

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*

Teresita de Jesús Saucedo-Molina,¹ Claudia Unikel Santoncini²

Artículo original

SUMMARY

The term «eating behavior» is immediately related to food consumption. However, eating is a complex behavior mediated by external factors. Eating is not exclusively related to satisfying individual's needs or nutritional requirements. Eating behavior alteration has originated disordered eating (DE) and eating disorders (ED), such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating syndrome, where patterns of food ingestion are altered and people forget the importance of maintaining a balance between caloric ingestion and caloric expenditure, with repercussions in the nutritional status and in the individual's health.

Recent studies carried out in Mexican population have confirmed the presence of DE, particularly among adolescents and young adults, and predominantly in females. Data from a representative sample of students with a mean age of 14.5 years reported an increase in the proportion of DE between the 1997 and the 2003 assessments (1.3% in males and 3.4% in females) compared to the 3.8% in males and 9.6% in females registered in 2003. More recent data from the National Nutrition and Health Survey 2006, in a representative sample of adolescents 10 to 19 years of age, indicated a prevalence of 0.8% (1% in females and 0.4% in males), with higher scores in the north and center-west areas of the country, followed by the central and south-south-east areas, with almost two-fold percentages in the urban settings compared to the rural ones.

The multifactorial origin of ED is well known and among the most studied risk factors are: eating behaviors, high body mass index (BMI) and body thin-ideal internalization. Research findings indicate that overweight and obese adolescents are at more risk for body dissatisfaction, as their physical appearance is farther away from being as the one promoted by society and the media. The sociocultural pressure to be thin has promoted the internalization of the idea that being thin is synonymous to success, greater social acceptance, femininity (among females), self-control, and self-esteem.

Based on the above, the main purpose of this paper was to evaluate the prevalence of DE and its relationship to body thin-ideal internalization and BMI in high school and college male and female students from an urban setting. An additional objective was to provide data on reliability and validity of the scales used in a sample of males, as well as additional validity data in females.

Data analyzed in this research come from a larger study on risky factors associated to ED carried out in high-school and college students in the city of Pachuca, Hidalgo, during the 2007-2008 school years. After censusing the school, a sample of 845 students was selected (381 males, 464 females), 45.1% was from high school, with a range of 15 to 17 years ($X=15.82$; D.E.=0.78), and 54.9% from college with a range of 18 to 23 years ($X=19.81$; D.E.=1.41) and that completed the questionnaires adequately. Two previously validated questionnaires in Mexican samples were used to assess DE and body thin-ideal internalization: the Brief Questionnaire for Risky Eating Behaviors and the Attitudes toward Body Figure Questionnaire. Cutoff points for these questionnaires were used to determine the prevalence rates. BMI was obtained by measuring each subject's weight and height by standardized experts and divided in categories according to NCHS those under 18 years old, and to the World Health Organization Experts Committee for those above 18. Self-reported questionnaires were applied to students after verbal consent was received from the school authorities and students, who were previously informed about the voluntary, anonymous, and confidential nature in the study. The protocol was revised by the Ethics Committee of the institution where the field work was carried out. Descriptive analyses were held, as well as Student *t* tests for comparisons between groups, and a logistic regression analysis to estimate the risk for DE.

Results showed that 70% of the women had a normal weight, and there were fewer students in the very underweight and underweight categories (high-school 2.9% and 8.7% college) than those in the overweight and obese categories (high-school 15.2% and 8.3% vs. 18.6% and 6.6% in college). Among the males, a similar distribution was found, 71.3% of the high-school and 58.2% of college

* Este trabajo fue presentado en el IV Congreso Hispano Latinoamericano en Trastornos de la Conducta Alimentaria del Capítulo HLA de la Academy for Eating Disorders, y en el 1er. Encuentro Internacional de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad, México 2009.

¹ Profesora investigadora tiempo completo. Área Académica de Nutrición. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

² Investigadora tiempo completo. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Dra. Claudia Unikel Santoncini. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F. E.mail:unikels@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 6 de abril de 2009. Segunda versión: 13 de agosto de 2009. Aceptado: 18 de agosto de 2009.

students have normal weight, 2.7% and 4.8% low weight, 19.1% and 26.1% were overweight, and 6.9% and 10.9% were obese, respectively. The prevalence of DE was 8.4% in females (9.0% in high school and 7.9% in college), and 2.9% in males (1.6% in high school and 4.2% in college). DE was more prevalent among females, with the exception of binge eating and lack of control while eating.

The analysis by BMI showed that neither females nor males with very low or low weight scored high on DE. The higher percentages were obtained for the overweight students of both sexes, and obese males obtained the higher percentages of all.

From the total of females with DE, the 84.2% of high-school and 80% of college students also scored high on body thin-ideal internalization, while in males the results were 33.3% and 62.5%, respectively. The regression analysis indicated that the two variables associated with DE were body thin-ideal internalization ($OR=27.27$) and sex «being female» ($OR=2.33$). The model correctly classified 94.5% of the cases and explained 35% of the DE occurrence.

