

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

Carmiña Isabel Lora-Cortez*, Teresita de Jesús Saucedo-Molina**

SUMMARY

Studies conducted in adolescent and young women have showed that body image perception and dissatisfaction are highly related with risk eating behaviors, particularly with compensatory behaviors. It has also been found that these women tend to overestimate their body size, showing more dissatisfaction.

Many studies on eating disorders have been developed in adolescents, but, what happens with adult women?

Adult women show periods of pregnancy, nursing, menstrual disorders and, a decrease in physical activity and, at the psychological level there is a lack of emotional stability and depression.

These episodes in general, have influence in feeding and body image, that could lead to risky eating behaviors (restricted dieting, fasting, skipping meals among others) affecting directly the state of health, because latter they can develop into eating disorders.

Undoubtedly, inadequate feeding can cause malnutrition and nutrimental deficiencies, provoking physiological alterations such as osteoporosis, anemia or hypokalemia, and also, somatic complications during pregnancy, including abortions and low weight in the new born.

Objective. To determine the relationship between body mass index (BMI), risky eating behaviours, body perception and body dissatisfaction in Mexican adult women from 25 to 45 years of age in Mexico City.

Methods. A non probabilistic sample of 659 women from 25 to 45 years of age ($X=38.27$; $SD=4.4$) was used.

To collect the sample, an area of the Questionnaire for Health and Feeding called scale of risk factors associated to eating disorders (EFRATA) and body image was used. This is a self-report questionnaire, validated for this population. Its main purpose is to measure risk eating behaviors and body image. Questions refer to risky eating behaviors (binge eating, compensatory behaviors, restricted dieting, preoccupation about weight and figure), with 4 answering options: 1) Never, 2) Sometimes, 3) Frequently, and 4) Always.

Body Image was measured through two dimensions: (a) Body perception was measured through five specific items and (b) Body

dissatisfaction was measured with a nine body figure scale, from thin to obese.

The BMI was obtained from weight and height self-report ($BMI=kg/m^2$). Self report measures of weight and height have been found reliable; as there is a high correlation with data taken directly, the difference between them is 1.14 kg/m^2 , which does not interfere significantly.

The cut points recommended by the Expert Committee (OMS), are: low weight from 15 to 18.5; normal weight from 18.51 to 24.99; overweight from 25 to 29.99; obesity from 30 to 39.99 and morbid obesity higher than 40.

Results. Body Mass Index distribution of the sample was: 1.1% low weight, 53.6% normal weight, 32.3% overweight, 12.4% obesity, and 0.6% of women were morbidly obese.

Body perception distribution was: 0.9% very thin, 15.3% thin, 44.4% normal, 32.6% overweight and 6.8% obese.

Results related to body dissatisfaction, showed that more than $\frac{3}{4}$ of the sample was dissatisfied; 70.1% of the women were dissatisfied with their body image and wanted to be thinner and, 8.7% wanted to gain weight.

It was found that a large percentage of women (79%) are dissatisfied with their body image. From this percentage 70.1 wanted to be thinner and, 8.7% wanted to gain weight.

As to the relationship between BMI distribution and body dissatisfaction it was found that 14% of underweight and 54.2% normal weight women want to be even thinner.

The findings of the study showed that women with higher BMI, displayed more risky eating behaviors. Women with overweight and obesity displayed the higher percentages in binge eating.

A Pearson correlation was carried out to look for significant differences between BMI, risky eating behaviors and the two dimensions of body image (perception and dissatisfaction). Results indicated that BMI was significantly correlated with binge eating, body dissatisfaction and body image perception.

Discussion. This study supported important information about the relation between BMI and risky eating behaviors in Mexican adult women. The most important result was to confirm the presence of disordered eating typical of eating disorders among

* Licenciada en Nutrición. Egresada de la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE.

** Doctora en Psicología y Profesora investigadora. Instituto de Ciencias de la Salud. Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Correspondencia: Dra. Teresita de Jesús Saucedo-Molina. Instituto de Ciencias de la Salud. Área Académica de Nutrición, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Abasolo 600, col. Centro, 42000, Pachuca, Hidalgo. México. Correo electrónico: saucemol@hotmail.com

Recibido primera versión: 16 de agosto de 2004. Segunda versión: 11 de julio de 2005. Aceptado: 27 de febrero de 2006.

adult women. Even though the data obtained do not demonstrate the diagnosis of an ED, it shows the presence of some of the characteristic symptoms, which means that these are commonalities found among the general population. Although isolated symptoms are not a necessary indicator of the development of the disease, in a way they point out the individuals who are at risk of threatening their physical and mental health. On the other hand, one of the risks that adds to this particular population is the fact that all of them are mothers, as some research findings have confirmed the relationship between the mother's eating behaviors and the appearance of eating disorders in their children.

