

Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

<http://journals.iztacala.unam.mx/>

ARTÍCULO ORIGINAL

Body dissatisfaction and abnormal eating behaviors in a community sample of Chilean adults

Insatisfacción corporal y comportamientos alimentarios anómalos en una muestra comunitaria de adultos chilenos

Camila Oda-Montecinos^a, Carmina Saldaña^{b,c}, Christian Beyle^d, Ana Andrés^e, Rodrigo Moya-Vergara^d, Oscar Véliz-García^d

^a Instituto de Ciencias Sociales, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile

^b Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Instituto de Investigación del Cerebro, Cognición y Conducta, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^d Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile

^e Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte, Universidad Ramón Llull, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 16 de marzo de 2017

Revisado: 24 de abril de 2017

Aceptado: 30 de Diciembre de 2017.

Autora para correspondencia: camila.oda@uoh.cl (C. Oda-Montecinos)

Financiación: Parcialmente por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) de Chile.

Agradecimientos: Ninguno

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Abstract

The aims of this research were to estimate the percentage of body weight dissatisfaction in males and females Chilean adults, assessing its relationship with different sociodemographic, behavioral and psychological variables, and analyzing whether the presence of body weight dissatisfaction acts as a risk factor for some disordered eating behaviors. The 654 participants (436 women, 218 men; age range 18–64 years, mean body mass index [BMI] 25.49 kg/m²) were evaluated with a battery of self-administered questionnaires. The percentage of body weight dissatisfaction in the whole sample was 45.9% and significantly higher in women than men. Significant differences were observed in the clinical scales that evaluated disordered eating in function of the BMI of the participants; in those scales females also showed higher scores than males. Comparing participants with and without body weight dissatisfaction, the first one showed more unhealthy eating behaviors. The results of this study show how body weight dissatisfaction can interact and influence healthy habits, such as a daily eating behaviors and physical exercise.

Keywords: Body weight dissatisfaction; Eating behavior; Weight control; Body weight; Adults.

Resumen

En Latinoamérica se han realizado estudios dirigidos a evaluar la insatisfacción corporal y los comportamientos alimentarios anómalos (CAA), sin embargo se han enfocado principalmente en adolescentes o estudiantes univer-

sitarios. El objetivo de esta investigación fue evaluar el porcentaje de insatisfacción con el peso corporal (INCP) en una muestra de hombres y mujeres adultos chilenos, analizando la relación de este factor con distintas variables sociodemográficas, psicológicas y conductuales, entre las que figuraron los CAA. Participaron 654 adultos de 18-64 años de edad (436 mujeres, 218 hombres ; con rango de edad de 18-64 años, índice de masa corporal promedio de 25.49 kg/m²), quienes fueron evaluados con base a una batería de cuestionarios de autoreporte. La INCP estuvo presente en 45.9% de la muestra, resultando significativamente mayor en las mujeres que en los varones. Fueron identificadas diferencias significativas en las escalas que evaluaron CAA, en función del índice de masa corporal y el sexo de los participantes, registrando puntuaciones significativamente mayores las mujeres y los participantes con obesidad. Al comparar entre participantes con vs. sin INCP, los primeros mostraron más CAA y menor actividad física. Los resultados de este estudio muestran que la INCP puede interactuar e influir sobre los hábitos alimentarios y la práctica de ejercicio físico.

Palabras clave: Insatisfacción con el peso; Conducta alimentaria; Control del peso; Peso corporal; Adultos.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente la imagen corporal (IC) es definida como la representación mental que cada persona construye de su propio cuerpo. Esta construcción es multidimensional, al incorporar aspectos perceptuales, cognitivos, afectivos y conductuales. La IC varía a lo largo del ciclo vital, en función de las experiencias personales y las influencias sociales (Benedito, 2012) y, a su vez, tiene un impacto significativo en distintos ámbitos personales, como el estado de ánimo y la autoestima (Furnham, Badmin y Sneade, 2002; Mellor, Fuller-Tyszkiewicz, McCabe y Ricciardelli, 2003; Paxton, Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2006; Sarabia, 2012). Muchas personas experimentan una discrepancia entre cómo se perciben y cómo les gustaría ser. Fenómeno especialmente común entre mujeres y que usualmente es independiente del peso o de la silueta. Esta discrepancia suele provocar que la persona experimente sentimientos negativos hacia su propio cuerpo (Frederick, Peplau y Lever, 2006; Grogan, 2008), configurándose así lo que se entiende por insatisfacción corporal (INC).

