



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

Identification of risk factors associated to eating disorders and their relationship with Body Mass Index in university students of Health Science Institute.

Saucedo Molina Teresita de Jesús¹, Peña Irecta Amanda¹,
Fernández Cortés Trinidad Lorena¹, García Rosales Aurora¹,
Jiménez Balderrama Rosa Elena¹.

Recibido: 01/07/2010 - Aceptado: 22/07/2010

RESUMEN

Introducción: La misión fundamental del programa de universidades saludables es: fomentar una cultura del autocuidado de la salud que permita incorporar hábitos, actitudes y valores saludables en los universitarios, y para que sea posible debe contarse con proyectos orientados a determinar e identificar los riesgos y daños a la salud de la población universitaria. **Objetivo:** Identificar factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y determinar su relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) en estudiantes de primer ingreso del instituto de Ciencias de la Salud. **Material y Métodos:** Estudio transversal descriptivo correlacional en una muestra de 347 alumnos (67% mujeres; 33% hombres) de 17 a 23 años de edad ($\bar{X}=18.43\pm 1.4$), a quienes se les aplicó un cuestionario multidimensional que mide: conductas alimentarias de riesgo, factores socioculturales, e imagen corporal. Para obtener el IMC, cada sujeto fue pesado y medido. **Resultados:** El factor de riesgo con los valores más altos fue la insatisfacción con la imagen corporal (78.4%). Todos los demás factores, aunque con porcentajes mucho menores, fueron identificados. De manera general: a mayor IMC mayor impacto de factores socioculturales, mayor seguimiento de conductas alimentarias de riesgo, y mayor insatisfacción con la imagen corporal. Hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo e IMC. **Conclusiones:** Aunque hubo mayor presencia de factores de riesgo en mujeres y en sujetos con sobrepeso y obesidad, se propone confirmar estos resultados en una muestra representativa del Instituto, para diseñar e implementar programas de prevención primaria y de promoción de la salud certeros. **Palabras clave:** Universidad saludable, trastornos alimentarios, factores de riesgo, IMC, universitarios.

ABSTRACT

Introduction: Primary mission of the healthy university program is: promote a culture of self-care that can be incorporated healthy habits, attitudes and values in college, and where should be available to have projects to determine and identify risks and damage in university population health. **Objective:** To identify risk factors associated with eating disorders and determine its relationship with Body Mass Index (BMI) of first entry students from Health Sciences Institute. **Material and Methods:** A cross-sectional, descriptive and correlational field research was carried out in a sample of 347 students (67% women, 33% men) from 17 to 23 years of age ($X = 18.43 \pm 1.4$) who were administered a multidimensional questionnaire that measures: risk eating behaviors, sociocultural factors, and body shape. For Body Mass Index (BMI), each subject was weighed and measured. **Results:** The risk factor with the highest values was body image dissatisfaction (78.4%). All other factors, although with much smaller percentages, were identified. In general: to higher BMI greater impact of socio-cultural factors, greater monitoring of risky eating behaviors, and greater body image dissatisfaction. Significant differences by gender and BMI were found. **Conclusions:** Although there was more presence of risk factors in women and in overweight and obese subjects, it is proposed to confirm these results in a representative sample of the Institute, to design and implement accurate programs of primary prevention and health promotion. **Keywords:** Healthy University, eating disorders, risk factors, BMI, college students.

¹Área Académica de Nutrición. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Correspondencia:

Teresita de Jesús Saucedo-Molina
Área Académica de Nutrición. Instituto de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Abasolo # 600 Col. Centro CP 42000, Pachuca de Soto, Hidalgo
Tel: 771-71-72000 Ext 5114
e-mail: saucemol@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Una buena salud es considerada como el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de vida¹, del individuo, la familia y la comunidad.

En la actualidad la transición epidemiológica, la muerte y las conductas de riesgo que se viven en los países desarrollados y en vías de desarrollo han cobrado mayor relevancia, incrementando la demanda no sólo del número de personas que requieren acceso a una buena atención en hospitales y consultorios, sino de la participación de diversas instancias o sectores donde los individuos sean provistos de herramientas que les permitan hacer frente a las situaciones que les enferman; enfocando diversas estrategias en la prevención y promoción del autocuidado de la salud, generando escenarios que permitan el desarrollo de estilos de vida saludable, sobre todo en aquellas poblaciones más vulnerables como son los adolescentes y adultos jóvenes^{2,3}.

La Universidad alberga de manera transitoria, a una parte significativa de dicha población, siendo un escenario privilegiado para la promoción de la salud. En noviembre de 1986 bajo el marco de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá, se establecieron las bases del programa "Universidad Saludable". Éste consiste en aquellas instituciones que incorporan proyectos orientados a determinar e identificar los riesgos y daños a la salud de la población universitaria, así como la promoción de la salud, en su plan educativo y laboral; con la finalidad de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes estudian o trabajan en este lugar, y que a su vez actúen como modelos o promotores de conductas saludables en su ámbito familiar, social y laboral^{1,3,4}.