The DE scale yielded a reliability score of 0.72 in females and of 0.63 in males. For both males and females, the scale yielded 3 factors with a congruent conceptual structure. The Attitudes toward Body Figure Questionnaire had a reliability of 0.94 in females and of 0.89 in males. In the case of females, the structure obtained nearly replicated the one obtained in Mexico City's students, but in the case of the male's questionnaire, three questions were eliminated leaving a two-factor structure.

From the present data, it can be concluded that DE is present in the sample studied, mainly in females. It was also found that the preoccupation with gaining weight, dieting, and excessive exercising with the purpose of losing weight are also present in a high percentages in Mexican youths not only from the largest metropolis, but also in other urban settings such as Pachuca, Hidalgo. The prevalence found was similar to the one from the Student Survey from Mexico City in adolescents. A positive relationship between DE, educational status, and age was also found; overweight women and obese men were the ones that obtained the higher percentages of DE. The fact that obese men displayed the higher percentages is an important finding regarding the development of future preventive interventions, as it has been so far a neglected population in relation to this topic.

The psychometric properties of the validated questionnaires in females were adequate and factorial structures were conceptually congruent. Nevertheless, in the case of males, it is important to continue working in the development of screening questionnaires sensible to their conceptions, beliefs, and attitudes regarding eating, weight control, and beauty ideal, in a way to count with reliable and valid instruments for the detection of DE and body thin-ideal internalization, so we recommend to use caution in interpreting the use of these scales in male populations.

Key words: Disordered eating, body image, state of Hidalgo, Mexico.

RESUMEN

El término «conducta alimentaria» se asocia de manera inmediata con el hecho de ingerir alimentos; sin embargo, es una conducta compleja mediada por factores externos a la persona y no exclusivamente porque los individuos quieran satisfacer sus necesidades alimentarias y sus requerimientos nutricios.

La alteración de esta conducta ha dado origen a lo que se conoce como trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tales como la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y «el trastorno por atracón», en los cuales se ven distorsionados los patrones de la ingestión de alimentos, olvidándose la importancia de mantener un balance entre ingestión y gasto de energía, lo que repercute de manera importante en el estado nutricio y por ende en la salud del individuo.

Es bien sabido el origen multifactorial de los TCA, y dentro de los factores de riesgo más estudiados están: las conductas alimentarias, el Índice de Masa Corporal (IMC) y las actitudes hacia el cuerpo provenientes de la interiorización de una figura corporal delgada.

El objetivo principal de este estudio fue conocer la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y su relación con la interiorización del ideal estético de delgadez y con el IMC, en estudiantes de ambos sexos de nivel preparatoria y licenciatura en una escuela privada de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Un objetivo adicional fue el de proporcionar datos de confiabilidad y validez de las escalas utilizadas en una muestra de hombres, así como datos adicionales de validez en las mujeres.

Se trabajó con una muestra de 845 sujetos (381 hombres y 464 mujeres) de los cuales 45.1% eran de nivel preparatoria con un rango de edad de 15 a 17 años ($X=15.82$; $D.E.=.78$) y 54.9% de nivel licenciatura en un rango de edad de 18 a 23 años ($X=19.81$; $D.E.=1.41$). Se aplicaron el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias (CBCAR) y el Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal. El IMC se obtuvo partir de la medición del peso y la estatura de cada sujeto.

La distribución por categorías del IMC por nivel escolar mostró que el 70% de las mujeres tiene peso normal, y que el porcentaje de las que se encuentran en las categorías de peso muy bajo y bajo (preparatoria 2.9% y licenciatura 8.7%) es mucho menor que las que se hallan en sobrepeso y obesidad (preparatoria 15.2% y 8.3% vs. licenciatura 18.6% y 6.6%). En los hombres se encontró una distribución similar: 71.3% de los de preparatoria y 58.2% de los de licenciatura tienen peso normal, 2.7% y 4.8% bajo peso, 19.1% y 26.1% sobrepeso, y 6.9% y 10.9% obesidad, respectivamente. La prevalencia de CAR en mujeres fue de 8.4% (9.0% en preparatoria; 7.9% en licenciatura) y de 2.9% en hombres (1.6% en preparatoria; 4.2% en licenciatura). «Los porcentajes de preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer, vómito auto-inducido, ayunos, dietas, pastillas, diuréticos y laxantes fueron mayores en las mujeres». Del total de mujeres con CAR elevadas, el 84.2% de preparatoria y el 80% de licenciatura también obtuvo puntuaciones altas en el cuestionario sobre interiorización del ideal estético de delgadez, en tanto que en los hombres fue el 33.3% y el 62.5%, respectivamente. La escala CBCAR en mujeres arrojó un alfa de Cronbach de 0.72 y de 0.63 en hombres. El instrumento de actitudes alcanzó valores de confiabilidad de 0.94 para mujeres y de 0.89 para hombres.

