Nouveau-Brunswick, E1A 3E9, Canada, tel (506)863-2011, fax (506)858-4283, correo electrónico: lita.villalon@umoncton.ca.

⁴ Facultad de Psicología, División de Investigación y Estudios de Postgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, Edif. D, Cubículo 11, Mezzanine, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., México, tel. (55)56-22-22-52, correo electrónico: rod_leonher@yahoo.com.mx.

Disorders Scale, the Brief Questionnaire for Risky Eating Behaviors (CBCAR), and an Attitudes toward Body Figure Scale. Body image satisfaction was evaluated through a nine body-shape visual-options continuum. Each participant's weight and height was recorded in order to determine their body mass index. In the total sample, dissatisfaction with body shape amounted to 85.5%; 3% reported risky eating behaviors, and 9.2% selected a thin-body ideal. Obese males and overweight females displayed the highest prevalence of risk factors. Positive and significant correlations were obtained between body mass index and all the risk factors assessed. The characterization of eating disorders associated factors in this community provides an opportunity to design better and specific preventive programs.

Key words: Risk factors; Eating disorders; Body Mass Index; Mexico.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son considerados desórdenes psiquiátricos caracterizados por conductas alimentarias anormales y por distorsiones cognitivas relacionadas con los alimentos, el peso y la figura corporal (Asociación Psiquiátrica Americana, 2001). Asimismo, se ha reconocido al sexo femenino y a la población de adolescentes y de adultos jóvenes como los grupos más vulnerables a padecerlos (Díaz, Rodríguez, Martín e Hiruela, 2003; Díez, Soutullo y Figueroa, 2010; Gustafsson, Edlund, Davén, Kjellin y Norring, 2012).

La opinión más generalizada en lo referente a su etiología es que tienen un origen multicausal, y se han identificado diversos factores de riesgo para la comprensión, prevención y tratamiento de los mismos (García, 2002). Dentro de los factores de riesgo más estudiados se hallan la influencia que ejercen los medios de comunicación y la interiorización del modelo estético promovido por estos (Toro, 2006), la excesiva preocupación por la delgadez y las conductas alimentarias de riesgo (CAR), tales como las dietas restrictivas, el uso de laxantes y la práctica de ejercicio físico excesivo (Mancilla et al., 2006).

Por otro lado, uno de los principales problemas de salud pública en diversas partes del mundo está representado por la epidemia del sobrepeso y la obesidad (García et al., 2008). A este respecto, en la Encuesta Nacional sobre Salud y Nu-

trición (ENSANUT 2012) (Gutiérrez et al., 2012) se halló que la prevalencia nacional conjunta de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de 35%, mientras que en adultos de 20 a 29 años de edad fue aproximadamente de 54%.

Diversas investigaciones han confirmado que los sujetos cuyo índice de masa corporal (IMC) se encuentra por arriba de la normalidad manifiestan una mayor influencia de los modelos estéticos dominantes difundidos por los medios de comunicación (Zaragoza, Saucedo y Fernández, 2011), mayor interiorización de la delgadez, mayor seguimiento de CAR y mayor insatisfacción con la imagen corporal (Babio, Canals, Pietrobelli, Pérez y Arija, 2009; Neumark-Sztainer, Wall, Story y Sherwood, 2009; Saucedo, Escamilla, Portillo, Peña y Calderón, 2008; Saucedo y Unikel, 2010a; Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002).

Con base en lo anterior, el objetivo general de esta investigación consistió en determinar la prevalencia de factores de riesgo asociados a TCA, por sexo y por IMC, así como identificar su correlación en una muestra representativa de estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) (México).

MÉTODO

Muestra

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo con un diseño no experimental, transversal y correlacional en una muestra representativa de 774 estudiantes universitarios, de los cuales 67% fueron mujeres y 33% varones, con un rango de edad de 18 a 25 años ($M = 20.14$; $D.E. = 1.59$).