En personas con sobrepeso u obesidad, moderados niveles de preocupación por el peso, y los potenciales problemas de salud vinculados a éste, pueden desencadenar el “manejo del peso” por parte de la persona (Benedito, 2012). Además, las consecuencias de los estereotipos negativos vinculados al exceso de peso pueden ser perjudiciales (Musher-Eizenman, Holub, Miller, Goldstein y Edwards-Leeper, 2004; Pearl, White y Grilo, 2014; Puhl y Brownell, 2003). Ejemplo de ello es

la discriminación a la que se ven enfrentadas las personas con exceso de peso en distintos contextos, como el educativo, el laboral y el sanitario (Alberga, Russell-Mayhew, von Ranson y McLaren, 2016; Puhl y Brownell, 2003). Existe evidencia de que las personas delgadas automáticamente atribuyen características negativas a las personas con exceso de peso, tales como ser perezosos o tener una motivación menor (Crandall y Horstman, 2005); en tanto que Schwartz, Vartanian, Nosek y Brownell (2006) mostraron que incluso las personas con sobrepeso tendían a preferir a las personas delgadas que a aquellas otras con sobrepeso u obesidad.

Diversas investigaciones han demostrado la influencia negativa de la INC en distintas enfermedades crónicas (Fallon, Harris y Johnson, 2014; Ridolfi y Crowther, 2013), una vez que se asocia con menor probabilidad de dejar de fumar (King, Matacin, White y Marcus, 2005), de realizarse el autoexamen de mamas o de acudir a consulta ginecológica (Ridolfi y Crowther, 2013), lo que puede retrasar el diagnóstico temprano de cáncer. En términos de salud mental, además de los bien conocidos trastornos de la conducta alimentaria (TCA), distintos estudios han documentado asociación entre la INC y diversas problemáticas, como son: ansiedad social, extrema vergüenza por el propio cuerpo, intimidad sexual reducida y depresión (Cash, Theriault y Annis, 2004; Jackson et al., 2014; Tiggemann y Lynch, 2001). Así, en presencia de INC, independientemente de la edad, existe disminución de la autoconfianza, la autoestima y la calidad de vida (Fredrickson y Roberts, 1997; Grogan, 2008).

En adultos, distintos factores han sido asociados a la INC, como son: el sexo, la edad, el índice de masa corporal (IMC), el nivel educativo (NE) y el seguimiento de dietas. Diversos estudios indican que aunque la INC está presente en ambos sexos, es especialmente prevalente en las mujeres, en quienes el deseo persistente de tener un cuerpo más delgado (Algars et al., 2009; Neighbors y Sobal, 2007; Tiggemann, Hargreaves, Polivy y McFarlane, 2004) o la pérdida intencional de peso (Homan, 2010; Keski-Rahkonen et al., 2005) son más frecuentes. En hombres, la INC suele relacionarse con el deseo de tener un cuerpo más musculado, lo que no necesariamente corresponde con el peso corporal (Anderson et al., 1995; Cho y Lee, 2013; Griffiths, Murray y Touyz, 2015; McCabe y Ricciardelli, 2003).

Con respecto a la edad, se han encontrado resultados divergentes. Lamb, Jackson, Cassiday y Priest (1993) encontraron diferencias significativas al comparar el peso corporal ideal entre mujeres jóvenes y mayores, ya que las primeras tendían a elegir siluetas más delgadas. Sin embargo, otras investigaciones han mostrado que la INC tiende a permanecer relativamente estable a lo largo del ciclo vital (Demarest y Allen, 2000; Holsen, Jones y Birkeland, 2012; Tiggemann, 2004; Tiggemann y Lynch, 2001). Investigaciones realizadas con mujeres de mediana edad han detectado que existe una prevalencia alta de INC en este grupo etario (Grippio y Hill, 2008; McLean, Paxton y Wertheim, 2010; Midlarsky y Nitzburg, 2008; Slevec y Tiggemann, 2011; Tiggemann y Lynch, 2001; Webster y Tiggemann, 2003). En hombres existe evidencia de que la percepción de la IC varía a lo largo del ciclo vital (Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2010; McCabe y Ricciardelli, 2004) y, en términos generales, los jóvenes muestran mayor INC que los hombres mayores (Esnaola et al., 2010; Madrigal et al., 2000).

En lo que refiere al IMC, diversos estudios indican que está directamente relacionado con la insatisfacción por la silueta (Algars et al., 2009; Paxton et al., 2006; Van den Berg et al., 2007) o por el peso corporal (Forrester-Knauss y Stutz, 2012; Matthiassdottir, Jonsson y Kristjansson, 2012; Neighbors y Sobal, 2007). Acerca de la asociación de la INC con el NE, McLaren y Kuh

(2004) identificaron en mujeres una relación positiva entre estas variables. Mientras que en varones con exceso de peso, Cheung et al. (2011) la encontraron entre NE y deseo de perder peso corporal.