En el año 2003 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentaron durante la conferencia "Construyendo Universidades Saludables" en Santiago de Chile, una propuesta para la consolidación de la red hispanoamericana de Universidades Saludables⁵. Bajo estos lineamientos diversas instituciones de educación superior de países como España, Chile, Colombia, Venezuela, Canadá, Perú y México se conformaron o perfilaron como Universidad Saludable o Promotoras de Salud³.

En el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) se han iniciado diagnósticos situacionales de algunos de los factores que podrían poner en riesgo el equilibrio en la salud física, mental y social de sus estudiantes; un ejemplo claro es el estudio de los factores de riesgo asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Los TCA engloban a la Anorexia Nervosa (AN), la Bulimia

Nervosa (BN) y los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE), que son considerados desórdenes psiquiátricos caracterizados por conductas alimentarias anormales y por distorsiones cognitivas relacionadas con los alimentos, el peso y la figura corporal, radicando su importancia en los efectos adversos sobre el estado de nutrición y salud de quienes los padecen. Todos ellos estimados como entidades clínicas con resonancia sociosanitaria, debido a su gravedad, su creciente incidencia y las dificultades y altos costos para su tratamiento^{6,7}.

Se reconoce al sexo femenino, los adolescentes y adultos jóvenes (entre 12 y 25 años) como los grupos más vulnerables a desarrollarlos⁶⁻⁸, además han dejado de ser exclusivos de países desarrollados, occidentales y de clases económicas altas, pues en la actualidad afecta de igual manera a países en vías de desarrollo y clases sociales bajas, en donde también existe una sobrevaloración de la apariencia física y la delgadez⁹.

A pesar de que la prevalencia mundial de estos trastornos es baja (0.5 a 1% para AN y 1 a 3% BN), se les ha llegado a considerar como un problema de salud en muchos países, debido a las múltiples complicaciones originadas por la vía de la desnutrición⁶, principalmente en pacientes con AN, o de la obesidad, ya que se ha confirmado que aproximadamente del 25 al 30% de pacientes obesos padecen el TANE conocido como trastorno por atracón¹⁰.

En México, hasta el momento, no se cuenta con suficientes datos a nivel nacional sobre el comportamiento epidemiológico de los TCA, aunque existen estudios aislados en donde se reporta que la prevalencia ha aumentado significativamente, así como su relevancia en salud pública¹¹⁻¹⁴.

Por lo anterior, es necesario profundizar en el campo de los TCA, sobre todo en el preventivo; tal es el caso de la identificación de factores de riesgo, que se definen como estímulos, conductas y características individuales y del entorno, que inciden en el estado de salud, aumentando la vulnerabilidad de que un individuo presente algún TCA. La etiología de estas patologías es multicausal¹⁵, y dentro de los factores de riesgo más estudiados se pueden mencionar entre otros, la imagen corporal, factores socioculturales, conductas alimentarias e Índice de Masa Corporal (IMC) alto (sobrepeso u obesidad).

La imagen corporal es definida como la actitud hacia el propio cuerpo y hacia la apariencia, puede concebirse globalmente como un conjunto de percepciones, representaciones, sentimientos y actitudes que se elaboran del cuerpo propio y a través de diversas experiencias¹⁶. En el campo de los TCA la imagen corporal juega un papel muy trascendente y se evalúa a través de dos aspectos importantes: a) distorsión o alteración de la imagen corporal, que se relaciona con la estimación corporal en su totalidad o en sus partes y; b) satisfacción/insatisfacción

corporal que se refiere a la autoevaluación, sentimientos o actitudes positivas o negativas hacia el cuerpo o las partes de éste ¹⁷.

Se ha observado que la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción de la misma se encuentran altamente relacionadas con conductas alimentarias de riesgo principalmente con las de tipo compensatorio ¹⁸. Este fenómeno puede atribuirse al “ideal” de belleza de delgadez extrema en la cultura actual, el cual al ser comparado con el propio cuerpo puede resultar en un primer momento en una insatisfacción con la imagen corporal, misma que si se torna obsesiva puede llegar hasta una distorsión

Desde la antigüedad cada cultura se ha caracterizado por patrones de belleza, donde al aspecto físico se le atribuye el éxito personal, seguridad, aceptación social e incluso el valor de la persona; actualmente las cosas no han cambiado, los individuos siguen siendo evaluados por su aspecto físico. Hoy en día el estereotipo corporal raya en la delgadez extrema en las mujeres y la corpulencia por musculatura en los varones, estereotipos promovidos y vendidos por la industria y los medios de comunicación de manera exagerada ¹⁹. La figura corporal real, dista mucho de estos modelos estéticos dominantes, propiciando malestar con la imagen corporal entendida como la molestia o incomodidad que se experimenta con respecto a ella, y que es generada por los mensajes, imágenes y comentarios emitidos por los medios de comunicación ²⁰.