Instrumentos

Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA). Es un instrumento mexicano validado por Gómez (2000), el cual alcanzó un coeficiente alfa de confiabilidad general de 0.90. Tras un análisis factorial, obtuvo los siguientes factores: 1) conducta alimentaria compulsiva, 2) preocupación por el peso y la comida, 3) dieta crónica y restrictiva y 4) comer por com-

pensación psicológica. Esta es una escala tipo Likert con cinco categorías de respuesta que van de 1 (nunca) a 5 (siempre). Los puntos de corte para esta muestra son, a saber: Factor 1): 2.53 en hombres y 2.22 mujeres, respectivamente; Factor 2): 2.46 y 2.6; Factor 3) 1.87 y 2.04, y Factor 4) 2.65 y 2.28. Por arriba de estos límites, el individuo se ubica en riesgo de padecer TCA (Gómez, Acosta, Unikel y Pineda, 2005).

Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC), de Toro, Salamero y Martínez (1994). Dicho cuestionario contiene tres opciones de respuesta en sus reactivos: 0 = No, nunca; 1 = Sí, a veces, y 2 = Sí, siempre. En este instrumento, a mayor puntuación, mayor impacto de los factores socioculturales. Se trabajó con la versión española original, misma que reportó un alfa de Cronbach de 0.93 y un punto de corte de 23.

Cuestionario Breve para Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR). Desarrollado y validado en estudiantes de la Ciudad de México por Unikel, Bojórquez y Carreño (2004), este instrumento consta de diez reactivos con cuatro opciones de respuesta cada uno (0 = Nunca, 1 = Algunas veces; 2 = Con frecuencia/dos veces en una semana, y 3 = Con mucha frecuencia/más de dos veces en una semana), cuya suma se utiliza para obtener el punto de corte (> 10) para identificar sujetos con riesgo de desarrollar TCA. La escala ha mostrado una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.72 en mujeres y de 0.63 en hombres (Saucedo y Unikel, 2010b).

Actitudes hacia la Figura Corporal. Instrumento desarrollado y validado en estudiantes y pacientes con TCA de la Ciudad de México por Unikel, Juárez y Gómez, (2006), mide el grado de interiorización del ideal estético de la delgadez. Dicho instrumento está integrado por quince preguntas con cuatro opciones de respuesta tipo Likert cada una (1 = Nunca o casi nunca; 2 = A veces; 3 = Con frecuencia/dos veces en una semana, y 4 = Con mucha frecuencia/más de dos veces en una semana). El punto de corte es ≥ 37 , que se obtiene de la suma de las respuestas. La escala ha reportado una confiabilidad de 0.94 en mujeres y de 0.89 en hombres (Saucedo y Unikel, 2010a).

Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios para Púberes (FRATAP). De este ins-

trumento, validado en estudiantes mexicanos por Saucedo y Unikel (2010b), se decidió utilizar únicamente el factor "Tiempos de comida", el cual alcanzó un alfa de Cronbach general de 0.68. Dicho factor cuenta con cinco opciones de respuesta, que van desde "Nunca" hasta "Diariamente", y cuestiona al sujeto sobre la frecuencia con la que desayuna, cena y hace por lo menos las tres principales comidas del día.

La satisfacción/insatisfacción se evaluó mediante una escala de nueve figuras, distribuidas al azar, que van desde una muy delgada hasta una muy obesa. Operacionalmente, se mide como la diferencia entre la figura actual y la figura ideal. Diferencias iguales a cero significan satisfacción; las positivas expresan insatisfacción en el sentido de querer estar más delgado, y las negativas reportan insatisfacción por querer estar más robusto (Gómez, Granados, Jáuregui, Pineda y Tafoya, 2000).

Índice de Masa Corporal (IMC). La clasificación de esta medición en los sujetos de 18 a 20 años se hizo con los puntos de corte percentilares recomendados por la National Center for Health Statistics (2002), considerando sexo y edad. Para los participantes mayores a 20 años se emplearon los valores recomendados para adultos por la World Health Organization (2006).