Actualmente resulta claro que la INC ejerce una influencia significativa sobre el comportamiento alimentario, considerándosele un factor de riesgo de distintos problemas relacionados con la alimentación, en los que los comportamientos alimentarios anómalos (CAA) ocupan un lugar central (Vinkers, Evers, Adriaanse y de Ridder, 2012). Los CAA son aquellas actitudes y conductas alimentarias desadaptativas (Slevec y Tiggemann, 2011), clásicamente asociadas a los TCA, pero que también pueden presentarse en población no clínica, ya que estos CAA van desde el seguimiento de dietas o la adopción de métodos extremos de control del peso corporal (CPC), hasta cuadros clínicos diagnosticables como TCA (Ricciardelli y McCabe, 2004). Un amplio rango de actitudes se asocian a este tipo de conductas, incluyendo el deseo de estar más delgado/a y la preocupación por el peso y la silueta, los cuales conducen a la insatisfacción con el peso corporal ([INPC], Slevec y Tiggemann, 2011), producto de la discrepancia entre el peso que se posee y el considerado como ideal, muchas veces independientemente de la categoría de IMC en que la persona se ubique.

En oposición a los CAA, existen medidas más saludables y flexibles para el CPC, tales como la alimentación saludable y la práctica regular de ejercicio físico, las que conllevan una serie de beneficios fisiológicos, físicos y mentales (Eime, Young, Harvey, Charity y Payne, 2013; Neuffer et al., 2015; Prichard y Tiggemann, 2005). No obstante, este tipo de medidas saludables suelen ser menos seleccionadas.

La globalización ha producido que actualmente los ideales estéticos occidentales prevalezcan en distintas sociedades, de las que Latinoamérica, y en particular Chile, no son la excepción (Caqueo-Urizar et al., 2011). Si bien en Latinoamérica se han realizado estudios dirigidos a evaluar INC y CAA, con relación a la edad de los participantes, se han enfocado principalmente en adolescentes o estudiantes universitarios (e.g., Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla, 2008; Deossa, Res-

trepo y Velásquez, 2015; Hernández-Cortés y Londoño, 2013; Paredes, Nessier y Gonzalez, 2011; Saucedo-Molina, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010; Saucedo-Molina y Unikel, 2010). Desafortunadamente, en Chile la investigación sobre el tópico continúa siendo limitada, y los escasos estudios existentes han tendido a enfocarse en adolescentes (Caqueo-Úrizar et al., 2011; McArthur, Holbert y Peña, 2005; Mellor, McCabe, Ricciardelli y Merino, 2008) y mujeres jóvenes (Swami et al., 2010). No obstante, diversos autores han resaltado la necesidad de comprender los CAA y la INPC en adultos (De Young, Lavender y Anderson, 2010; Forrester-Knauss y Stutz, 2012; Tiggemann, 2004).

Con base a lo antes expuesto, los objetivos de la presente investigación fueron: 1. Estimar la presencia de INPC en una muestra comunitaria de adultos chilenos; 2. evaluar la relación de la INPC y la INC con distintas variables sociodemográficas (e.g., sexo, edad, NE), conductuales (e.g., comportamientos alimentarios, actividad física) y psicológicas (e.g., obsesión por la delgadez, ingesta emocional); y 3. analizar si la INPC actúa como factor de riesgo de distintos CAA.

MÉTODO

Participantes

Con base a un muestreo por conveniencia, realizado en dos ciudades de la zona central de Chile (Rancagua y Santiago), se definió la participación de 654 adultos (436 mujeres y 218 hombres), que fueron captados a partir de dos fuentes: a) trabajadores de distinta índole provenientes de diferentes hospitales de dichas ciudades, y b) población general. Los criterios de inclusión fueron que los participantes tuvieran entre 18 y 65 años de edad, y fueran capaces de leer y escribir de modo autónomo. La edad promedio de los participantes fue 35.94 años ($DE = 12.42$); 36.40 años ($DE = 12.41$) para las mujeres y 35.03 años ($DE = 12.43$) para los hombres. Con relación al NE, la mayoría de los participantes tenían la educación escolar completa (47.7%), estudios universitarios incompletos (19.7%) o estudios de formación técnica profesional completos (16.2%). Las principales ocupaciones fueron: empleados técni-

cos o profesionales (47.2%), estudiantes (19.8%) y profesionales de la salud (17.4%).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico, diseñado *ex profeso* para este estudio, el cual además de recabar información sociodemográfica básica, incluyó dos preguntas tipo Likert sobre INPC: una acerca del grado de satisfacción con el peso corporal, con siete categorías de respuesta que fluctuaban desde “*muy satisfecho/a*” a “*muy insatisfecho/a*”; y otra acerca del deseo de perder, mantener o ganar peso corporal, con siete categorías de respuesta que variaron desde “*deseo adelgazar mucho*” a “*deseo engordar mucho*”. En este cuestionario además se les solicitó a los participantes indicar su peso y su talla corporal, a partir de lo cual fue calculado el IMC. La categoría de clasificación de éste se basó en los criterios de la Organización Mundial de la Salud (1998).