The results obtained in this research show that the BMI of the sample tends to be in the overweight (32.3%) and obese ranges (13%). These results agree with those of the National Nutrition Survey of 1999, were 52.5% of the women were classified as overweight or obese (30.8% as overweight and 21.7% as obese). These scores are important not just because they favor chronic-degenerative diseases, but also because of the great association between overweight and obesity with risky eating behaviors, something that could be confirmed in this study, as individuals with higher BMI, displayed more risky eating behaviors. The results of this study have consistently supported the positive relationship between BMI, binge eating, body dissatisfaction and body image perception, although group differences attributed to age were not statistically significant.

Finally, another important contribution of this study, is the use of a reliable and valid multidimensional questionnaire developed in Mexico, specifically designed for the study of two very complex issues such as risky eating behaviors and body image.

The main limitations of the study were that the findings were primarily based on self-report data and the use of a non-probabilistic sample of Mexican adult women.

Key words: Risky eating behaviors, body image, Body Mass Index, adult women, México.

RESUMEN

La mujer adulta durante los períodos de embarazo, lactancia y alteraciones menstruales, presenta disminución de la actividad física y alteraciones psicológicas de diversos tipos, entre las cuales sobresale la depresión. Se ha propuesto que muchos de estos episodios depresivos pueden repercutir en su patrón alimentario y en la evaluación de la imagen corporal y desencadenar conductas alimentarias de riesgo, mismas que más tarde pueden transformarse en trastornos de la conducta alimentaria.

El objetivo de este estudio fue analizar la distribución y la relación que existe entre el Índice de Masa Corporal (IMC), las conductas alimentarias de riesgo y la percepción e insatisfacción con la imagen corporal, en una muestra de mujeres adultas de 25 a 45 años de edad, de la Ciudad de México.

Se trabajó con una muestra no probabilística a conveniencia, conformada por 659 mujeres, de 25 a 45 años de edad ($X = 38.27$; $DE = 4.4041$).

Para la recopilación de los datos se empleó parte de un instrumento autoaplicable que mide conductas alimentarias de riesgo (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios). La imagen corporal se midió mediante dos dimensiones: a) percepción de la imagen y b) satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. El IMC se obtuvo a partir del auto-

reporte de peso y talla de los sujetos de estudio. Los puntos de corte empleados fueron los recomendados por el Comité de Expertos (OMS).

Los porcentajes obtenidos en cuanto a la percepción de la imagen corporal, fueron: 0.9% se percibió muy delgada, 15.3% delgadas, 44.4% se percibió normal, 32.6% con sobrepeso y 6.8% con obesidad. De la muestra 78.8% afirmó estar insatisfecha con su imagen corporal; 70.1% quería tener una figura más delgada.

Las conductas que registraron mayores porcentajes, correspondieron a las conductas compensatorias (17.3%) y al comer compulsivamente (12%); la dieta restringida presentó los porcentajes más bajos (5.5%).

De una correlación de Pearson entre el IMC, para conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción y percepción de la imagen corporal, los datos mostraron que las variables que mayor correlación significativa alcanzaron con el IMC fueron: comer compulsivamente ($r=0.42$, $p<0.01$), insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.53$, $p<0.01$) y percepción de la imagen corporal ($r=0.76$, $p<0.01$).

Los hallazgos permitieron confirmar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, en población de mujeres adultas. Si bien dichos datos no ameritan el diagnóstico de un trastorno alimentario, denotan la presencia de ciertos síntomas de estos trastornos y muestran que es común encontrarlos en la población general. Uno de los peligros que representa este grupo de mujeres, recae en el hecho de que todas son madres, puesto que en diversas investigaciones se ha confirmado la relación entre ciertas características alimentarias maternas y el momento en que aparecen los trastornos en la conducta alimentaria en sus hijos.

Asimismo también fue posible observar que el IMC en la muestra estudiada tiende más al sobrepeso (32.3%) y la obesidad (13%). Estos valores son preocupantes no sólo por el hecho de favorecer la aparición de enfermedades crónico degenerativas, sino por la asociación que existe entre el sobrepeso y la obesidad con las conductas alimentarias de riesgo.

Las principales aportaciones de este trabajo las constituyen el haber obtenido la relación entre el IMC y diversas variables asociadas a los trastornos alimentarios, en mujeres mexicanas adultas, así como el haber aportado información a partir de una escala mexicana multidimensional, válida y confiable, diseñada específicamente para el estudio de conceptos complejos como las conductas alimentarias de riesgo y la imagen corporal.

Palabras clave: Conductas alimentarias de riesgo, Índice de Masa Corporal, imagen corporal, mujeres adultas, Ciudad de México.

INTRODUCCIÓN

Si entendemos la conducta alimentaria como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas éstas vinculadas a la ingestión de alimentos (27), se aprecia claramente que dicha conducta se ve influida por factores de diversa naturaleza, mismos que rebasan por mucho el mero valor nutricio del alimento y de las necesidades dietéticas del individuo (4).