Procedimiento

Conforme se fue identificando a los alumnos participantes, antes de responder los cuestionarios se les informó de manera clara y sencilla el objetivo de la investigación, la importancia de su colaboración voluntaria y el manejo confidencial de los datos proporcionados por ellos. Asimismo, se les indicó que al terminar serían pesados y medidos. Ambas mediciones fueron hechas por personal previamente capacitado y estandarizado de acuerdo al método de Habitch (1974). Todas estas actividades se llevaron a cabo en las instalaciones de la institución.

Para la realización de este trabajo, se obtuvieron las aprobaciones del Comité de Ética del Área Académica de Medicina y del Comité de Investigación del ICSa de la UAEH.

Análisis de datos

Para la captura y análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS-PC de Windows, v. 19. Se realizaron análisis descriptivos, pruebas χ^2 , t de Student, ANOVA *one-way* y correlación de Pearson.

RESULTADOS

La media del IMC en la muestra fue de 23.9 (D.E. = 3.8). En las mujeres, de 23.4 kg/m² (D.E. = 3.7) y de 24.4 kg/m² (D.E. = 3.9) en los hombres, con diferencias significativas ($t = 3.28$, $gl = 474.03$, $p = 0.001$). La prevalencia de desnutrición fue de

2 y 4.2% para bajo peso. En cuanto a las otras categorías del IMC, para peso normal se registró una prevalencia de 66.7%, seguido por el sobrepeso, con 21.4 %, y la obesidad, con 5.7%. Es interesante mencionar que la prevalencia de desnutrición (4 vs. 1.1%), sobrepeso (26.5 vs. 18.9%) y obesidad (7.9 vs. 4.6%) fue más alta en los varones que en las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 19.79$, $gl = 4$, $p = .001$).

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los factores evaluados con la EFRATA por sexo e IMC, considerando el punto de corte de cada uno de ellos. De manera general, puede observarse que las mujeres con sobrepeso son las que registran la prevalencia más alta, mientras que en los hombres son los participantes con obesidad.

Tabla 1. Distribución de los porcentajes de los sujetos en riesgo en los factores de la EFRATA de acuerdo a las categorías del IMC y sexo.

Mujeres Factores EFRATA	Categorías de IMC				
	Desnutrición (n = 6)	Bajo Peso (n = 26)	Peso normal (n = 365)	Sobrepeso (n = 99)	Obesidad (n = 24)
Conducta alimentaria compulsiva	0.0%	0.0%	2.3%	11.5%	4.2%
Preocupación por el peso y la comida	0.0%	0.0%	3.8%	13.1%	0.0%
Dieta crónica y restrictiva	0.0%	0.0%	1.9%	12.1%	12.5%
Comer por compensación psicológica	0.0%	3.8%	2.2%	5.1%	0.0%
Hombres Factores EFRATA	Desnutrición (n = 10)	Bajo Peso (n = 7)	Peso normal (n = 149)	Sobrepeso (n = 67)	Obesidad (n = 20)
Conducta alimentaria compulsiva	10.0%	0.0%	3.4%	9.0%	15.0%
Preocupación por el peso y la comida	0.0%	0.0%	4.0%	6.0%	20.0%
Dieta crónica y restrictiva	0.0%	0.0%	2.0%	1.5%	10.0%
Comer por compensación psicológica	10.0%	0.0%	3.4%	4.5%	10.5%

En la muestra total, de acuerdo a los puntos de corte, 7.2% registró riesgo en el CIMEC, 3% riesgo de desarrollar TCA y 9.2% había interiorizado la figura delgada como la ideal. En la Tabla 2 se desglosan los porcentajes alcanzados por sexo y

por IMC. En dicha tabla puede apreciarse nuevamente que las mujeres con sobrepeso y los hombres con obesidad fueron los que reportaron la prevalencia más alta en tales condiciones.

Tabla 2. Distribución por sexo y por categorías del IMC de acuerdo a los puntos de corte del CIMEC, CBCAR y Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal (porcentajes).