Entrevista estructurada E-TONA (Saldaña, 2010), desarrollada para la evaluación de padres de niños obesos. Para esta investigación fue adaptada a un formato de cuestionario de autoreporte enfocado a evaluar los componentes conductuales de los hábitos alimentarios, la presencia de CAA concretos (e.g., comer para calmar la ansiedad, esconder comida, enfadarse cuando la comida era racionada), así como la práctica o no de actividad física. Las respuestas a los ítems fue bajo un formato dicotómico o de elección múltiple.

Subescala Dieta del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40, por sus siglas en inglés; Garner y Garfinkel, 1979); no obstante, para este estudio fue retomada la versión adaptada para España por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Esta subescala fue utilizada para evaluar la presencia de patrones de alimentación restrictivos que pueden considerarse un CAA. Este instrumento ha mostrado poseer propiedades psicométricas adecuadas en muestras españolas (Castro et al., 1991) y, en la muestra estudiada, la consistencia interna de la subescala fue $\alpha = 0.83$.

Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2, por sus siglas en inglés; Garner, 1991). Específicamente fue utilizada la versión adaptada para Chile por Urzúa, Castro,

Lillo y Leal (2009), retomando tres de las subescalas de este instrumento: Obsesión por la delgadez (OD), para evaluar la preocupación excesiva por el peso y la dieta; Insatisfacción corporal (INC), para evaluar el descontento con la forma y el tamaño de distintas partes corporales; y, a fin de evaluar otro CAA, fue incluida la subescala Bulimia (BU), para indagar la presencia de episodios de atracón. En el presente estudio, la consistencia interna de estas subescalas fue 0.85, 0.82 y 0.65, respectivamente; valores comparables con los reportados por Urzúa et al. (2009).

Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria (DEBQ, por sus siglas en inglés; Van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 1986), retomando dos de las subescalas de la versión traducida al español por Bach (2002) y adaptada para Chile por Andrés, Oda-Montecinos y Saldaña (2017). La subescala Ingesta emocional (IE) fue utilizada para evaluar la presencia de conductas alimentarias que pueden estar influenciadas por estados emocionales; y la subescala Restricción alimentaria (RA) para evaluar la presencia de conductas relacionadas con el CPC. En este estudio, la consistencia interna de ambas subescalas fue 0.95 y 0.90, respectivamente.

Procedimiento

En primer lugar, fue realizado un estudio piloto, después la propuesta de esta investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética del Hospital Regional de Rancagua. Posteriormente a los participantes les fue entregada en mano la batería de cuestionarios. Cabe señalar que este instrumento contenía, en primera instancia, un formato de consentimiento informado, el que –antes de proceder a contestar la batería– los participantes debían firmar. Se distribuyeron 900 cuestionarios, de los cuales 654 (72.67%) fueron completados correctamente e incluidos en el análisis.

Análisis estadísticos

Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS v.20, considerando para todos los análisis una significación bilateral de $p < 0.05$. Para establecer el porcentaje de INPC presente en la muestra, y efectuar los análisis estadísticos necesarios, esta varia-

ble fue dicotomizada en función de la presencia o ausencia de INPC. Fueron aplicadas las pruebas Chi-cuadrada (χ^2) y t de Student, a fin de evaluar si existían diferencias en las variables sociodemográficas, en función del sexo y la presencia/ausencia de INPC. Mientras que la asociación entre la INC y dicho tipo de variables fue examinada por medio de correlaciones de Pearson (r) o de Spearman (r^s). Para evaluar si existía relación entre la INC y las subescalas clínicas que evaluaban CAA fueron calculados coeficientes r . Posteriormente fueron realizados análisis de varianza (ANOVA), complementados con la prueba de Tukey, para identificar las posibles diferencias en las puntuaciones de las escalas clínicas en función de la categoría de IMC de los participantes, así como del cruce de las variables presencia/ausencia de INPC y sexo (cuatro grupos). Finalmente, fueron realizados análisis de regresión logística para evaluar si la presencia de INPC constituía un factor de riesgo para presentar distintos CAA, o si la condición de ser mujer u hombre con INPC representaba un mayor riesgo para presentar dichos comportamientos.