La alteración de esta conducta ha dado origen a los denominados trastornos alimentarios que son patologías en las que precisamente los patrones de la ingesta de alimentos se ven severamente distorsionados. Bajo este rubro se incluyen dos categorías diagnósticas: la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, cuyas fuerzas motivacionales son el miedo a la obesidad y el deseo de estar delgado; en ambas se presenta una distorsión en la percepción de la forma y peso corporales (2).

La “obesofobia” es actualmente uno de los más grandes temores que tienen tanto hombres como mujeres (3, 5); sin embargo, diversos trabajos documentan que las mujeres poseen actitudes más negativas hacia la imagen corporal que los hombres y es principalmente el temor a subir de peso o a llegar a ser obesas, lo que propicia conductas de riesgo. Sobresalen las conductas compensatorias y restringidas y una mayor preocupación por el peso y la figura, actitudes que pueden dar pie a los trastornos de la conducta alimentaria (16, 24, 32).

Estudios realizados en mujeres adolescentes y jóvenes, muestran que la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma se encuentran altamente relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo, particularmente con las conductas compensatorias; de la misma forma, se encontró que estas mujeres tienden a sobreestimar su tamaño corporal, mostrando así una mayor insatisfacción (26).

En otros estudios tanto nacionales como internacionales, llevados a cabo en preadolescentes y adolescentes, se ha documentado la presencia de conductas de riesgo y de problemas con la imagen corporal, particularmente en el sexo femenino, ya que a las mujeres se les invita y se les recuerda continuamente el “poder” que posee la apariencia física y el valor de la delgadez (18); toman mayor fuerza el rechazo a los alimentos y las conductas compensatorias, ya que “no sólo un cuerpo delgado es más atractivo, sino que comer poco es más femenino” (19, 31, 37, 38).

Al revisar la bibliografía se aprecia con claridad que la mayor parte de la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria ha sido efectuada en adolescentes y en jóvenes (13), debido por una parte, a que son grupos de riesgo y por otra, a que la aparición de los trastornos ocurre con mayor frecuencia entre los 12 y 25 años de edad (8). Pero, ¿qué acontece en otras etapas de la vida?

Durante la etapa adulta la mujer pasa por períodos de embarazo, lactancia y alteraciones menstruales, y presenta disminución de la actividad física y alteraciones psicológicas de diversos tipos, entre las que sobresale la depresión (6, 23). Se ha propuesto que muchos de estos episodios pueden repercutir en su patrón

alimentario y en la evaluación de su imagen corporal, y que desencadenan conductas alimentarias de riesgo que más tarde pueden transformarse en algún trastorno de la conducta alimentaria.

Asimismo, diversas investigaciones han demostrado que las conductas alimentarias de riesgo pueden causar desnutrición, deficiencia de micronutrientos como calcio, hierro y potasio, y provocan alteraciones fisiológicas como osteoporosis, anemia e hipocalcemia (7, 21). Además, estas alteraciones han sido asociadas con consecuencias negativas durante el embarazo que incluyendo altas tasas de abortos, bajo peso del recién nacido, complicaciones obstétricas y depresión postparto (25).

De los escasísimos estudios realizados en mujeres adultas, se localizó uno verificado en 188 mujeres con $IMC < 30$, en donde se midió la “dieta restrictiva” mediante un cuestionario que considera dicho concepto compuesto por dos dimensiones: control alimentario rígido y control alimentario flexible. Es importante aclarar que se entiende por control alimentario rígido a la dicotomía “todo o nada” con respecto al comer, al peso y a la restricción alimentaria; mientras que el control alimentario flexible, está caracterizado por un acercamiento moderado con respecto al comer, el peso y la restricción alimentaria.

Los hallazgos demostraron que ambos tipos de control están significativamente relacionados con el IMC [control rígido $r(186) = 0.32$, $p < 0.01$; control flexible $r(186) = 0.22$] y con la percepción de la imagen corporal [control rígido $r(186) = 0.70$, $p < 0.01$; control flexible $r(186) = 0.40$, $p < 0.01$]. De igual manera se encontró que únicamente el control alimentario rígido está significativamente relacionado con síntomas de trastornos alimentarios [$r(186) = 0.66$, $p < 0.01$], depresión [$r(186) = 0.26$, $p < 0.01$], y ansiedad [$r(186) = 0.30$, $p < 0.01$] (29).

Con base en lo citado anteriormente, surgió el objetivo del presente trabajo, que consistió en analizar la distribución y relación que existe entre Índice de la Masa Corporal (IMC), conductas alimentarias de riesgo y percepción e insatisfacción con la imagen corporal, en una muestra de mujeres adultas de 25 a 45 años de edad de la Ciudad de México (20).

MÉTODOLOGÍA

Muestra

Este estudio, que formó parte de uno más extenso y que era llevado a cabo en una muestra no probabilística de estudiantes de primarias y secundarias del sur de la Ciudad de México, se realizó de manera simultánea con las madres de dichos estudiantes.