Mujeres	Categorías del IMC				
	Desnutrición (n = 6)	Bajo peso (n = 26)	Peso normal (n = 366)	Sobrepeso (n = 99)	Obesidad (n = 24)
CIMEC (> 23)	0	0	6.5	20.2	12.5
CBCAR (> 10)	0	0	1.9	10.5	4.3
Actitudes hacia la Figura Corporal (≥ 37)	0	3.8	8.1	19.1	14.3
Hombres	(n = 10)	(n = 7)	(n = 149)	(n = 67)	(n = 20)
CIMEC (> 23)	0	0	2.7	3.0	15.0
CBCAR (> 10)	0	0	0.7	1.6	20.0
Actitudes hacia la Figura Corporal (≥ 37)	10	0	4.8	12.6	22.2

Con respecto al factor relativo a los tiempos de comida, solamente 48.5% de los estudiantes desayunaba diariamente, de los cuales 70.5% eran de peso normal y 22% con sobrepeso u obesidad. Por sexo, con una diferencia significativa ($\chi^2 = 19.32$, gl 4, $p < .001$), 66.8% de las mujeres lo hacía invariablemente, contra 33.2% de los hombres. En cuanto a la cena, 45% de la muestra total la hacía todos los días, contra 2.5% que nunca cenaba. Al analizar el IMC, los sujetos que alcanzaron el mayor porcentaje en la categoría de respuesta "Diariamente" fueron los de peso normal (73%), mientras que, en conjunto, los sujetos clasificados con sobrepeso y obesidad apenas alcanzaron 18.5%.

Por sexo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, ya que solo 42.4% de las mujeres cenaba diariamente contra 55.6% de los hombres ($\chi^2 = 18.25$, gl = 4, $p < .001$).

Al revisar la satisfacción con la imagen corporal en la muestra total, únicamente 14.5% reportó estar satisfecho, 64.3% manifestó insatisfacción por querer estar más delgado, y 21.2% que desearía estar más robusto. En la Tabla 3 se muestra el comportamiento de esta variable por sexo e IMC, identificándose una mayor preferencia por la delgadez en hombres (45.8%) y en mujeres (72.5%), excepto en los varones con desnutrición, pues 80% de ellos deseaban ser más robustos.

Tabla 3. Distribución de los porcentajes de la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por sexo y por IMC.

Mujeres	Categorías del IMC					TOTAL (n = 517)
	Desnutrición (n = 6)	Bajo peso (n = 26)	Peso normal (n = 364)	Sobrepeso (n = 97)	Obesidad (n = 24)	
Satisfacción	0	11.5	10.7	10.3	8.3	10.4
Insatisfacción por querer estar más delgada	66.7	53.8	79.1	57.7	54.2	72.5
Insatisfacción por querer estar más robusta	33.3	34.6	10.2	32.0	37.5	17.0
Hombres	Desnutrición (n = 10)	Bajo peso (n = 7)	Peso normal (n = 147)	Sobrepeso (n = 65)	Obesidad (n = 20)	TOTAL (n = 249)
Satisfacción	0	28.6	32.0	13.8	5.0	23.7
Insatisfacción por querer estar más delgado	20.0	42.9	33.3	66.2	85.0	45.8
Insatisfacción por querer estar más robusto	80.0	28.6	34.7	20.0	10.0	30.5

Para conocer si había diferencias estadísticamente significativas en los factores de riesgo evaluados en función del sexo, se empleó la prueba *t* de Student, identificándose diferencias significativas en los cuatro factores de la EFRATA: conducta alimentaria compulsiva ($t = 13.17$, gl = 539.13, $p > .001$), preocupación por el peso y la comida ($t = 7.26$, gl = 594.94, $p > .001$), dieta crónica ($t = 17.69$, gl = 714.69, $p > .001$) y comer por compensación psicológica ($t = -2.77$, gl = 402.68, $p = .006$); en el CIMEC ($t = 3.07$, gl = 612.23, $p = .002$) y en la insatisfacción con la imagen corporal ($t = 4.96$, gl = 616.5, $p > .001$). En todos

los casos, los valores de las medias fueron mayores en las mujeres, excepto en el comer por compensación psicológica.