La influencia de la publicidad es inmensa, incluso basta con mirar a nuestro alrededor para encontrar algún anuncio dónde no importando el producto promocionado se explota el cuerpo humano, presentando personas “bellas”, principalmente mujeres, delgadas y casi siempre jóvenes. Lo que se busca es que se asocie la posesión y disfrute del producto con ese estado ideal ²¹. Lo anterior se traduce en la relación entre la sensibilidad (atención y reactividad) y la influencia o crítica cultural, entendiendo ésta como los mensajes verbales, imágenes relacionadas con el peso, la figura y la belleza emitidos por los medios de comunicación ¹⁹.

Se entiende por conductas alimentarias de riesgo (CAR), a aquellos comportamientos aberrantes relacionados con el consumo de alimentos entre las cuales se encuentran: el comer compulsivo, caracterizado por episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de alimentos en un corto periodo de tiempo, perdiendo el control sobre la cantidad total de alimento ingerido ^{11,22}; la preocupación por el peso y la comida, que se entiende como el estado psicológico y emocional de un individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y a los alimentos que ingiere ^{23,24}; comer por compensación psicológica, en donde la alimentación

se ve influida por diversos factores entre los cuales se encuentra el estado de ánimo, es decir, se relaciona la comida con ansiedad, tristeza o tranquilidad, lo que lleva al sujeto a comer o dejar de hacerlo, o preferir cierto tipo de alimentos; y la dieta crónica y restrictiva, misma que se define como la tendencia repetitiva de autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como la eliminación de tiempos de comida a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal ^{25,26}

La prevalencia de las CAR es mayor, comparada con la de los trastornos alimentarios. En México existen reportes para el 2004, que señalan que del 5 al 18% de las mujeres adolescentes estudiantes universitarias y de bachillerato presentaron alguna CAR asociada a TCA ²⁷. En otra investigación sobre las tendencias de CAR en población estudiantil del Distrito Federal comparando los años 1997, 2000 y 2003, se observó un incremento general de las CAR en ambos sexos, en la proporción de estudiantes que reportaron tres o más conductas de riesgo y mayor vulnerabilidad en las mujeres que en los hombres ²⁸. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 ²⁹ reporta algunas CAR en adolescentes y jóvenes, en donde 18.3% reconoció que tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiados alimentos o bien perdieron el control para comer; 3.2% practica dietas, ayunos y ejercicio excesivo con el objetivo de bajar de peso, y confirmó que las mujeres se ven afectadas en mayor proporción, sobre todo aquellas de 16 a 19 años de edad.

El Índice de Masa Corporal (IMC), indicador del estado nutricional que con mayor frecuencia es utilizado por su facilidad de estimación, y que se calcula a partir del peso corporal en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros ³⁰, es uno de los indicadores más ampliamente estudiados como factor de riesgo asociado a los TCA, y de manera más específica con las conductas alimentarias, ya que se han encontrado importantes asociaciones.

Diversos estudios han demostrado que al presentar los individuos un IMC alto (sobrepeso u obesidad), su imagen corporal se aleja de lo “ideal”; y gracias a la influencia de los factores socioculturales antes mencionados, los cuales han estigmatizado el sobrepeso y la obesidad no por cuestiones de salud sino por consideraciones psicológicas y estéticas ³¹⁻³³, los individuos buscan disminuir su peso corporal o modificar su figura, practicando las CAR.

Ejemplo de lo anterior queda manifiesto en un estudio realizado en estudiantes de 12 a 19 años del D.F. de ambos sexos, observando que aquellos que sobrestimaron su peso y, por lo tanto, su IMC, presentaron mayores prevalencias de CAR ³⁴. Un fenómeno similar se presentó en sujetos de 13 a 18 años, mexicanos, de ambos sexos, donde se observó que aquellos individuos con sobrepeso y obesidad, determinada a partir del

IMC percentilar, presentaron mayores prevalencias de CAR ³².

Para terminar, en otras investigaciones realizadas por Saucedo-Molina y colaboradores ^{13,14,23} en púberes mexicanos de ambos sexos, en las que se estudiaron no solamente conductas alimentarias de riesgo, como dieta restringida, sino también factores socioculturales, como influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal, se encontró, a través de modelos predictivos, que a mayor IMC mayor seguimiento de conductas de riesgo y mayor influencia de factores socioculturales principalmente en mujeres ^{13,14,23}.