Se trabajó con una muestra no probabilística a conveniencia, misma que quedó conformada por 659 mujeres, con un rango de edad de 25 a 45 años, y una media de 38.27 (DE = 4.4).

Instrumento

Para la recopilación de los datos se empleó una sección del Cuestionario de Alimentación y Salud, denominada EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios) (15). Dicha sección de naturaleza auto-aplicable, arrojó, en su segunda validación mediante un análisis factorial de componentes principales (27), 5 factores que explicaron 45% de la varianza, y alcanzaron un Alpha de Cronbach de 0.85. Los factores resultantes fueron: I) conducta alimentaria compulsiva (17 reactivos), II) conducta alimentaria normal (9 reactivos), III) conductas compensatorias (6 reactivos), IV) preocupación por el peso y la comida (5 reactivos) y V) dieta restringida (3 reactivos). Las preguntas se calificaron con cuatro opciones de respuesta: 1) Nunca, 2) Pocas veces, 3) Muchas veces y 4) Siempre.

La imagen corporal se midió por medio de dos dimensiones: a) percepción de la imagen corporal, la cual fue valorada mediante 3 preguntas específicas; b) satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Esta se midió con una escala formada por nueve figuras, las cuales iban de una figura muy delgada hasta una muy obesa. Esta escala se presentó de manera aleatoria dentro del instrumento, en dos ocasiones, en las que la primera correspondía a la figura actual y la segunda (con las imágenes ordenadas de diferente manera) a la figura ideal. Esta variable se valoró como la diferencia entre figura actual y figura ideal. Una diferencia igual a cero, se interpretó como satisfacción; las diferencias positivas (cuando el sujeto quiere ser delgado) y las negativas (cuando el sujeto quiere ser más robusto), se interpretaron como insatisfacción. A mayor diferencia, mayor insatisfacción (15, 16).

El IMC se obtuvo a partir del auto-reporte de peso y talla de los sujetos de estudio ($IMC = \frac{Kg}{m^2}$). Se ha visto que el IMC obtenido del auto-reporte de peso y talla es confiable, puesto que se ha utilizado en varios estudios, y ha demostrado que existe una alta correlación entre dicho auto-reporte de peso y talla y los datos reales (28, 33). La diferencia que existe entre uno y otro es de 1.14 Kg/m^2 , lo cual no interfiere significativamente para obtener el IMC (7, 22).

Se emplearon los puntos de corte recomendados por el Comité de Expertos (OMS): bajo peso, de 15 a 18.5; peso normal, de 18.51 a 24.99; sobrepeso, de 25 a 29.99; obesidad, de 30 a 39.99 y obesidad severa, mayor de 40 (39).

Procedimiento

En primera instancia se solicitó la autorización de los directivos de cada plantel, a quienes se les informó de manera clara y sencilla el objetivo de la investigación. Posteriormente, se visitaron los salones de clase y se les explicó a los alumnos el objetivo del estudio y la manera en que sus mamás deberían de llenar el cuestionario, el cual también incluía una breve carta en donde se explicaba nuevamente el objetivo y se recalca que se mantendrían en anonimato los datos proporcionados por ellas, y su participación voluntaria (consentimiento por escrito). Las instrucciones terminaban con la indicación de que se pasaría a cada salón al día siguiente con la finalidad de recuperar los cuestionarios.

Una vez recuperados los cuestionarios se llevó a cabo la captura y análisis de los datos con el programa estadístico SPSS para Windows.

Con la finalidad de reducir el número de datos, se procedió a hacer la conversión de cada uno de los factores en un índice, promediando las calificaciones de todos los reactivos que lo conformaban. Posteriormente se recategorizaron los índices con base en la manera inicial de calificación del instrumento.

RESULTADOS

Se debe hacer notar que de un total de 1306 cuestionarios enviados por medio de los estudiantes, se recuperaron 838 y que de esos, solamente se capturaron 659. Se tomó como criterio para su captura, el haber sido contestados en 90%. A los reactivos no respondidos se les adjudicó un valor de cero, mientras que los valores fueron imputados por subescalas.

La distribución porcentual según las categorías del IMC empleadas (31), fue 1.1%, bajo peso; 53.6%, peso normal; 32.3%, sobre peso; 12.4%, obesidad y 0.6%, obesidad severa.

En cuanto a la percepción de la propia imagen corporal, los porcentajes fueron los siguientes: 0.9%, muy delgadas; 15.3%, como delgadas; 44.4% como normales; 32.6% con sobre peso y 6.8% con obesidad.

La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal mostró que la mayor parte (78.8%) de las mujeres están insatisfechas con su imagen corporal; 70.1% quiere tener una figura más delgada y 8.7% quiere ser más robusta. Un 43% de las mujeres satisfechas registró un IMC de bajo peso, contra 4% de las obesas; 39% de las mujeres con sobre peso y 12% de las clasificadas con obesidad, se percibieron como normales, lo que coincide con lo documentado en la bibliografía, en donde se ha encontrado que los sujetos con IMC por arriba del normal tienden a subestimar su imagen corporal.