Con el propósito de identificar si estas diferencias eran significativas, pero en esta ocasión en función del IMC, se hicieron análisis de varianza (ANOVA *one-way*) considerándose tres niveles: peso por debajo de la normalidad, donde se agruparon los sujetos con desnutrición y bajo peso; peso normal, y peso por arriba de la normalidad, donde se agruparon los sujetos con sobrepeso y obesidad. Los resultados de este análisis se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. ANOVA en función del IMC.

	IMC				Contraste de grupos Bonferroni	
	Debajo Media (DS) (n = 49)	Normalidad Media (DS) (n = 515)	Arriba Media (DS) (n = 210)	F		
Conducta alimentaria compulsiva	14.41 (3.39)	16.3 (4.86)	17.74 (7.42)	8.73***	1 < 2 ^{NS} 1 < 3***	2 < 3**
Preocupación por el peso y la comida	8.47 (1.29)	11.29 (3.89)	13.08 (4.65)	30.73***	1 < 2*** 1 < 3***	2 < 3***
Dieta crónica y restrictiva	6.51 (1.26)	7.54 (2.25)	8.66 (4.01)	17.27***	1 < 2* 1 < 3***	2 < 3***
Comer por compensación psicológica	5.41 (2.4)	5.49 (1.85)	5.87 (2.30)	NS		
CIMEC	5.98 (5.54)	9.80 (7.04)	13.73 (9.08)	29.98***	1 < 2** 1 < 3***	2 < 3***
CBCAR	0.75 (0.92)	2.46 (2.60)	4.72 (3.60)	61.51***	1 < 2*** 1 < 3***	2 < 3***
Actitudes	21.2 (6.34)	23.52 (8.04)	27.17 (10.35)	16.15***	1 < 2 ^{NS} 1 < 3***	2 < 3***
Insatisfacción	0.10 (2.14)	1.41 (2.24)	0.77 (3.15)	9.45***	1 < 2** 1 < 3 ^{NS}	2 < 3**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; NS = No significativa; 1 = Por debajo de la normalidad; 2 = Normalidad; 3 = Por arriba de la normalidad.

En la Tabla 5 se aprecian correlaciones positivas y significativas entre el IMC y todos los factores de riesgo evaluados en el grupo de mujeres. En el grupo de hombres ocurre el mismo fenómeno, excepto en el comer por compensación psicológica, factor con el que no hubo correlación signifi-

va. También debe señalarse que, tanto en hombres como en mujeres, la variable que alcanzó la más alta asociación positiva y significativa con el IMC fue la correspondiente a las CAR; sin embargo, dicha asociación es media y no causal.

Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre el IMC y los factores de riesgo evaluados por sexo.

	Factores						
	Conducta alimentaria compulsiva	Preocupación por peso y comida	Dieta crónica restrictiva	Comer por compensación psicológica	CIMEC	CBCAR	Actitudes
Mujeres							
IMC	0.223**	0.303**	0.351**	0.149**	0.354**	0.392**	0.199**
Hombres							
IMC	0.214**	0.297**	0.192**	NS	0.211**	0.449**	0.219**

**Correlación significativa a $p < .01$; NS = No significativa.

DISCUSIÓN

A semejanza de otras investigaciones (Neumark-Sztainer et al., 2009; Saucedo et al., 2008; Saucedo, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010), el comportamiento entre hombres y mujeres fue diferente, ya que de manera general se encontró una mayor prevalencia de los factores de riesgo evaluados en estas últimas, lo que ratifica que si-

guen siendo las que están en mayor riesgo de desarrollar TCA (Gustafsson et al., 2012).

Con respecto a la EFRATA, las mujeres con sobrepeso registraron la prevalencia más alta en todos los factores de riesgo que evalúa dicho instrumento, sobresaliendo la preocupación por el peso y la comida, lo que lleva a pensar que estar en el umbral de la obesidad las hace más vulnerables y las lleva a hacer todo lo posible para evitar caer

en esa categoría de IMC. En cuanto a los varones, los participantes con obesidad fueron los que registraron las cifras más altas, resaltando también la preocupación por el peso y la comida, muy probablemente porque realizan conductas para disminuir de peso al saberse dentro de esta clasificación.