Tomando como base todo lo anterior fue como surgió el objetivo del presente estudio, el cual consistió en: identificar factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y determinar su relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) en estudiantes de primer ingreso del instituto de Ciencias de la Salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo correlacional con una muestra a conveniencia de 347 sujetos, integrada por los alumnos de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud (67% mujeres; 33% hombres), de 17 a 23 años de edad ($\bar{x}=18.43\pm1.4$), a quienes se les aplicó un cuestionario multidimensional que mide: conductas alimentarias de riesgo, factores socioculturales, e imagen corporal.

Después de haber conseguido la autorización de los directivos de la institución, y de cada uno de los jefes de área académica, se dio inicio al trabajo de campo en los horarios, días y espacios indicados por cada plantel. Previa aplicación grupal del instrumento, y para obtener la aprobación verbal de los alumnos, ya que no fue necesario solicitar el consentimiento informado por escrito, puesto que de acuerdo con la reglamentación mexicana actual en investigación en seres humanos, este estudio es considerado de riesgo mínimo ³⁵, se les informó claramente el objetivo de la investigación, las instrucciones necesarias para el llenado del instrumento, la importancia de su participación voluntaria y el manejo confidencial de los datos proporcionados por ellos.

El cuestionario multidimensional, de carácter autoaplicable, está integrado por varias secciones. Una de ellas evalúa factores de riesgo socioculturales a través del CIMEC ³⁶ (Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal), que después de un análisis factorial arrojó cinco factores: Malestar por la Imagen Corporal; Influencia de la Publicidad; Influencia de Modelos Sociales; Influencia de Mensajes Verbales; e Influencia de Situaciones Sociales. El CIMEC tiene tres opciones de respuesta: 1 = No, nunca; 2 = Si, a veces; y 3 = Si, siempre, en donde a mayor puntaje mayor impacto de los

factores socioculturales.

En otra sección se miden conductas alimentarias de riesgo, mediante el EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios). Para la validez del instrumento se aplicó un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX a un total de 1494 varones y a un total de 1915 mujeres. La escala total para varones obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.86, mientras que la de mujeres alcanzó un Alpha de Cronbach de 0.88. Esta escala tipo Likert tiene cinco categorías de respuesta que van de 1= nunca; hasta 5= siempre, en donde a mayor puntaje mayor riesgo. Las conductas alimentarias de riesgo evaluadas en este estudio fueron: Conducta Alimentaria Compulsiva; Preocupación por el Peso y la Comida; Comer por Compensación Psicológica; y Dieta Crónica y Restrictiva ³⁷.

Otro factor de riesgo evaluado fue la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, lo que se logró a través de una escala de nueve figuras corporales distribuidas al azar, que iban de una figura muy delgada hasta una obesa, misma que se presentó en dos momentos a lo largo del instrumento. Operacionalmente esta variable se midió como la diferencia entre la figura actual y la figura ideal. Diferencias igual a cero se interpretan como satisfacción; diferencias positivas se interpretan como insatisfacción en el sentido de querer estar más delgado(a); y diferencias negativas, se interpretan como insatisfacción en el sentido de querer estar más robusto(a) ³⁸.

Para obtener el IMC (Índice de Masa Corporal), una vez que los estudiantes aceptaron voluntariamente participar y terminaron de contestar el cuestionario, fueron medidos y pesados por personal previamente capacitado y estandarizado. Para clasificar a los sujetos de 17 a 20 años, se emplearon los puntos de corte percentilares recomendados por la *National Center of Health Statistics* ³⁹, considerando sexo y edad, siendo estos: <5 muy bajo peso; >5 <15 bajo peso; >15 <85 peso normal; >85 <95 riesgo de sobrepeso; >95 sobrepeso. Para los participantes mayores a 20 años se emplearon los puntos de corte recomendados para adultos por el Comité de Expertos ⁴⁰, en donde un IMC < 15 es muy bajo peso; 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 sobrepeso; y valores de IMC iguales o mayores a 30 se relacionan con obesidad.

Con la finalidad de reducir el número de datos, se procedió a convertir a cada uno de los factores mencionados anteriormente en un índice, promediando las calificaciones de cada uno de los reactivos que lo conformaban. Posteriormente se recategorizaron dichos índices tomando como base la manera inicial de calificación del instrumento. Finalmente se llevaron a cabo análisis de correlación de Pearson para determinar la asociación entre las variables consideradas en el estudio. La

captura de datos y los análisis se realizaron con el programa SPSS-PC versión 11 para Windows.

RESULTADOS

En la distribución del IMC, se encontró que 10% de las mujeres estaban con bajo peso, 60.2% en peso normal, 24.7% con sobrepeso, y 5.2% con obesidad, mientras que en los varones los valores fueron: 4.3%, 62.6%, 27%, y 6.1%, respectivamente. La media del IMC fue de 23.4 ± 4.2 .