Se puede concluir que en la población estudiada están presentes las CAR características de los TCA, y que a mayor interiorización de una figura delgada mayor aparición de dichas conductas, principalmente entre las mujeres. Igualmente se comprobó que la práctica de dietas y de ejercicio para bajar de peso, aunadas a la preocupación por engordar, se presentan en porcentajes importantes en estudiantes del Estado de Hidalgo, lo que confirma que esta problemática no es exclusiva de las grandes urbes.

Palabras clave: Conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal, Estado de Hidalgo, México.

INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos.¹ La alteración de ésta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo (CAR) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados.

Las CAR incluyen: atracones o episodios de ingestión excesiva, la sensación de pérdida de control al comer, seguimiento de dietas restringidas, ayunos, vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, y el ejercicio físico en exceso, conductas realizadas con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal.²

En estudios recientes realizados en población mexicana se ha confirmado la presencia de estas conductas, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, y de manera preponderante en el sexo femenino.²⁻⁵ En un estudio efectuado en muestras representativas de estudiantes de ambos sexos del Distrito Federal, con una media de edad de 14.5 años, se observó un incremento en la proporción de sujetos que reportaron tres o más CAR entre la medición llevada a cabo en 1997 (hombres, 1.3%; mujeres, 3.4%) y la del 2003 (hombres 3.8%; mujeres, 9.6%).⁵ Por otro lado, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, en una muestra representativa de adolescentes mexicanos, reportaron que la prevalencia de CAR es de 0.8% (1% en mujeres y 0.4% en hombres). El 11.2% de la muestra reportó una conducta alimentaria anormal, 2.8% dos conductas, 0.6% tres conductas y sólo el 0.1% cuatro de ellas. Los porcentajes de tres o más conductas para los varones fueron de 1.4%, 2.1%, 1% y 1.1% y de 2.9%, 3.8%, 2.4% y 2.1% respectivamente en las regiones norte, centro occidente sur-sureste y centro, en la que se encuentra el Estado de Hidalgo.⁶

Entre los factores de riesgo más estudiados como favorecedores del seguimiento de CAR están: el Índice de Masa Corporal (IMC) y la insatisfacción con la imagen corporal, esta última como resultado de la interiorización de una figura corporal delgada.⁷ Los estudios al respecto han encontrado que hay una tendencia en adolescentes⁴ y jóvenes⁸ de ambos sexos a presentar mayor porcentaje de CAR a medida que se incrementa el IMC.

También se ha encontrado que cuando el IMC es más elevado, hay mayor insatisfacción con la imagen corporal, debida principalmente a que esto significa un alejamiento de la figura «ideal» promovida por la sociedad y por los medios masivos de comunicación.^{9,10} Esta presión sociocultural ha favorecido la interiorización en el individuo de que el ser delgado es sinónimo de éxito, de mayor aceptación social, de femineidad en el caso de las mujeres, y de que a menor porcen-

taje de grasa corporal se adquiere mayor control y mayor autoestima.^{11,12}

Con base en lo anterior se planteó como objetivo de este trabajo conocer la prevalencia de CAR en estudiantes de ambos性os de nivel preparatoria y licenciatura de una institución privada de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, y su relación con la interiorización del ideal estético de delgadez y con el IMC. Un objetivo adicional fue el de proporcionar datos de confiabilidad y validez de las escalas utilizadas en una muestra de hombres, así como datos adicionales de validez en mujeres.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

Los datos analizados en el presente trabajo forman parte de un estudio más amplio sobre la prevalencia de factores de riesgo asociados a los TCA en estudiantes universitarios de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

Para ello se llevó a cabo un censo de la población estudiantil de una institución privada en el ciclo escolar 2007-2008. Se aplicó un total de 982 cuestionarios, y a partir de ellos se seleccionaron 845 sujetos (381 hombres y 464 mujeres) de los cuales 45.1% eran de nivel preparatoria con un rango de edad de 15 a 17 años ($X=15.82$; D.E.=.78) y 54.9% de nivel licenciatura en un rango de edad de 18 a 23 años ($X=19.81$; D.E.=1.41) y que contestaron en su totalidad los cuestionarios de conducta alimentaria e interiorización del ideal estético de delgadez.

Instrumentos

El Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), fue desarrollado y validado en la Ciudad de México en estudiantes y pacientes con un TCA.^{13,14} Consiste de 10 preguntas sobre las alteraciones alimentarias propias de los TCA según los criterios diagnósticos del DSM-IV.¹⁵ Se califica con cuatro opciones de respuesta (0=nunca o casi nunca, 1=algunas veces, 2=frecuentemente y 3=muy frecuentemente) cuya suma se utiliza para obtener el punto de corte (>10). Cuenta con características psicométricas apropiadas y ha sido utilizado en estudios previos.^{5,6}

El Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal fue igualmente desarrollado y validado en estudiantes y pacientes con un TCA en la Ciudad de México.¹⁶ Cuenta con 15 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca=1, algunas veces=1, frecuentemente=3, muy frecuentemente=4), y se divide en dos subescalas que son creencias e interiorización. Cuenta con un punto de corte (>37) que se obtiene de la suma de las respuestas. La escala tiene una confiabilidad alfa de

Cuadro 1. Distribución de la muestra por promedio de edad por sexo y nivel escolar

	Mujeres		Hombres		Total	
	N	Media (DE)	N	Media (DE)	N	Media (DE)
Preparatoria	212	15.92 (0.77)	192	15.75 (0.79)	404	15.84 (0.78)
Licenciatura	252	19.72 (1.38)	189	19.93 (1.45)	441	19.81 (1.41)
Total	464	17.98 (2.21)	381	17.82 (2.39)	845	17.91 (2.29)

Cronbach de 0.93, la cual se ha conservado en diferentes análisis de validación.*

Para la clasificación del IMC se emplearon los valores percentilares por sexo y para las edades iguales o menores a los 20 años de edad, de acuerdo a los puntos de corte recomendados por NCHS¹⁷ siendo éstos: <5 desnutrición; >5 <15 bajo peso; >15 <85 peso normal; >85 <95 riesgo de sobrepeso; >95 sobre peso. Para los sujetos mayores a 20 años se emplearon los puntos de corte recomendados para adultos por el Comité de Expertos, en donde un IMC < 15 es desnutrición; IMC de 15 a 18.5 es bajo peso; IMC de 18.51 a 24.9 peso normal; IMC de 25 a 29.9 corresponde a sobre peso; y valores de IMC iguales o mayores a 30 se relacionan con obesidad¹⁸. Los estudiantes fueron medidos y pesados por personal previamente capacitado y estandarizado.

Procedimiento

Los cuestionarios de formato autoaplicable fueron contestados por los estudiantes en los salones de clase previo consentimiento de las autoridades del plantel y de los mismos estudiantes, a quienes preliminarmente se les informó sobre los objetivos de la investigación, del carácter confidencial de los datos y de su participación voluntaria.

El proyecto fue evaluado por las autoridades de la institución donde se realizó el trabajo de campo, mismas que proporcionaron el dictamen de ética después de haber verificado que satisfacía los requisitos establecidos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en Seres Humanos.¹⁹

Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis de frecuencias simples, comparación de medias mediante pruebas t de Student y análisis de regresión logística para conocer la asociación entre las variables estudiadas para cada nivel escolar. Para el análisis de regresión, se dicotomizaron las variables: Interiorización, nivel de estudios y sexo, con valores (0-1). La variable IMC se categorizó en dos niveles (peso muy bajo-peso normal, y sobre peso-obesidad); para estimar el

riesgo de CAR mediante el cálculo de *Odds Ratio* se calcularon los intervalos de confianza del 95%. Al definir el modelo final se consideró un nivel de significancia de $p \leq 0.05$. Por último se realizó un análisis de consistencia interna y uno factorial de componentes principales con rotación oblicua para conocer las características psicométricas de las escalas.

RESULTADOS

La distribución de la muestra por edad, sexo y nivel de estudios se muestran en el cuadro 1.

Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)

Para determinar la prevalencia de las conductas alimentarias, se empleó el punto de corte de 10.¹³ A partir de éste, la prevalencia de CAR en las mujeres fue de 8.4% y en los hombres de 2.9%. En las mujeres de preparatoria fue de 9.0% y de 7.9% en las de licenciatura, en los hombres de preparatoria fue de 1.6% y de 4.2% en los de licenciatura, sin diferencias significativas en ambos casos.

Al revisar el comportamiento de cada uno de los indicadores en las submuestas de mujeres, en la categoría de respuesta «muy frecuentemente» se encontró que la preocupación por engordar, los atracones, la falta de control al comer, el ejercicio excesivo, el vómito autoinducido, el uso de laxantes y de pastillas fue mayor en las estudiantes de preparatoria; en tanto que los ayunos, las dietas y el uso de diuréticos fue mayor en las estudiantes de licenciatura (cuadro 2).

En los hombres de preparatoria también fueron mayores los porcentajes de atracones, sensación de falta de control, ejercicio excesivo y uso de pastillas; mientras que la preocupación por engordar, los ayunos, las dietas y el uso de laxantes fue mayor en los de licenciatura. No se reportó la práctica de vómito auto-inducido, ni de diuréticos (cuadro 2).

CAR e IMC

La distribución porcentual por categorías del IMC por nivel escolar se muestra en el cuadro 3, en la que se puede

* Unikel C, Gómez-Peresmitré G, Bojorquez I. Manual de aplicación del cuestionario de factores de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2008.