RESULTADOS

El IMC promedio de la muestra fue 25.49 ($DE = 4.17$), en tanto que 49% presentó exceso de peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$). En el caso de las mujeres, el rango del IMC fue 15.94-50.60 ($M = 24.97$, $DE = 4.35$), fluctuando desde infrapeso hasta obesidad mórbida; en los hombres fue 19.14-38.76 ($M = 26.52$, $DE = 3.58$), de modo que estos presentaron un IMC promedio significativamente mayor que las mujeres ($t = -4.87$, $p < .0001$), ver tabla 1. Cabe mencionar que la media de IMC de la muestra estudiada fue levemente inferior a la informada en la última Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2011), en la que se detectó un IMC promedio –a nivel nacional– de 27.4, 27.9 en el caso de las mujeres y 26.9 en los hombres. No obstante, la presencia de INPC fue mayor en las mujeres que en los hombres ($OR: 1.61$; $IC\ 95\%: 1.16-2.25$; $p = .05$); además, en comparación con estos, fue mayor la proporción de mujeres que deseaban perder peso: $\chi^2(2, 617) = 12.46$, $p = 0.002$. Por otra parte, el deseo de perder peso fue más común en

Tabla 1. Variables descriptivas de la muestra en función del sexo y de la presencia/ausencia de insatisfacción con el peso corporal.

Variables	Sexo		<i>p</i>		INPC		<i>P</i>	Total
	Mujeres	Hombres			Si	No		
	(<i>n</i> = 436)	(<i>n</i> = 218)			(<i>n</i> = 300)	(<i>n</i> = 354)		(<i>n</i> = 654)
Edad ¹	36.40 (12.41)	35.03 (12.43)	NS		36.35 (12.45)	35.6 (12.39)	NS	35.94 (12.42)
IMC ¹	24.97 (4.35)	26.52 (3.58)	**		27.36 (4.36)	23.90 (3.25)	**	25.49 (4.17)
Categorías de IMC ²			**				**	
Infrapeso	8 (1.8)	-			1 (0.3)	7 (2.0)		8 (1.2)
Normopeso	249 (57.1)	76 (34.4)			95 (31.7)	230 (65.0)		325 (49.7)
Sobrepeso	126 (28.9)	111 (50.9)			136 (45.3)	101 (28.5)		237 (36.2)
Obesidad	53 (12.2)	31 (14.2)			68 (22.7)	16 (4.5)		84 (12.8)
INPC ²	217 (49.8)	83 (38.1)	*		-	-		300 (45.9)
Desea perder, mantener o ganar peso ²			*				**	
Desea perder peso	331 (80.5)	140 (68.0)			281 (97.2)	190 (57.9)		471 (76.3)
Desea mantener su peso	66 (16.1)	57 (27.7)			3 (1.0)	120 (36.3)		123 (19.9)
Desea ganar peso	14 (3.4)	9 (4.4)			5 (1.7)	18 (5.5)		23 (3.7)
Actividad física (días/semana) ¹	1.39 (2.18)	2.88 (2.58)	**		1.45 (2.08)	2.25 (2.62)	**	1.89 (2.42)

Notas. IMC = Índice de masa corporal, INPC = Insatisfacción con el peso corporal, NS = No significativo, ¹ Celdas representan media y desviación estándar, ² Celdas representan frecuencias absolutas y porcentajes. * $p \leq 0.01$, ** $p \leq 0.0001$

aquellos participantes con INPC vs. sin INPC: $\chi^2 (2,617) = 191.38, p < .0001$. Además, en ambos grupos fue mayor la proporción de participantes que manifestaron desear perder peso vs. aquellos otros que deseaban aumentarlo o mantenerlo (ver Tabla 1). Por otra parte, el IMC de los participantes con INPC fue mayor que en aquellos sin INPC ($t = 1.33, p < .0001$); a los primeros, la media del IMC los clasificó en la categoría de sobrepeso y, a los segundos, en la de normopeso. Así, 36.6% de los participantes sin INPC deseaban mantener su IMC vs. 1% de aquellos con INPC: $\chi^2 (1, 617) = 134.29, p < .0001$. Finalmente, con lo que respecta a la práctica de actividad física semanal, en función del sexo, ésta fue mayor en los hombres que en las mujeres ($t = -7.22, p < .0001$); y, en función de la presencia/ausencia de INPC, la actividad física fue menor en aquellos con INPC vs. sin INPC ($t = -4.32, p < .0001$).