CUADRO 1. Distribución porcentual de la percepción de la imagen corporal y satisfacción/insatisfacción según las categorías del IMC

	Categorías del Índice de Masa Corporal				
	Bajo peso %	Peso normal %	Sobrepeso %	Obesidad %	Obesidad severa %
<i>Percepción de la imagen corporal</i>					
Muy delgada	33	1	-	-	-
Delgada	50	26	2	-	-
Normal	17	59	34	12	-
Sobrepeso	-	14	59	51	-
Obesa	-	-	5	37	100
Total	100	100	100	100	100
<i>Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal</i>					
Ser más robusta	43	14	2	1	-
Satisfacción	43	32	10	4	-
Ser más delgada	14	54	88	95	100
Total	100	100	100	100	100

Analizando simultáneamente algunos de los valores de ambas dimensiones, se aprecia que 17% de las mujeres de bajo peso se perciben normales y que de manera similar, 14% quieren ser más delgadas; con respecto a las mujeres de peso normal, 14% de ellas se percibe con sobrepeso, pero de manera relevante 54% quieren ser más delgadas. La distribución porcentual de las dos dimensiones se presenta en el cuadro 1.

Las conductas alimentarias de riesgo con mayores porcentajes fueron las compensatorias (17.3%), comer compulsivamente (12%); la dieta restrictiva tuvo los porcentajes más bajos (5.5%).

Al continuar con el análisis de los resultados, se encontró de manera general que a mayor IMC mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. Sin embargo, al ir desmenuzando cada una de las conductas los hallazgos fueron aún más interesantes.

Las mujeres clasificadas en las categorías de sobre peso y obesidad presentaron los mayores porcentajes en la conducta de comer compulsivamente. Al continuar la revisión, en las mujeres con obesidad severa se encontró que las “únicas” conductas que presentan en

un porcentaje importante (25%) son las vinculadas con la preocupación por el peso y la comida, aunque “pocas veces”. Si se contrasta este valor con el registrado por las mujeres de la categoría de bajo peso, resulta relevante ya que de estas últimas 100% “pocas veces” realizan dichas conductas.

Este mismo fenómeno ocurrió con las conductas compensatorias, pero en esta ocasión al comparar a las mujeres de bajo peso con las obesas. Las primeras manifestaron que 25% “pocas veces” incurría en estas conductas, mientras que las clasificadas como obesas incurrián en ellas “pocas veces” sólo en 18.6% de los casos. En cuanto a la dieta restringida, fue la menos realizada, sin embargo, al hacer una comparación entre las categorías de peso normal, sobrepeso y obesidad, esta conducta es realizada “pocas veces”, por los tres grupos, en porcentajes muy semejantes: 4.4%, 6.3% y 5% respectivamente (Cuadro 2).

Con la finalidad de identificar la relación entre el IMC, conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción y percepción de la imagen corporal se procedió a realizar una correlación de Pearson. Los datos mostraron

CUADRO 2. Distribución porcentual de las conductas alimentarias de riesgo según las categorías de IMC

	Bajo Peso %	Peso normal %	Sobrepeso %	Obesidad %	Obesidad severa %
<i>Comer compulsivamente</i>					
Nunca	100	96.6	78.9	69.7	100
Pocas veces	-	3.4	18.6	19.7	-
Muchas veces	-	-	2.5	10.6	-
Siempre	-	-	-	-	-
<i>Conductas compensatorias</i>					
Nunca	75.0	86.1	80.2	71.4	100
Pocas veces	25.0	1.8	7.7	18.6	-
Muchas veces	-	2.1	2.1	8.6	-
Siempre	-	-	-	1.4	-
<i>Dieta restringida</i>					
Nunca	100	95.3	92.7	93.8	100
Pocas veces	-	4.4	6.3	5.0	-
Muchas veces	-	0.3	1.0	-	-
Siempre	-	-	-	1.2	-
<i>Preocupación por el peso y la comida</i>					
Nunca	-	81.3	58.4	54.9	75.0
Pocas veces	100	18.3	38.1	39.5	25.0
Muchas veces	-	-	3.3	5.5	-
Siempre	-	-	0.3	-	-

CUADRO 3. Correlaciones entre IMC, conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción con la imagen corporal y percepción de la imagen corporal

	IMC	CC	COMP	DR	IIC
Comer compulsivamente(CC)	0.42**				
Conductas compensatorias(COMP)	0.11**	0.39**			
Dieta restringida(DR)	0.08*	0.46**	0.37**		
Insatisfacción con la imagen (IIC)	0.53**	0.38**	0.17**	0.01**	
Percepción de la imagen corporal (PIC)	0.76**	0.52**	0.26**	0.18**	0.74**

* Correlación significativa a nivel 0.05

** Correlación significativa a nivel 0.01

que las variables que mayor correlación significativa alcanzaron con el IMC fueron: comer compulsivamente ($r=0.42$, $p<0.01$), insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.53$, $p<0.01$) y la percepción de la imagen corporal ($r=0.76$, $p<0.01$). Asimismo, se pudo apreciar que también hubo correlaciones positivas significativas entre variables como comer compulsivamente y dieta restringida ($r=0.46$, $p<0.01$); comer compulsivamente y percepción de la imagen corporal ($r=0.52$, $p\leq.01$); y entre la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma ($r=0.74$, $p<0.01$). No hubo ninguna correlación significativa con la preocupación por el peso y la comida (Cuadro 3).