Cuadro 2. Conductas alimentarias de riesgo: categoría de respuesta dos o más veces a la semana

	Preparatoria				Licenciatura			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
• Me preocupa engordar	49	23.1	16	8.3	43	17.1	17	9.0
• Atracones	9	4.2	13	6.8	7	2.8	8	4.2
• Sensación de falta de control al comer	4	1.9	3	1.6	3	1.2	1	0.5
• Vómito auto-inducido	1	0.5	0	-	1	0.4	0	-
• Ayunos	1	0.5	0	-	4	1.6	1	0.5
• Dietas	7	3.3	0	-	11	4.4	2	1.1
• Ejercicio excesivo	47	22.2	23	12.0	28	11.1	22	11.6
• Pastillas	4	1.9	1	0.5	0	-	0	-
• Diuréticos	2	0.9	0	-	3	1.2	0	-
• Laxantes	2	0.9	0	-	1	0.4	1	0.5

observar que es mayor el porcentaje de mujeres y hombres de preparatoria con peso normal en comparación con los de licenciatura, los porcentajes de sobrepeso son mayores en las mujeres de licenciatura, pero el de obesidad es mayor en las mujeres de preparatoria. Por otro lado, hay un 8.7% de mujeres con peso bajo o muy bajo vs. 2.9% en las de preparatoria. En los hombres los porcentajes de sobrepeso, obesidad y peso bajo son mayores en los estudiantes de licenciatura. Las comparaciones en el promedio del IMC no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres por nivel escolar, pero sí entre los de hombres ($t=3.70$, $gl=369$, $p<0.000$).

El análisis de las prevalencias de CAR por categorías del IMC (cuadro 4), muestra que los jóvenes con bajo peso no obtuvieron puntuaciones elevadas. De manera intere-

sante, en las mujeres con sobrepeso y en los hombres obesos, ambos de licenciatura, se encontraron los mayores porcentajes de toda la muestra.

Para conocer el porcentaje por sexo de estudiantes que presentan la conducta de atracones con sensación de falta de control al comer, se hizo un cruce de frecuencias entre ambas variables incluyendo las categorías de respuesta «frecuente» y «muy frecuente» y posteriormente se obtuvieron los porcentajes para cada una de las categorías del IMC. Del total de mujeres que refirieron atracones, 35% mencionó que también tenía sensación de falta de control al comer ($n=20$), 13 de preparatoria y siete de licenciatura, que corresponden al 4.3% de la muestra, y de los hombres el 25% respondió positivamente en ambas condiciones ($n=19$, 5% de la muestra), 12 de preparatoria y siete de licenciatura.

Cuadro 3. Distribución por categorías del Índice de Masa Corporal por sexo y nivel escolar

	Preparatoria				Licenciatura			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Peso muy bajo	4	1.9	2	1.1	1	0.4	1	0.5
Peso bajo	2	1.0	3	1.6	20	8.3	8	4.3
Peso normal	150	73.5	134	71.3	160	66.1	107	58.2
Sobrepeso	31	15.2	36	19.1	45	18.6	48	26.1
Obesidad	17	8.3	13	6.9	16	6.6	20	10.9

Cuadro 4. Distribución de conductas alimentarias de riesgo por sexo y nivel escolar de acuerdo con las categorías del Índice de Masa Corporal

	Preparatoria				Licenciatura			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Peso bajo y muy bajo	0	-	0	-	0	-	0	-
Peso normal	12	8.0	2	1.5	12	7.5	2	1.9
Sobrepeso	4	12.9	1	2.8	6	13.3	2	4.2
Obesidad	0	-	0	-	1	6.3	3	15.0

Cuadro 5. Regresión logística

	OR	P	IC 95% Límite	
			Inferior	Superior
Interiorización del ideal estético de delgadez	27.27	.000	12.96	57.35
Sexo	2.33	.032	1.07	5.06

ra. En todos los grupos el mayor porcentaje se clasificó dentro de la categoría de obesidad, y se encontró una relación positiva entre ambas condiciones (5.3% peso normal, 9.7% sobrepeso y 11.8% obesidad en mujeres de preparatoria; 2.5% peso normal, 4.4% sobrepeso y 6.2% obesidad en las de licenciatura; 6% peso normal, 5.6% sobrepeso y 7.7% obesidad en hombres de preparatoria y 3.7% peso normal, 0% sobrepeso y 10% obesidad en los de licenciatura).

Al comparar por sexo el IMC promedio entre sujetos con y sin CAR, se encontró que tanto en mujeres como en hombres el promedio fue mayor en aquellos que presentaron puntuaciones elevadas en las CAR, con diferencias estadísticamente significativas ($t_{mujeres}=-2.17$, $gl=446$, $p<.05$; $X_{sin\ car}=22.81$, $DE=3.71$, $X_{con\ car}=24.20$, $DE=3.23$; $t_{hombres}=-2.74$, $gl=369$, $p<0.01$; $X_{sin\ car}=23.40$, $DE=3.82$, $X_{con\ car}=26.80$, $DE=5.14$).

CAR, interiorización, IMC y nivel de estudios

Del total de mujeres de preparatoria con CAR elevadas (por arriba del punto de corte), el 84.2% también obtuvo puntuaciones altas en el Cuestionario de actitudes hacia la figura corporal (CBCAR), así como el 80% de las de licenciatura; mientras que en los hombres estos porcentajes fueron de 33.3% y 62.5% respectivamente.