En la tabla 2 se presentan las correlaciones de la INC con las variables sociodemográficas y las subescalas clínicas que evaluaron CAA. En hombres y mujeres, INC correlacionó significativamente con IMC y, en las mujeres, con NE. Con lo que respecta a los CAA, en ambos sexos, todos se asociaron significativamente con

INC, a excepción de ésta con Ra en los hombres.

Al comparar las puntuaciones en las escalas clínicas en función del sexo, las mujeres mostraron puntuaciones significativamente mayores que los hombres en todas las subescalas, a excepción de BU (Tabla 3). En tanto que, al comparar en función de la presencia/ausencia de INPC, las puntuaciones de todas las subescalas clínicas fueron significativamente mayores en el grupo con INPC vs. sin INPC.

Para evaluar si existían diferencias significativas en las escalas clínicas en función de la categoría de IMC (normopeso, sobrepeso u obesidad) en la muestra total, fueron empleadas pruebas ANOVA. Los participantes con obesidad presentaron mayores puntuaciones, en comparación con aquellos normopeso o con sobrepeso, en las cinco escalas clínicas evaluadas: Dieta [$F(2,632) = 18.15, p < 0.0001$], OD [$F(2,633) = 16.44, p < 0.0001$]; INC [$F(2, 633) = 52.07, p < .0001$]; BU [$F(2,633) = 10.03, p < 0.0001$], e IE [$F(2, 629) = 5.80, p = 0.003$]. Además, los participantes con sobrepeso tuvieron mayor puntuación promedio en la escala RA vs. los normopeso ($F = 5.17, p = .006$).

Tabla 2. Asociación de la insatisfacción corporal con las variables sociodemográficas y clínicas.

Variables correlacionadas	Mujeres (<i>n</i> = 436)	Hombres (<i>n</i> = 218)	Muestra total (<i>n</i> = 654)
INC-Índice de masa corporal (<i>r</i>)	0.47**	0.36**	0.40**
INC-Escolaridad (<i>r</i> ^a)	-0.19**	-0.10	-0.17**
INC-Edad (<i>r</i>)	0.04	0.03	0.04
INC-Bulimia del EDI (<i>r</i>)	0.35**	0.32**	0.35**
INC-Obsesión por delgadez del EDI (<i>r</i>)	0.55**	0.33**	0.52**
INC-Dieta del EAT (<i>r</i>)	0.45**	0.36**	0.45**
INC-R restricción alimentaria del DEBQ (<i>r</i>)	0.24**	0.13	0.23**
INC- Ingesta emocional del DEBQ (<i>r</i>)	0.31**	0.18*	0.29**

Notas. EAT = Test de Actitudes Alimentarias, DEBQ = Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria, EDI = Inventario de Trastornos Alimentarios, INC = Insatisfacción corporal. * $p \leq 0.01$, ** $p \leq 0.0001$

Dado que, como ya se mencionó, las mujeres mostraron puntuaciones significativamente superiores en las escalas clínicas que los hombres, se decidió profundizar en el análisis de dicho grupo, identificando las posibles diferencias en función de la categoría de IMC de las participantes. En todas las subescalas clínicas fueron observadas diferencias significativas, excepto RA. Las mujeres normopeso, en comparación con aquellas con sobrepeso u obesidad, obtuvieron menores puntuaciones en Dieta [$F(2,420) = 19.28, p < 0.0001$] y OD [$F(2,420) = 18.55, p < 0.0001$]. Por el contrario, las mu-

jes con obesidad presentaron mayores puntuaciones que los otros dos grupos en INC [$F(2,420) = 54.70, p < 0.0001$] y BU [$F(2, 420) = 8.33, p < .0001$]. Por su parte, las participantes normopeso mostraron menor INC que las mujeres con sobrepeso [$F(2,420) = 54.70, p < 0.0001$], así como menor IE que aquellas con obesidad [$F(2,417) = 4.09, p = .017$].

En la tabla 4 se presenta la interacción entre sexo e INPC respecto a las escalas clínicas, es decir, comparando entre cuatro grupos: mujeres con INPC, mujeres sin INPC, hombres con INPC y hombres sin INPC. En general, se encontró que las mujeres con INPC obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las seis escalas clínicas, particularmente en Dieta, OD e INC; una vez que en BU, RA e IE hombres y mujeres con INPC no difirieron significativamente entre sí.