Finalmente y debido a que en diversos estudios realizados en adolescentes se ha confirmado que a mayor edad mayor insatisfacción con la imagen corporal (10) y mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo (35, 36), se decidió dividir la muestra en cuartiles para hacer un análisis comparativo por grupos de edad (Cuadro 4).

DISCUSIÓN

Una de las principales aportaciones de este trabajo constituye el haber obtenido la relación entre el IMC y diversas variables asociadas con los trastornos alimentarios, en mujeres adultas mexicanas, puesto que al no haber información antecedente al respecto, proporcionan, como indicadores, un apoyo que permite fundamentar la necesidad e importancia de seguir investigando este tipo de población, así como de ser candidato a programas de prevención y de promoción de la salud.

Cuadro 4. Porcentajes* de las conductas alimentarias de riesgo, percepción de la imagen corporal e insatisfacción con la imagen.Comparación entre los grupos de edad (cuartiles)

	<36 años	36-39 años	40-42 años	>42 años	Ji cuadrada	Nivel sign.
Comer compulsivamente	11.6%	13.2%	14.3%	7.7%	4.76	0.57
Conductas compensatorias	13.6%	20.6%	18.6%	15.6%	11.5	0.24
Dieta restrictiva	5.3%	5.7%	5.8%	5.0%	4.28	0.9
Preocupación por el peso y la comida	39.2%	39.8%	45.1%	45.7%	3.5	0.75
Percepción de la imagen corporal	45.0%	32.8%	37.6%	42.8%	10.13	0.6
Insatisfacción con la imagen corporal	48.2%	43.3%	38.9%	45.0%	12.3	0.19

* Los porcentajes indicados corresponden a la sumatoria de las categorías de pocas y muchas veces.

Como primer hallazgo importante arrojado por el presente estudio, está el de haber confirmado la presencia de conductas alimentarias de riesgo, características de los trastornos alimentarios, en población de mujeres adultas. Si bien los datos no proporcionan el diagnóstico de un trastorno alimentario, sí denotan la presencia de algunos síntomas de éstos, mostrando que es común encontrarlos en población general. Además, aunque los síntomas de forma aislada no son un indicador seguro del desarrollo de la enfermedad, de alguna manera señalan a los grupos de individuos con mayor riesgo de adquirirla y de ver amenazada su salud física y mental. Si bien en esta muestra no se detectaron los trastornos alimentarios como tales sino solamente las conductas de riesgo, uno de los peligros que representa este grupo de mujeres obedece al hecho de que todas son madres, puesto que en diversas investigaciones se ha confirmado la relación entre ciertas características alimentarias maternas y el momento en que aparecen los trastornos de la conducta alimentaria en sus hijos (1, 30).

Los resultados obtenidos permiten observar que el IMC tiende más al sobrepeso (32.3%) y la obesidad (13%), lo que coincide con la Encuesta Nacional de Nutrición donde se menciona que 52.5% de las mujeres fueron clasificadas con sobrepeso u obesidad; 30.8% con sobrepeso y 21.7% con obesidad (9). Estos valores son preocupantes no sólo por el hecho de favorecer la aparición de enfermedades crónico degenerativas, sino por la asociación que existe entre el sobrepeso y la obesidad con las conductas alimentarias de riesgo (29), circunstancia que fue posible confirmar en este estudio, ya que a mayor IMC mayor realización de conductas compensatorias y de comer compulsivamente.

De igual modo se encontró una correlación positiva entre comer compulsivamente y conductas compensatorias, así como entre la práctica de conductas compulsivas y el seguimiento de dieta restrictiva. Esta circunstancia debe ser considerada ya que pareciera que estas mujeres no son conscientes de que la manera en que comen las mantiene en un círculo vicioso íntimamente relacionado con los trastornos alimentarios y que tarde o temprano, repercutirá no sólo en su IMC sino en su salud en general.

Otra de las razones que pueden fundamentar los altos porcentajes de sobrepeso y obesidad en las mujeres que formaron parte de la muestra estudiada, es que se encuentran en una etapa reproductiva, pues todas ellas son madres de familia y parte de su sobrepeso y obesidad puede deberse a los cambios de estilo de vida durante y después del embarazo, hallazgos que concuerdan con lo que se ha encontrado en otros estudios (11, 12).