El grupo de mujeres reportó 77.2% de insatisfacción con su imagen corporal, y de este porcentaje 18.1% quieren ser más llenitas, mientras que 59.1% quieren ser más delgadas. En los varones el 80.7% manifestaron insatisfacción con su imagen corporal, del que 35.3% quieren estar más robustos, y 45.4% desean ser más delgados. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Distribución de los porcentajes en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por sexos.		
	Mujeres (%)	Hombres (%)
Satisfacción	22.8	19.3
Insatisfacción (estar más robustas(os))	18.1	35.3
Insatisfacción (estar más delgadas(os))	59.1	45.4
Total	100	100

Los sujetos con sobrepeso (83.5% y obesidad (89.4%) fueron los más insatisfechos con su imagen corporal en el sentido de querer estar más delgados, sin embargo, debe resaltarse que 42.3% de los participantes con peso normal, y 26.9% con bajo peso quieren ser más delgados. En el sentido inverso, 53.8% de sujetos con bajo peso quieren estar más robustos, pero, llama la atención que 27.9% de individuos con peso normal, 6.6% con sobrepeso y 5.3% con obesidad, externaron querer estar más robustos. Éstos valores probablemente provienen de los varones, que como se ha encontrado en otras investigaciones, lo que pretenden no es ganar masa grasa, sino aumentar masa magra, ya que un cuerpo musculoso es signo de virilidad, fuerza (Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de los porcentajes en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por categorías de IMC				
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad
Satisfacción	19.3%	29.8%	9.9%	5.3%
Insatisfacción (estar más robustas(os))	53.8%	27.9%	6.6%	5.3%
Insatisfacción (estar más delgadas(os))	26.9%	42.3%	83.5%	89.4%
Total	100%	100%	100%	100%

Continuando con el análisis de los demás factores de riesgo evaluados, con respecto a los socioculturales, se encontró que: 11% de las mujeres y 1.7% de los hombres, siempre sienten

malestar con su imagen corporal; 2.5% de mujeres y 0.8% de hombres siempre se sienten influidos por la publicidad de productos para adelgazar y moldear la figura; la influencia de modelos sociales siempre es percibida por 7.6% de mujeres y 4.2% de varones; mientras que la de los mensajes verbales siempre es advertida por 8.4% de mujeres y 2.5% de hombres. Por último, la influencia de situaciones sociales relacionadas con la ingestión de alimentos siempre es experimentada por 6.3% de mujeres y 2.5% de varones.

Con respecto a las conductas alimentarias de riesgo, la distribución de las mismas se muestra en el cuadro 3, en el cual se aprecian de manera general porcentajes bajos en las categorías de riesgo (Cuadro 3).

Cuadro 3. Porcentajes de los sujetos que presentaron conductas alimentarias de riesgo. Comparación por sexos.

Sexo					
Factor	Mujeres (N=232)		Hombres (N= 115)		χ^2
	Muchas veces	Siempre	Muchas veces	Siempre	
Conducta Alimentaria Compulsiva	1%	1%	-----	-----	2.11
Preocupación por el Peso y la Comida	3.8%	0.4%	1.7%	----	6.95**
Comer por Compensación Psicológica	3%	0.4%	2.5%	----	0.83
Dieta Crónica y Restrictiva	3.8%	----	-----	-----	5.92*

*p= 0.05; **p<0.001

En el mismo cuadro, en donde resulta claro apreciar que todas las conductas de riesgo están presentes en las mujeres, al hacer un análisis comparativo por sexos, se confirmaron diferencias estadísticamente significativas en dos de los factores: preocupación por el peso y la comida ($\chi^2 = 6.95$, gl 2, $p=0.05$) y en dieta crónica y restrictiva ($\chi^2 = 5.92$, gl 2, $p<0.001$).

A continuación se procedió a analizar el comportamiento de la muestra total de acuerdo con las categorías de IMC. Los resultados, los cuales se presentan en el cuadro 4, revelaron que los sujetos que más impacto perciben de los factores socioculturales y que más seguimiento reportan de conductas alimentarias de riesgo fueron los categorizados con obesidad, a excepción de la conducta compulsiva, la cual no fue reportada por ningún sujeto obeso (Cuadro 4).

Otras dos observaciones a comentar es que 11.5% de los sujetos con bajo peso siempre se sienten influidos por los modelos sociales, muy probablemente debido a que su imagen corporal no satisface los estereotipos planteados por la sociedad.

La otra se refiere al hecho de que 4.2% de sujetos con peso normal comer por compensación psicológica, es decir ingieren alimentos no por hambre, sino porque consideran que

el comer los tranquiliza.