Finalmente, el análisis de regresión logística indicó que la interiorización del ideal estético de delgadez y el sexo, tuvieron asociación con las CAR. En el cuadro 5 se pueden observar los coeficientes obtenidos, los cuales indican que

la interiorización del ideal estético de delgadez incrementa 27.27 veces la probabilidad de desarrollar CAR y el sexo (femenino) 2.33 veces, mientras que el IMC y el nivel de estudios no tuvieron una asociación significativa. El modelo clasificó correctamente el 94.5% de los casos, se ajustó a los datos (Prueba de Hosmer y Lemeshow: $X^2=0.688$, $gl=1$, $p=0.407$) y obtuvo una R^2 de Nagelkerke de 0.350, de manera que el modelo explicó el 35% de la ocurrencia de las CAR.

Confiabilidad y validez de las escalas

La escala CBCAR mostró una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.72 en mujeres y de 0.63 en hombres. En ambos casos la pregunta «he tomado laxantes» obtuvo una correlación ítem-total menor a 0.28, que no aumentó la confiabilidad al ser eliminada, por lo que se conservó para llevar a cabo el análisis factorial de la misma.

El análisis factorial, tanto en las mujeres como en los hombres, arrojó tres factores que explicaron el 56.17% y el 63.56% de la varianza en seis y cinco iteraciones respectivamente. En ambos casos las preguntas sobre atracones y sensación de falta de control se agruparon en un factor, sin embargo, debido a que sólo son dos preguntas, no se considera como tal y no se obtiene la confiabilidad del mismo. La distribución factorial de los instrumentos se muestra en el cuadro 6.

La escala de Actitudes hacia la Figura Corporal obtuvo una confiabilidad de 0.94 en el grupo de mujeres y de 0.89 en los hombres. En ambos casos todas las preguntas obtuvieron correlaciones ítem-total mayores a 0.28. El análisis factorial en las mujeres arrojó dos factores que explicaron el 63.88% de la varianza en seis iteraciones y el de los hombres se distribuyó en tres factores que explicaron el 60.54% de la varianza en 11 iteraciones. Debido a que la pregunta ocho y 13 aparecieron en dos factores, éstas fueron eliminadas, de forma tal que el segundo factor también fue eliminado por contar con sólo dos reactivos. En el cuadro 7 puede apreciarse la distribución factorial de la escala.

Cuadro 6. Análisis factorial de la escala CBCAR

	Mujeres			Hombres		
	Factor 1	Factor 2*	Factor 3	Factor 1	Factor 2	Factor 3*
Me preocupa engordar	.849				.840	
Atracones		.896				.815
Sensación de falta de control al comer		.855				.792
Vómito auto-inducido				.788		
Ayunos	.553				.439	
Dietas	.729					.674
Ejercicio excesivo	.780					.822
Uso de pastillas			.466	.792		
Uso de diuréticos			.798	.830		
Uso de laxantes			.811	.817		
Confiabilidad por factor	.720	-	.530	.750	.660	-

*Cuenta con sólo dos preguntas por lo que no se considera un factor.

DISCUSIÓN

A partir de los datos presentados, se puede concluir que en la población estudiada están presentes las CAR características de los TCA, y que se encuentran principalmente en mujeres. Igualmente se comprobó que la práctica de dietas y de ejercicio para bajar de peso, aunadas a la preocupación por engordar, se presentan en porcentajes importantes entre la población mexicana, no solamente de las grandes metrópolis como la Ciudad de México,¹⁻⁵ sino también en zonas urbanas aledañas a ella, como lo es el caso de la ciudad de Pachuca, en el Estado de Hidalgo.

La prevalencia total en mujeres y en hombres fue similar a la reportada en una muestra representativa de estudiantes de nivel medio y medio superior en la Ciudad de México en 2003,⁵ mientras que el análisis por nivel educativo muestra que ésta disminuye ligeramente en las mujeres y en los hombres de preparatoria, pero se incrementa en los de nivel licenciatura.

Al igual que en trabajos previos, también se encontró que existe una relación positiva con la edad^{5,6} y entre el IMC y las CAR.^{1,4,20,21} En esta muestra las mujeres con sobrepeso (13.3%) y los varones con obesidad fueron los que presentaron los mayores porcentajes de CAR (15%); además, debe resaltarse este último valor, ya que fue el más alto en toda la muestra, indicando que las CAR no son exclusivas del sexo femenino. Asimismo, la relación entre IMC y atracones con sensación de falta de control mostró esta misma tendencia, principalmente entre las mujeres de preparatoria y entre los hombres de licenciatura.