La percepción de la imagen corporal actualmente ha tenido mucha importancia en la sociedad y más aún por la cultura de la delgadez (34), en la que se ha adoptado una imagen delgada como figura ideal con las mujeres como principales protagonistas. En esta muestra se aprecia con claridad este fenómeno, ya que la percepción de la propia imagen corporal está ligada con conductas de riesgo, entre las que sobresalen el comer compulsivamente y las conductas compensatorias. De igual manera el que un sujeto se perciba obeso también redonda significativamente en la insatisfacción con su imagen corporal, y se confirma ampliamente la preferencia por una figura más delgada que la que presenta.

La relación positiva entre IMC, percepción de la imagen corporal e insatisfacción con ésta, indican que a mayor IMC hay una percepción de obesidad y una mayor insatisfacción con la imagen corporal lo cual permite afirmar que las mujeres adultas también son influenciadas por el modelo estético corporal, actualmente hegemónico en la cultura occidental, que genera una sensación de insatisfacción con la propia figura.

El hecho de que haya una alta correlación entre el IMC y la percepción de la imagen corporal se puede traducir en que estas mujeres perciben su problema de sobrepeso o de obesidad de manera bastante real, y que esto mismo las ha llevado a tomar decisiones erróneas que las empujan a incurrir en conductas alimentarias de riesgo, mismas que aunque aparentemente no han permitido el desarrollo de un trastorno alimentario como tal, dejan entrever la posibilidad de que se trate de conductas crónicas que pueden precipitar enfermedades como osteoporosis o bien otras de tipo crónico degenerativo.

Al retomar los porcentajes de las mujeres que aun teniendo bajo peso (14.2%) o peso normal (54.2%) desean ser más delgadas porque están insatisfechas con su imagen corporal, pareciera que ellas tienden a llevar a cabo más conductas restrictivas, en contraposición con aquellas que se perciben con sobrepeso u obesidad, mismas que documentan más conductas compulsivas y compensatorias. Estos datos son interesantes, ya que en diversos trabajos se ha encontrado que la insatisfacción con la imagen corporal es un importante antecedente para la aparición de conductas alimentarias de riesgo (26).

A pesar de que se apreciaron diferencias entre los valores porcentuales de algunas de las variables al hacer comparaciones por grupos de edad, específicamente las de comer compulsivamente y las conductas compensatorias, fue interesante el hecho de que ninguna de estas diferencias fue significativa, lo que marcó una importante discrepancia con lo encontrado en otros informes en donde los resultados indican que a mayor edad, mayor realización de conductas alimentarias de riesgo y mayor insatisfacción con la imagen corporal (10, 35, 36). Lo anterior lleva a inferir que en las mujeres adultas las conductas alimentarias, la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con ésta no están asociadas con la edad.

Para finalizar, otro de los resultados importantes procedentes de este trabajo, fue el haber aportado información a partir de una escala mexicana multidimensional, válida y confiable (15, 27), diseñada específicamente para el estudio de conceptos complejos como lo son las conductas alimentarias de riesgo y la imagen corporal.

Entre las limitaciones de esta investigación están la de haber trabajado con una muestra no representativa de mujeres adultas de la Ciudad de México, lo cual no permite generalizar los resultados obtenidos; el haber utilizado básicamente datos provenientes de autorreporte y la elevada tasa de no respuesta, considerando el total de la muestra, ya que únicamente se recuperó 50% de los cuestionarios enviados.

REFERENCIAS

1. AGRAS SW, HAMMER L, MCNICHOLAS F: A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International J Eating Disorders*, 25:253-262, 1999.
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. Cuarta edición. Pergamont Press, Washington, 1994.
3. BARRY D, GRILLO C, MASHEB R: Gender differences in patients with binge eating disorder. *International J Eating Disorders*, 31(1):63-70, 2002.
4. BUNDELL JE: The Biology of Appetite. *Clinical Applied Nutrición*, 1:21-31, 1991.