Con lo que respecta a los perfiles de las CAA de los participantes en función de si presentaban o no INPC, o bien, de ser hombre o mujer con INPC, destacó la alta presencia –a nivel de muestra total– de algunas conductas, como: “saltarse comidas” (60.1%), “picar entre comidas” (58.4%), “comer más rápido que los demás” (59.2%), “comer mientras se mira la TV” (62.9%) y “masticar pocas veces los alimentos” (50.5%). Por otra parte, el análisis de OR mostró diferencias entre las personas con INPC vs. sin INPC en cuanto a 15 de las 23 conductas registradas (Tabla 5); mientras que, en 13 de ellas, los participantes con INPC tuvieron significativamente más probabilidades de presentarlas. Por el contrario,

Tabla 3. Escalas clínicas en función del sexo y la presencia/ausencia de insatisfacción con el peso corporal.

	Sexo						Insatisfacción con el peso corporal				
Escalas clínicas	Mujeres (<i>n</i> = 436)		Hombres (<i>n</i> = 218)		<i>t</i>		Si (<i>n</i> = 300)		No (<i>n</i> = 354)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Dieta-EAT	8.09	7.59	4.84	5.31	6.25*		9.69	7.50	4.87	5.84	8.83*
Obsesión por la delgadez-EDI	5.40	5.69	2.62	3.91	7.19*		6.75	6.06	2.63	3.67	10.10*
Bulimia-EDI	0.98	2.26	0.76	1.62	1.29		1.38	2.72	0.52	1.17	4.98*
Insatisfacción corporal-EDI	6.98	6.30	5.02	4.59	4.46*		9.06	6.17	4.11	4.53	11.38*
Restricción alimentaria-DEBQ	26.97	9.32	23.58	9.17	4.30*		28.33	8.48	23.85	9.61	6.21*
Ingesta emocional-DEBQ	25.14	12.21	21.16	10.39	4.25*		26.54	13.15	21.41	9.74	5.44*

Notas. EAT = Test de Actitudes Alimentarias, DEBQ = Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria, EDI = Inventario de Trastornos Alimentarios. * $p \leq 0.0001$

Tabla 4. Escalas clínicas en función del sexo y la presencia/ausencia de insatisfacción con el peso corporal.

Escalas clínicas	Con INPC		Sin INPC		F
	Mujeres (n = 217)	Hombres (n = 83)	Mujeres (n = 219)	Hombres (n = 135)	
Dieta-EAT	10.58 (7.73) ^a	7.18 (6.23) ^b	5.61 (6.58) ^b	3.42 (4.08) ^c	37.48*
Obsesión por la delgadez-EDI	7.63 (6.15) ^a	4.35 (5.13) ^b	3.20 (4.16) ^b	1.56 (2.39) ^c	51.86*
Bulimia-EDI	1.49 (2.90) ^a	1.08 (2.10) ^{ab}	0.48 (1.15) ^b	0.56 (1.20) ^b	10.35*
Insatisfacción corporal-EDI	9.82 (6.40) ^a	6.94 (4.69) ^b	4.18 (4.79) ^c	3.84 (4.13) ^c	53.20*
Restricción alimentaria-DEBQ	28.99 (8.32) ^a	26.36 (8.53) ^{ab}	24.93 (9.71) ^b	21.78 (9.15) ^c	18.17*
Ingesta emocional-DEBQ	27.37 (13.23) ^a	24.40 (12.93) ^{ab}	22.72 (10.54) ^b	19.09 (7.81) ^c	15.01*

Notas. Celdas representan media y desviación estándar, Subíndices distintos denotan diferencias significativas de acuerdo con la prueba de Tukey. DEBQ = Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria, EDI = Inventario de Trastornos Alimentarios, EAT = Test de Actitudes Alimentarias, INPC = Insatisfacción con el peso corporal. * $p < 0.0001$.

dos de las conductas mostraron actuar como potenciales factores protectores, ya que fueron más frecuentes en aquellos participantes sin INPC, siendo: “seguir horarios regulares de alimentación” y “comer más lento que los demás”. Finalmente, en cuanto a la condición de ser hombre o mujer con INPC, fueron identificadas diferencias en seis de las 23 conductas, siendo los hombres quienes tuvieron mayor probabilidad de presentar cinco de ellas (e.g., “comer grandes cantidades de comida”, “repetir plato”), mientras que en las mujeres fue mayor la de “comer para calmar la ansiedad”.

DISCUSIÓN

Los tres objetivos del presente estudio fueron estimar la presencia de INPC en una muestra de adultos chilenos de ambos sexos; analizar la relación de la INPC y la IC con distintas variables sociodemográficas, conductuales y psicológicas; e investigar la relación entre la INPC y la presencia de CAA.