En cuanto al CBCAR, en la muestra, 10.5% de las mujeres con sobrepeso registró riesgo de desarrollar TCA, contra 20% en varones con obesidad. Estas cifras son muy superiores a las reportadas por la ENSANUT 2012 en adolescentes en virtud de que solamente se identificó que 1.9% del sexo femenino y 0.8% del masculino estaban en riesgo de desarrollar esos trastornos (Gutiérrez et al., 2012). Sin embargo, tales valores son muy similares a los obtenidos por Saucedo y Unikel (2010a) en una investigación hecha con estudiantes universitarios de una institución privada del estado de Hidalgo; en ella, las mujeres con sobrepeso alcanzaron 13.3% y los varones con obesidad 15%. Una posible explicación de esta mayor prevalencia en adultos jóvenes universitarios puede provenir del hecho de que, al encontrarse próximos a insertarse en la vida laboral como profesionistas, se les exige una determinada apariencia para ser aceptados y considerados como exitosos; por ello, tener un IMC por arriba de la normalidad denotaría ante los demás fallas en su eficacia y control. Sin embargo, esta hipótesis tendría que explorarse con mayor profundidad en estudios de tipo longitudinal que hagan posible identificar la evolución de estas conductas, dado que una de las limitaciones de este estudio es precisamente su diseño transversal, que no permite enunciar una conclusión contundente al respecto.

Por otro lado, algunos autores (Saucedo y Gómez, 2004, 2005; Toro, 2006) plantean que, en las personas que han interiorizado el ideal estético de la delgadez, la distancia entre el peso corporal real y el ideal favorece la búsqueda de los modelos estéticos dominantes y promueve la insatisfacción corporal y la práctica de conductas alimentarias de riesgo con el propósito de bajar de peso. Los hallazgos obtenidos en esta investigación son congruentes con esa propuesta ya que los sujetos con sobrepeso y obesidad, además de ser los que mayor riesgo tienen de desarrollar TCA, son los que más han interiorizado el modelo estético

de la delgadez y están más insatisfechos con su imagen corporal.

Sobre este mismo supuesto, debe resaltarse que los varones con desnutrición manifestaron tanto algunas CAR como insatisfacción con su imagen corporal. Quizá esto ocurra justamente debido a que su figura corporal no satisface los estereotipos planteados por la sociedad (Gómez, Saucedo y Unikel, 2001), lo que los lleva a comer de manera compulsiva y por compensación psicológica.

Otro resultado de interés fue que 3.8% de las mujeres y 10% de hombres con desnutrición puntuaron estar en riesgo en el cuestionario sobre actitudes hacia la figura corporal, confirmando que la delgadez es un signo de feminidad y de control, que la gente delgada es más aceptada, y que el sobrepeso y la obesidad son signos de imperfección (Díez et al., 2010; Gustafsson et al., 2012; Haase, Mountford y Waller, 2011). Dichos hallazgos hacen pensar que, toda vez que cubren en gran parte las expectativas de la cultura de la delgadez promovida por los medios de comunicación y por la sociedad en general (Toro, 2006; Watson, Raykos, Street, Fursland y Nathan, 2011), aparentemente no tienen problemas con su conducta alimentaria. No obstante, un porcentaje considerable de hombres (42.9%) y de mujeres (53.8%) en esta categoría del IMC externaron insatisfacción por querer tener un cuerpo aún más delgado.