Estos hallazgos coinciden con los encontrados en el primer estudio realizado en estudiantes de Hidalgo dentro del tópico de los TCA,²² en el que púberes de ambos sexos con IMC alto fueron los que registraron los mayores porcentajes de los factores de riesgo evaluados (conductas alimentarias, imagen corporal y factores socioculturales).

eventos que deben interpretarse como una señal de alarma para los profesionales de la salud interesados en desarrollar programas preventivos sobre factores de riesgo asociados a estos padecimientos.

Por otro lado, se debe destacar que los sujetos con sobrepeso y obesidad además de ser los que con mayor frecuencia presentan CAR, son los que también registran una mayor interiorización de una figura delgada. Este resultado tiene concordancia con lo propuesto por algunos autores^{20,21}, quienes plantean que la distancia entre el peso corporal real y el ideal, promueve insatisfacción corporal y la práctica de conductas alimentarias con el propósito de bajar de peso, en aquellas personas que han interiorizado el ideal estético de delgadez, en la medida que éste funge como un determinante de la auto-estima de dichos individuos.²³ Asimismo, este postulado teórico se vio reflejado en el resultado del análisis de regresión, en donde la interiorización del ideal estético de delgadez y pertenecer al sexo femenino mostraron niveles de asociación importantes para la presencia de CAR.

Los datos procedentes de los análisis de validez y confiabilidad del CBCAR, muestran que la escala en su conjunto, en el caso de las mujeres hidalguenses, obtuvo un valor de consistencia interna alfa de Cronbach (0.72) menor al alcanzado en mujeres de la Ciudad de México (0.83),¹³ pero dentro de los parámetros aceptables. La estructura factorial arrojó dos factores con una agrupación de reactivos diferente pero congruente conceptualmente ya que se dividió en conductas de tipo restrictivo y purgativo. Si bien las preguntas sobre atracones fueron eliminadas en este análisis, se pueden utilizar para obtener el punto de corte.

En cuanto al uso del instrumento en los hombres, la escala alcanzó un valor alfa de Cronbach menor (0.63). En este caso posiblemente tales variaciones se deban a diferencias con respecto a la conceptualización, importancia y significado que para los varones tienen las CAR, ya que en

Cuadro 7. Análisis factorial de la escala de actitudes hacia la figura corporal

	Mujeres	Hombres
• Las mujeres delgadas son más femeninas	.748	-.771
• Me deprime sentirme gorda(o)	.868	.630
• Estar delgada(o) es un logro muy importante para mi	.871	.853
• Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo	.656	.817
• El peso corporal es importante para ser aceptada(o)	.730	.684
• El peso corporal es importante para sentirme bien	.708	.590
• El peso corporal es importante para conseguir pareja	.781	.740
• Me siento gorda(o) aunque los demás digan que no lo estoy	.785	.524 .414
• Estar gorda(o) es sinónimo de imperfección	.552	.839
• Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa(o)	.611	.724
• Cuando estás gorda(o) los hombres (las mujeres) no se te acercan	.869	.822
• Las mujeres gordas (hombres gordos) son menos femeninas (masculinos)	.679	-.726
• El aspecto físico es importante para sentirme bien	.660	.423 .449
• El aspecto físico es importante para conseguir ropa	.639	.491
• Cuando estoy delgada(o) me siento en control	.844	.685
• Confiabilidad por factor	.920 .890	.840 - .820

algunos estudios se ha reportado que para ellos la palabra «dieta» significa comer poco y comer alimentos desagradables sin mucho sabor, y consumir muchas frutas y verduras. Asimismo, cuando se les pregunta sobre lo que significa un atracón, para ellos, además de comer en exceso, es prácticamente atracar el refrigerador y la despensa.*

Finalmente también se ha informado que para los hombres, el modificar su manera de comer y el realizar ejercicio, no es propiamente para bajar de peso en la búsqueda de una figura delgada, sino más bien para lograr una figura densa y muscular.²⁴ El análisis factorial realizado en la muestra de hombres, el cual puede ser considerado como exploratorio, dio origen a dos factores que asimismo, como en el caso de las mujeres, se agruparon de forma congruente en conductas purgativas y restrictivas.

Las propiedades psicométricas del instrumento sobre Actitudes hacia la Figura Corporal fueron adecuadas, con valores de consistencia interna de 0.94 en mujeres y de 0.89 en hombres. En el caso de las mujeres, se obtuvieron los mismos dos factores (interiorización y creencias) que en la muestra de la Ciudad de México,¹⁶ mientras que en el caso de los hombres se obtuvieron dos factores una vez eliminadas tres preguntas, dos que hacen referencia a la delgadez como valor para la masculinidad, y uno sobre la «sensación» de gordura característica de la distorsión en la imagen corporal y de la falla en la conciencia interoceptiva característica de los TCA con valores de confiabilidad adecuados.

Las principales aportaciones de este estudio son el haber obtenido, por primera vez, datos de una muestra proveniente de una institución privada de la ciudad de Pachuca, así como datos de una muestra de varones de una escuela privada, con los que no se contaba hasta ahora en el Estado de Hidalgo, así como la aplicación, en este contexto, de dos escalas que evalúan factores de riesgo asociados con TCA cuyo diseño y validación estuvieron basados en un contexto sociocultural mexicano.