5. CANOVAS B, RUPERTO M, MENDOZA E: Concordancia entre la autopercpción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa. *Nutrición Hospitalaria*, 16(4):116-120, 2001.
6. CASANUEVA E: Nutrición de la mujer adulta. En: Casanueva E, Kaufer M, Pérez AB, Arroyo P (eds.). *Nutriología Médica*. Ed. Panamericana, 122-147, México, 2001.
7. CASE T, LEMIEUX S, KENNEDY SH, LEWIS GF: Elevated plasma lipids in patients with binge eating disorders are found only in those who are anorexic. *International J Eating Disorders*, 25(2):187-93, 1999.
8. DIAZ BM, RODRIGUEZ MF, MARTIN LC, HIRUELA RM: Risk factors related with eating disorders in a community of adolescents. *Atención Primaria Salud*, 32(7):403-409, 2003.
9. Encuesta Nacional de Nutrición 2001. *Cuadernos de Nutrición*, 24(2):69-76, 2001.
10. ESTRADA D, ZUÑIGA T: Relación que existe entre significado psicológico de imagen corporal y autoperccepción de ésta en estudiantes adolescentes de escuelas privadas. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, México, 1997.
11. FOWLES ER: Comparing pregnant women's nutritional knowledge to their actual dietary intake. MCN. *Am J Maternal Child Nursing*, 27(3):171-7, 2002.
12. GAMBACCIANI M, CIAPONI M, CAPPAGLI B, BENUSSI C, DE SIMONE L, GENAZZANI AR: Climacteric modifications in body weight and fat tissue distribution. *Climacteric*, 2(1):37-44, 1999.
13. GARCIA-GARCIA E, VAQUEZ-VELAZQUEZ V, LOPEZ-ALVARENGA J, ARCILA-MARTINEZ D: Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública México*, 45(3):2003.
14. GLUCK ME, GELIEBTER A: Racial/ethnic differences in body image and eating behaviors. *Eating Behaviors*, 3(2):143-151, 2002.
15. GOMEZ PEREZ-MITRE G: Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo de trastornos alimentarios. IN-305599(PAPIT) UNAM, 34507-H (CONACyT), México, 2000.
16. GOMEZ PEREZ-MITRE G, SAUCEDO-MOLINA T, UNIKEL SANTOCINI C: Psicología social en el campo de la salud: imagen corporal en los trastornos de la alimentación. En: Callejas N, Gómez-Pérez-Mitré G (eds.). *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México*. Fondo de Cultura Económica, 267-306, México, 2001.
17. GOODMAN E: Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index. *Pediatrics*, 106:52-8, 2000.
18. HILL A: Pre-adolescent dieting implications for eating disorders. *International Review Psychiatry*, 5:87-100, 1993.
19. HUON GF: Health promotion and the prevention of dieting induced-disorders. *Eating Disorders*, 4(1):27-32, 1996.
20. LORA-CORTEZ C: Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en mujeres adultas de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Dietética y Nutrición. Escuela de Dietética y Nutrición ISSSTE, México, 2003.
21. MILOS G, WILLI J, HAUSELMANN H: Bilateral osteonecrosis of the talus and «standing obsession» in a patient with anorexia nervosa. *International J Eating Disorders*, 29(3):363-369, 2001.
22. NAWAZ H: Self-reported weight and height: implications for obesity research. *Am J Prev Med*, 20(4):294-298, 2001.
23. PFEFFER F, KAUFER-HORWITZ M: Nutrición del adulto. En: Casanueva E, Kaufer M, Pérez AB, Arroyo P (eds.). *Nutriología Médica*. Panamericana, 104-117, México, 2001.
24. PIKE K, DOHM F, STRIEGEL-MOORE R, WILFLEY D, FAIRBURN C: A comparison of black and white women with binge eating disorder. *Am J Psychiatry*, 158(9):1455-1460, 2001.
25. RESCH M, SZENDEI G: Gynecologic and obstetric complications in eating disorders. *Orvosi Hetilap*, 143(25):1529-32, 2002.
26. RIEDER S, RUDERMAN A: Cognitive factors associated with binge and purge eating behaviors: The interaction of body dissatisfaction and body image importance. *Cognitive Therapy Research*, 25(6):801-812, 2001.
27. SAUCEDO-MOLINA T: Modelos predictivos de la dieta restringida en púberes y en sus madres. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003.
28. STEWARD LA: The reliability and validity of self-reported weight and height. *J Chron Dis*, 35:295-309, 1982.
29. STEWART T, WILLIAMSON D, WHITE M: Rigid vs. flexible dieting: Association with eating disorder symptoms in nonobese women. *Appetite*, 38(1):39-44, 2002.
30. STICE E,AGRAS SW, HAMMER LD: Risk Factors for the Emergency of Childhood Eating Disturbance. A five-year prospective study. *International J Eating Disorders*, 25:375-387, 1999.
31. STICE E,AGRAS WS, TELCH C, HALMI K, MITCHELL J, WILSON T: Subtyping binge eating-disordered women along dieting and negative affect dimensions, *International J Eating Disorders*, 30(1):11-27, 2001.
32. STICE E, SHAW HE: Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *J Psychosomatic Research*, 53(5):985-93, 2002.
33. STUNKARD JA, ALBOIUM JM: The accuracy of self-reported weight. *Am J Clin Nutr*, 34:1593-1599, 1981.
34. TORO J: El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Ariel, Barcelona, 1996.
35. UNIKEL C: Desórdenes de la alimentación en estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1998.
36. UNIKEL C, MORA J, GOMEZ-PERESMITRE G: Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas inapropiadas del comer. *Rev Interam Psicol*, 33(1):11-29, 1999.
37. UNIKEL C, SAUCEDO 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*, 25:49-57, 2002.
38. UNIKEL C, VILLATORO J, MEDINA-MORA ME: Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos de la población infantil del Distrito Federal. *Revista Investigación Clínica*, 52(2):140-147, 2000.
39. WHO: Expert Committee: *Physical Status: The use and Interpretation of Anthropometry*. World Health Organisation. Technical Report Series, 854, Ginebra, 1995.