En cuanto al desayuno y la cena, los sujetos con peso normal son los que los hacen con mayor frecuencia. Asimismo, y de manera congruente con otros estudios (Macedo et al., 2008; Saucedo et al., 2008), en la muestra estudiada la cena es la que más evitaban las mujeres, comportamiento probablemente fundamentado en la errónea creencia popular de que “cenar engorda”. Estos datos deben ser tomados como soporte para elaborar programas de promoción de estilos de vida saludable, pues, de acuerdo a Louis-Sylvestre, Lluich, Nean y Blundell (2003) y Farshchi, Taylor y Macdonald (2005), la frecuencia en los tiempos de comida, los horarios bien instituidos y la alimentación correcta evitan cambios substanciales en el IMC (Newby et al., 2003).

Por último, es importante mencionar que en la presente investigación se encontró una prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad de 27.1%, valor cercano al reportado por la ENSANUT 2012

en adolescentes (Gutiérrez et al., 2012). Además, a pesar de que 66.7% de la muestra total registró un peso normal de acuerdo al IMC, la prevalencia de insatisfacción por querer ser más delgado alcanzó 64.3%, reiterándose, al igual que lo hallado en otras investigaciones, la preferencia por la delgadez en hombres (45.8%) y en mujeres (72.5%) (Saucedo et al., 2008). Debe señalarse que dicha preferencia, al compararla con la proveniente del primer estudio realizado en estudiantes de nuevo ingreso del ICSa por Saucedo et al. (2010), se incrementó de manera importante en las mujeres, pues en aquel momento únicamente 59% querían ser más delgadas.

La primordial aportación de esta investigación es que por primera vez se tienen datos de una muestra representativa de estudiantes del ICSa sobre la prevalencia de factores de riesgo asociados

a TCA. Asimismo, la presencia de dichos factores en este grupo de universitarios hidalguenses, al igual que en el estudio de Bojórquez, Saucedo, Juárez y Unikel (2013), confirma que se extienden a diversos grupos culturales y que no se limitan a los países desarrollados (Nasser, Katzman y Gordon, 2001). Finalmente, los hallazgos presentados coinciden con trabajos previos al confirmar que hay una asociación positiva y significativa entre el IMC, los factores socioculturales y la insatisfacción con la imagen corporal (Zaragoza et al., 2011), así como entre ese indicador, las CAR y la interiorización de la delgadez (Neumark-Sztainer et al., 2009; Saucedo et al., 2008; Saucedo y Unikel, 2010a). Dichos resultados ofrecen evidencia teórico-práctica que sirve de sustento para el diseño de programas de prevención más específicos para prevenir TCA y obesidad.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (2001). "Trastornos de la conducta alimentaria". En *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV-R)* (pp. 553-564). Madrid: Masson.
- Babio, N., Canals, J., Pietrobelli, A., Pérez, S. y Arija, V. (2009). A two-phase population study: relationship between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*, 24, 485-491.
- Bojórquez, I., Saucedo M., T.J., Juárez G., F. y Unikel S., C. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 29-39.
- Díaz, B., Rodríguez, M., Martín, L. e Hiruela, R. (2003). Risk factors related with eating disorders in a community of adolescents. *Atención Primaria a la Salud*, 32(7), 403-409.
- Díez, A., Soutullo, C. y Figueroa, A. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia y trastornos no especificados. En S. F. Ortuño (Ed.): *Lecciones de psiquiatria* (pp. 359-378). Madrid: Médica Panamericana.
- Farshchi, H., Taylor, M. y Macdonald, I. (2005). Beneficial metabolic effects of regular meal frequency on dietary thermogenesis, insulin sensitivity, and fasting lipid profiles in healthy obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 81, 16-24.
- García C., M. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En M. García C. (Ed.): *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 3-29). Madrid: Masson.
- García G., E., De la Llata R., M., Kaufer H., M., Tusié L., M.T., Calzada L., R., Vázquez V., V., Barquera C., S., Caballero R., A.J., Orozco, L., Velásquez F., D., Rosas P., M., Barriguete M., A., Zacarías C, R. y Sotelo M., J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México*, 50(6), 530-547.
- Gómez-Peresmitré, G. (2000). *Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo en trastornos alimentarios*. México: UNAM.
- Gómez-Peresmitré, G., Acosta, G., Unikel S., C. y Pineda, G. (2005). Puntos de corte para determinar riesgo en trastornos de la alimentación. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 43-51.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Pineda, G. y Tafoya, S. (2000). Un instrumento para medir imagen corporal: versión computarizada y de papel y lápiz. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 89-99.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo M., T.J. y Unikel S., C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La psicología social en el campo de la salud. En N. Calleja y G. Gómez-Péresmitré (Eds.): *Psicología social: Investigaciones y aplicaciones en México* (pp. 267-315). México: Fondo de Cultura Económica.
- Gustafsson, S.A., Edlund, B., Davén, J., Kjellin, L. y Norring, C. (2012). How to deal with sociocultural pressures in daily life: Reflections of adolescent girls suffering from eating disorders. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 103-110.