Con respecto a la validez de las escalas en mujeres, se considera que son apropiadas para ser utilizadas como instrumentos de tamizaje para la detección de posibles casos. Sin embargo, en el caso de los varones la escala CBCAR obtuvo una confiabilidad moderada, por lo que se recomienda un uso discreto de la misma. Por otro lado, si bien la escala de Actitudes hacia la Figura Corporal mostró valores psicométricos adecuados, dado que se trata del primer estudio en el que se utiliza en varones los resultados deben ser considerados preliminares.

Finalmente, hay que considerar que se trató de una muestra no representativa de los jóvenes en la ciudad de Pachuca, por lo que los resultados no pueden ser generali-

zados; sin embargo, aportan una visión sobre la presencia y tendencia de dos de los factores que mayor asociación han reportado con los TCA, conductas de riesgo e interiorización de la figura corporal, tanto en hombres como en mujeres, lo que abre las puertas para iniciar propuestas sobre programas específicos de promoción de la salud y prevención primaria.

REFERENCIAS

1. Saucedo-Molina T. Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2003.
2. Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz BC, Alcántar ME et al. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. Salud Mental 2000;52(2):140-147.
3. Lora-Cortez C, Saucedo-Molina T. 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 2006;29(3):60-67.
4. Unikel C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. Salud Mental 2002;25(2):49-57.
5. Unikel C, Bojórquez L, Villatoro J, Fleiz C, Medina-Mora ME. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. Revista Investigación Clínica 2006;58(1):15-27.
6. Barriguete-Meléndez JA, Unikel-Santoncini C, Aguilar-Salinas C, Córdoba-Villalobos JA, Shamah T et al. Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents: results of a population-based nationwide survey (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006). Salud Pública Méx 2009 (En prensa).
7. Bilukha O, Utermohlen V. Internalization of western standards of appearance, body dissatisfaction and dieting in urban educated Ukrainian females. European Eating Disorders Review 2002;2(10):120-137.
8. Jiménez VR. Distribución de las conductas alimentarias de riesgo y su relación Índice de Masa Corporal en estudiantes del primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud e la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo. Tesis para obtener el título de licenciado en nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2007.
9. Madrigal-Fritsch H, Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney J, Gibney M et al. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud Pública Mex 1999;41(6):479-486.
10. Toro J. Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En: Mancilla Díaz JM, Gómez Peresmitré G (ed). Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. México: Manual Moderno; 2006.
11. Mancilla DJ, Gómez-Peresmitré G, Alvarez RG, Franco PK et al. Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: Mancilla DJ, Gómez Pérez-Mitré G (eds.). Trastornos alimentarios en hispanoamérica. México: Manual Moderno; 2006.
12. Fundación Imagen y Autoestima. Resumen del informe: Cuando no gustarse hace enfermar. España, 2008. Disponible en: <http://www.fima.org/upload/documents/1/12.pdf>. Fecha de consulta 10/febrero/2009.
13. Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública Méx 2004;46(6):509-515.
14. Unikel C, Gómez Peresmitré G. Validez de constructo de un instrumento para la detección temprana de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. Salud Mental 2004;27:38-49.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. Washington: 4th edición. Pergamon Press; 1994.
16. Unikel-Santoncini C, Juárez García F, Gómez Peresmitré G. Psychometric Properties of the Attitudes towards Body Figure Questionnaire in

* Saucedo-Molina TJ, Romero-Mendoza M. Significado en escolares de ambos sexos, de conceptos asociados con los trastornos alimentarios. Ponencia en el XVII Congreso Nacional de la APM, Cancún, Quintana Roo. Noviembre, 2001.

- Mexican Female Students and Patients with Eating Disorders. Eur Eat Disorders Rev 2006;14:430-435.
17. National Center for Health Statistics. 2000. CDC Wrought Charts. United Status. Disponible en: http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/childrens_BMI/about_childrens_BMI.htm. Fecha de consulta 01/08/07.
18. WHO. Expert committee: Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Ginebra: World Health Organization. Technical Report Series; 1995; 854.
19. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de la Investigación para la Salud. Título Segundo. Capítulo I. Artículos 17 y 23. México. 1998.
20. Saucedo-Molina T, Gómez Pérez-Mitré G. Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2004;30(2):69-74.
21. Saucedo-Molina T, Gómez Pérez-Mitré G. Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2005;32(2):67-74.
22. Saucedo-Molina TJ, Escamilla-Talón TA, Portillo-Noriega IE, Peña-Irecta A, Calderón-Ramos Z. 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 Investigación Clínica 2008;60(3):231-240.
23. Stice E, Bearman SK. Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. Develop Psychol 2001;35:597-607.
24. López JM, Sallés N. Contextualización histórica. En: López JM, Sallés N (ed.). España: Prevención de la Anorexia y la Bulimia. Ed. Nau Libres; 2005.