Cuadro 4. Distribución porcentual de los factores de riesgo que integran el instrumento según las categorías del IMC en la muestra total.				
Factor/Categorías de respuesta de riesgo	Bajo peso (%)	Peso normal (%)	Sobrepeso (%)	Obesidad (%)
Malestar con la imagen corporal				
Sí, siempre	-----	6.5	11	21.1
Influencia de la publicidad				
Sí siempre	-----	1.4	2.2	10.5
Influencia de modelos sociales				
Sí siempre	11.5	5.6	6.6	10.5
Influencia de mensajes verbales				
Sí siempre	-----	4.2	8.8	26.3
Influencia de situaciones sociales				
Sí siempre	-----	4.7	6.6	5.3
Conducta Alimentaria Compulsiva				
Σ Muchas veces-siempre	-----	1.4	1.1	-----
Preocupación por el Peso y la Comida				
Σ Muchas veces-siempre	-----	3.3	3.3	10.5
Comer por Compensación Psicológica				
Σ Muchas veces-siempre	-----	4.2	1.1	5.3
Dieta Crónica y Restrictiva				
Σ Muchas veces-siempre	-----	2.3	3.3	5.3

Finalmente, con el propósito de determinar si había alguna asociación entre los factores evaluados con el instrumento multidimensional, se decidió llevar a cabo un análisis de correlación de Pearson por sexo, cuyos resultados se muestran en el cuadro 5, en los que de manera general se observan valores débiles, pero todos resultaron significativos. A pesar de esto, existen varios que deben señalarse. Por ejemplo, se confirmó que tanto en mujeres ($r = 0.383$, $p < 0.1$) como en hombres (0.306 , $p < 0.01$), a mayor IMC, mayor insatisfacción con la imagen corporal. De igual manera, a mayor conducta alimentaria compulsiva, mayor seguimiento de dieta crónica y restrictiva (mujeres $r = 0.408$, $p < 0.01$; hombres $r = 0.515$, $p < 0.01$), siendo este último uno de los valores más altos en el grupo de varones.

En las mujeres se encontraron correlaciones entre todos los factores de riesgo considerados en el estudio, sobresaliendo: preocupación por el peso y la comida y dieta crónica y restrictiva ($r = 0.607$, $p < 0.01$); conducta alimentaria compulsiva y comer por compensación psicológica ($r = 0.559$, $p < 0.01$); malestar con la imagen corporal e influencia de la publicidad ($r = 0.491$, $p < 0.01$). Mientras que en los hombres otros de los valores importantes fueron entre malestar con la imagen corporal e influencia de situaciones sociales ($r = 0.432$, $p < 0.01$) y entre Influencia de modelos sociales y situaciones sociales ($r = 0.384$, $p < 0.01$).

(Cuadro 5)

Cuadro 5. Correlación entre el IMC y los factores del instrumento por sexo										
MUJERES										
Factor	IMC	INS	MIC	IFP	IMS	IMV	ISS	CAC	PPC	CCP
INS	.383**									
MIC	.308**	.389**								
IFP	.210**	.395**	.419**							
IMS	.129*	.214**	.329**	.195**						
IMV	.189*	.257**	.354**	.396**	.272**					
ISS	.137*	.305**	.434**	.350**	.246**	.263**				
CAC		.217**	.328**	.272**	.158*	.194**	.196**			
PPC		.250**	.350**	.318**	.193**	.334**	.277**	.388**		
CCP			.174**	.167*				.559**	.304**	
DCR		.247**	.356**	.363**	.187**	.308**	.160*	.408**	.607**	.322**
HOMBRES										
Factor	IMC	INS	MIC	IFP	IMS	IMV	ISS	CAC	PPC	CCP
INS	.306**									
MIC										
IFP			.275**							
IMS			.368**	.307**						
IMV	.192*	.225*	.209*	.258**						
ISS			.432**	.182**	.384**	.231*				
CAC			.194*		.234**		.269**			
PPC										
CCP								.273**		
DCR	.230*		.187*	.189**			.241**	.515**		

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

INS= Insatisfacción; MIC= Malestar con la imagen corporal; IFP=Influencia de la Publicidad; IMS= Influencia de Mensajes Verbales; ISS= Influencia de Situaciones Sociales; Conducta Alimentaria Compulsiva; PPC= Preocupación por el peso y la comida; CCP= Comer por Compensación Psicológica; DCR= Dieta Crónica y Restrictiva.

DISCUSIÓN

A pesar de que de acuerdo con la distribución del IMC, más del 60% de la muestra está en la categoría de peso normal, se sigue comprobando a semejanza de otros trabajos mexicanos⁴², que un alto porcentaje de adolescentes y adultos jóvenes están insatisfechos con su imagen corporal (78%), identificándose una tendencia preferente por la delgadez tanto en mujeres (59.1%) como en hombres (45.4%), que en la actualidad se considera como la figura corporal ideal. Asimismo nuestros resultados siguen coincidiendo con los reportados en otros estudios en donde los varones quieren estar más robustos, pero en el sentido de querer estar más musculosos (mesomorfos) y no precisamente estar gordos⁴²⁻⁴⁴.