- Gutiérrez, J.P., Rivera D., J., Shamah L., T., Villalpando H., S., Franco, A., Cuevas N., L., Romero M., M. y Hernández A., M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Haase, A.M., Mountford, V. y Waller, G. (2011). Associations between body checking and disordered eating behaviors in nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 465-468.
- Habitch, J.P (1974). Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 76, 375-385.
- Louis-Sylvestre, J., Lluch, A., Nean, F. y Blundell, J. (2003). Highlighting the positive impact of increasing feeding frequency on metabolism and weight management. *Forum Nutrition*, 56, 126-128.
- Macedo O., G., Bernal O., M.F., López U., P., Hunot, C., Vizmanos, B. y Rovillé S., F. (2008). Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara, México. *Antropo*, 16, 29-41.
- Mancilla D., J.M., Gómez P., G., Rayón A., G., Franco P., K., Vázquez A., R., López A., X. y Acosta G., M.U. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. M. Mancilla D. (Ed.): *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: El Manual Moderno.
- Nasser, M., Katzman, M. y Gordon, R. (2001). *Eating disorders and cultures in transition*. New York: Taylor & Francis.
- National Center for Health Statistics (2002). *CDC Growth Charts*. Disponible en línea: http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/childrens_BMI/about_childrens_BMI.htm (Recuperado el 25 de enero de 2013).
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. y Sherwood, N. (2009). Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: Implications for prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 664-672.
- Newby, P., Muller, D., Hallfrisch, J., Qiao, N., Andres, R. y Tucker, K. (2003). Dietary patterns and changes in body mass index and waist circumference in adults. *American Journal of Clinical Nutrition*, 77, 1417-1425.
- Saucedo M., T.J., Escamilla T., T., Portillo N., I., Peña I., A. y Calderón R., Z. (2008). Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*, 3(60), 231-240.
- Saucedo M., T.J. y Gómez-Peresmitré, G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(2), 69-74.
- Saucedo M., T.J., y Gómez-Peresmitré, G. (2005). Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 32(2), 67-74.
- Saucedo M., T.J., Peña I., A., Fernández C., T.L., García R., A. y Jiménez B., R.E. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el índice de masa corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 10(2), 16-23.
- Saucedo M., T.J. y Unikel S., C. (2010a). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.
- Saucedo M., T.J. y Unikel S., C. (2010b). Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(1), 60-69.
- Toro, J. (2006). Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En D. Mancilla y G. Gómez-Peresmitré (Eds.): *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 203-227). México: El Manual Moderno.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- Unikel S., 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.
- Unikel S., C., Juárez G., F. y Gómez-Peresmitré, G. (2006). Psychometric properties of the Attitudes towards Body Figure Questionnaire in Mexican female students and patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14, 430-435.
- Unikel S., C., Saucedo M., T.J., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25, 49-57.
- Watson, H.J., Raykos, B.C., Street, H., Fursland, A. y Nathan, P.R. (2011). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology: Shape and weight overvaluation and conditional goal-setting. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 142-149.
- World Health Organization (2006). *Global data base on body mass index*. Geneve: WHO. Disponible en línea: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. (Recuperado el 12 de marzo del 2013).
- Zaragoza C., J., Saucedo M., T.J. y Fernández C., T.L. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México. *ALAN*, 61(1), 20-27.