Otro hallazgo que debe ser analizado en esta muestra,

está relacionado con una de las correlaciones más altas y estadísticamente significativas obtenidas por sexo, siendo esta entre la conducta alimentaria compulsiva y la dieta crónica y restrictiva, lo que hace pensar que cuando alguno de estos universitarios coman de manera compulsiva, evento que muy probablemente los hace sentir culpables, recurrirán a una dieta restrictiva, reforzando estos hallazgos la idea ampliamente difundida en la actualidad, de que hacer “dieta” es la manera más económica, inocua, fácil y rápida de bajar de peso y alcanzar la figura corporal “deseada”, y que esta idea particularmente entre los adolescentes y jóvenes, se está convirtiendo en el estilo “normal” de alimentarse^{13,14,41}

De manera general, a diferencia de lo reportado en otros estudios^{32,34} en los que se ha reiterado que a mayor IMC mayor seguimiento de conductas alimentarias de riesgo, en esta investigación no se encontró tal relación, a excepción de la dieta crónica y restrictiva en varones, evento que llama la atención pues indica que este grupo de participantes tiene un comportamiento característico, digno de ser retomado para profundizar en él.

Lo que sí se corroboró fue que a mayor IMC, mayor influencia de factores socioculturales, principalmente en mujeres, y que a mayor insatisfacción con la imagen corporal mayor impacto de factores socioculturales. De igual manera, tanto en hombres como en mujeres, a mayor malestar con la imagen corporal, mayor impacto de los factores socioculturales, resaltando la influencia de situaciones sociales relacionadas con la ingesta de alimentos, como reuniones, festejos y celebraciones^{13-14, 42,45}.

Aunque hubo mayor presencia de factores de riesgo en mujeres y en sujetos con sobrepeso y obesidad, se propone confirmar estos resultados en una muestra representativa del Instituto, para poder generalizar los resultados y diseñar e implementar programas de prevención primaria y de promoción de la salud certeros.

†Resultados preliminares de este trabajo se presentaron en el 10th European Nutrition Conference en París, Francia 2007, y en la International Conference on Eating Disorders en Seattle Washington, 2008.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion International, 1986 1(4): iii-v and Canadian Journal and Public Health 77(6):425-430.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfoque de habilidades para la vida y un desarrollo social en niños y adolescentes. Washington DC. 2001 p 65.
3. Lange I, y Vio F. Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior, Ed. Productos Gráficos Andros Limitados, Santiago de Chile. 2006 p 51
4. Muñoz M, y Cabieses B. Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro?, Rev. Panam Salud Pública. 2008 24 (2): 139-46.
5. Organización Panamericana de la Salud. Área de Desarrollo Sostenible y Salud ambiental. Unidad de Entornos Saludables. Municipios y ciudades saludables: recomendaciones para la evaluación dirigidas a los responsables de las políticas de las Américas. Washington, USA 2003. Disponible en: <http://www.paho.org>.
6. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Estadístico y diagnóstico de enfermedades mentales. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos, Barcelona Editorial MASSON 1994.
7. Chincilla MA. Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa: Revisión Histórica. En: Trastornos de la conducta alimentaria. Chinchilla, MA. Editorial MASSON, México. 2003^o p. 1-13.
8. Díaz BM, Rodríguez MF, Martín LC, Hiruela RM. Risk factors related with eating disorders in a community of adolescents. Atención primaria a la salud. 2003, 32 (7): 403-409.
9. Klein DA, y Walsh B T. Eating disorders. International Review of Psychiatry. 2003, 15:205-216.
10. Fundación Imagen y Autoestima. Resumen del informe. Cuando no quererse hace enfermar. España, 2008. Disponible en: <http://www.fima.org/upload/documents/1/12.pdf>. Acceso el 28 de febrero del 2010.
11. Gómez Pérez-Mitré G. Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanas púberes. Revista Mexicana de Psicología 1997; 14(1): 31-40.
12. Medina- Mora IME, Borges G, Lara Muñoz C, Blanco-Jaimes J, y Fleiz-Bautista C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental: 2003 26: 1-16.
13. Saucedo-Molina TJ y Gómez Pérez-Mitré. Modelo Predictivo de la dieta restringida en púberes mexicanas, Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina Barna. 2004 31 (2):69-74.
14. Saucedo-Molina TJ. y Gómez Pérez-Mitré. Modelo Predictivo de la dieta restringida en varones mexicanos, Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina Barna. 2005 32 (2):67-74.
15. Mancilla DJM, Gómez -Peresmitré G, Rayon AG, Franco PK, Vázquez AR, López AX, y Acosta, GMU. Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. Mancilla Díaz JM, y Gómez Pérez-Mitré G. Manual Moderno. México. 2006. p. 123-167.
16. Bruchon-Schweitzer, M. Psicología del Cuerpo. Biblioteca de Psicología. Barcelona: Herder. 1992.
17. Gómez Pérez-Mitré, G. Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 1999 16(1):153-165.
18. Rieder M, y Ruderman A. Cognitive factors associated with binge and purge eating behaviors: the Interaction of body dissatisfaction and body image important. Cognitive Therapy Research. 2001 25 (6):801-812.
19. Chincilla MA. ¿Es real la actual epidemia de los trastornos de la conducta alimentaria?. En: Trastornos de la conducta alimentaria. Chinchilla, MA. Editorial MASSON, México. 2003^o p. 143-160.
20. Littleton LH, y Ollendick T. Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents. *Revista Clínica Child and Family Psychology*. 2003 6(1): 51-66,
21. López JM, y Sallés N. Construcción actual del modelo estético. En: Prevención de la Anorexia y la Bulimia. López, JM, y Sallés N. Editorial Nau Llibres. Valencia, España. 2005 p. 73-103.
22. Asociación Psiquiátrica Americana (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales). Versión española. 4ªEd., Editorial MASSON, Barcelona. 2002 p.553-564.
23. Saucedo-Molina T J. Modelos predictivos de la dieta restringida en

- púberes, hombres y mujeres y sus madres, tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado 2003.
24. Acosta GM, Lloplis MJM, Gómez Pérez-Mitré G, y Pineda GG. Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and psychological Therapy*. 2005 5(3):223-232.
 25. Gómez Pérez-Mitré G, y Ávila AE. ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso?, *Revista Iberoamericana*. 1990 6: 37-46.
 26. Huong GF, y Strong G. The initiation and maintenance of dieting: structural models for large-scale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*. 1998 23:361-369.
 27. Unikel- Santoncini C, Bojórquez-Chapeta L, y Carreño-García S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo, *Salud Pública México*. 2004 46 (6):509-515.
 28. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapeta L, Villatoro-Velázquez J, Fleiz BC, y Medina – Mora IME. Conductas Alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*. 2006 58(1):15-27.
 29. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. 2006.
 30. Mataix VJ, y López JM. Valoración del estado nutricional. En: *Nutrición y Alimentación Humana*. Mataix VJ. Editorial Océano/Ergon; 1ª Edición; Madrid España. 2005 p. 261-262.
 31. Madrigal- Fritsch H, Irala_ Estévez J, Martínez González MA, Kearney J, Bibney M, y Martínez-Hernández JA. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública Méx*. 1999 41 (6): 479-486.
 32. Unikel C, Saucedo-Molina TJ, Villatoro J, y 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.
 33. Toro, J. Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En: *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. Mancilla- Díaz, JM., Gómez Pérez-Mitré. Editorial Manual Moderno, México. 2006 p. 203-223.
 34. Unikel-Santoncini C, Villatoro VJ, Medina – Mora IME, Fleiz BC, Alcántara ME, y Hernández RS. Conductas Alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos de la población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*. 2000 52(2): 140-147.
 35. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo. Capítulo I. Artículos 17 y 23. México. 1998
 36. Toro J, Salamero M, y Martínez E. Assessment of sociocultural influences on aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatric Scan*. 1994; 89:147-151.
 37. Gómez Pérez-Mitré G. Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo en trastornos alimentarios. IN-305599 (PAPIT) UNAM. 34507-H (CONACyT). México. 2000.
 38. Gómez-Peresmitré G, Saucedo-Molina TJ, Unikel Santoncini C. Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La psicología social en el campo de la salud. En: *Psicología social: Investigación y aplicaciones en México*. Calleja N, y Gómez-Peresmitré G. (comp.) Fondo de Cultura Económica. México. 2000 p. 267-315.
 39. National Center for Health Statistics. CDC Wrought Charts. Unites States. 2000. Disponible en: http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/childrens_BMI/about_childrens_BMI.htm. Acceso el 20 de enero del 2010.
 40. WHO. Expert committee: Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Ginebra: World Health Organization. Technical Report Series; 1995:854.
 41. Gómez-Peresmitré G, Pineda GG, L'Esperance LP, Hernández AA, Platas AS, y León HR. Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*. 2002 19(2): 125-132.
 42. Saucedo-Molina TJ, Escamilla-Talón T, Portillo-Noriega IE, Peña-Irecta A, y 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 de Investigación Clínica*. 2008; 60(3): 231-240.
 43. Gómez-Peresmitré G, Alvarado HG, Moreno EL, Saloma GS, Pineda GG. Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 2001; 18(3):313-324.
 44. Gómez-Peresmitré G, Granados AM, Jáuregui J, Tafoya SA, Unikel C. Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras del género masculino. *Psicología Contemporánea*. 2000; 7:4-15.
 45. Saucedo-Molina TJ, y Cantú GN. Trastornos de la conducta alimentaria: Influencia sociocultural en púberes de ambo sexos. *Psicología Social en México*. 2002; 9:129-134.