En este estudio, el porcentaje de participantes con INPC (45.9%) fue ligeramente superior al reportado en otras muestras de adultos, el que ha ido entre 29-43% (Forrester-Knauss y Stutz, 2012; Matthiassdottir et al., 2012). En lo que refiere a la INC, se observó que el porcentaje identificado aquí fue bastante inferior al referido en un estudio realizado con estudiantes universitarios mexicanos, en el que 78% de los participantes manifestó malestar con su IC (Saucedo-Molina et al., 2010). Pese a que los porcentajes de INC identificados

por dichas autoras fueron mayores a los reportados en este estudio, se observó un resultado opuesto respecto al deseo de adelgazar, ya que mientras en dicho estudio 59.1% de las mujeres y 45.4% de los hombres lo manifestaron, 80.5% de las mujeres y 68% de los hombres del presente estudio desearon perder peso. Cabe mencionar que el hecho de que existiesen más participantes que deseaban perder peso vs. los que presentaron INPC constituye una discrepancia preocupante, ya que podría indicar que la respuesta a la pregunta acerca de si deseaban perder, ganar o mantener su peso corporal pudo estar influida por la deseabilidad social.

En Chile, como en muchos otros países occidentales, la publicidad, los medios de comunicación y las conversaciones cotidianas frecuentemente se centran en cómo modificar la apariencia corporal. Fenómeno que puede estar incidiendo en el deseo masificado de perder peso corporal, ya que incluso personas con un IMC normopeso pueden desear cambiar su cuerpo a través de la adopción de CCP innecesarias, por lo que futuras investigaciones podrían clarificar las discrepancias evidenciadas a través de los resultados de este estudio, consistentes en el querer modificar el peso corporal pese a reportar estar satisfecho con el mismo.

En línea con lo planteado en investigaciones previas (Neighbors y Sobal, 2007; Saucedo-Molina et al., 2010), los resultados del presente estudio mostraron que el IMC está relacionado con la INPC; específicamente, el IMC promedio de los participantes con INPC se situó en la categoría de sobrepeso, mientras que el de los parti-

Tabla 5. Comportamientos alimentarios anómalos específicos en función de la presencia/ausencia de insatisfacción con el peso corporal y el sexo.

Comportamientos alimentarios anómalos	INPC		OR (IC 95%)	INPC		OR (IC 95%)
	Si	No		Hombres	Mujeres	
	(n = 300)	(n = 354)		(n = 83)	(n = 217)	
Seguir horarios regulares de comida	161(53.8)	240(67.8)	0.56(0.4-0.8)****	48(58.5)	113(52.1)	1.3(0.8-2.2)
Seguir algún tipo de dieta	53(17.7)	41(11.6)	1.63(1.0-2.5)*	11(13.3)	42(19.4)	0.63(0.3-1.3)
Saltarse comidas	201(67.0)	197(55.6)	1.62(1.2-2.2)**	58(69.9)	143(65.9)	1.2(0.7-2.1)
Picar entre comidas	196(65.6)	188(53.1)	1.68(1.2-2.3)***	54(65.1)	142(65.7)	0.97(0.6-1.6)
Comer rápido en comparación con otros	191(63.7)	198(55.9)	1.38(1.0-1.9)*	57(68.7)	134(61.8)	1.35(0.8-2.3)
Comer lento en comparación con otros	56(18.8)	90(25.7)	0.67(0.5-1.0)*	16(19.3)	40(18.6)	1.05(0.5-2.0)
Elegir snacks hipercalóricos	56(18.8)	63(17.9)	1.06(0.7-1.6)	15(18.1)	41(19.1)	0.94(0.5-1.8)
Elegir bebidas azucaradas	87(29.2)	128(36.3)	0.73(0.5-1.0)	29(34.9)	58(27.0)	1.45(0.8-2.5)
Comer con frecuencia comida rápida	46(15.4)	61(17.2)	0.87(0.6-1.3)	17(20.5)	29(13.4)	1.66(0.9-3.2)
Comer grandes cantidades de comida	95(31.7)	73(20.7)	1.77(1.2-2.5)**	38(45.8)	57(27.3)	2.37(1.4-4.0)***
Comer viendo la TV	202(67.3)	211(59.3)	1.4(1.0-1.9)*	58(69.9)	144(66.4)	1.18(0.7-2.0)
Repetir plato	50(16.8)	59(16.7)	1.01(0.7-1.5)	26(31.7)	24(11.1)	3.71(2.0-7.0)****
Comer todo lo que hay en el plato	90(30.0)	114(32.6)	0.89(0.6-1.2)	38(45.8)	52(24.0)	2.68(1.6-4.6)****
"Limpiar" los platos	81(27.2)	61(17.2)	1.79(1.2-2.6)**	34(41.5)	47(21.8)	2.55(1.5-4.4)***
Masticar pocas veces los alimentos	183(61.0)	149(42.2)	2.14(1.6-2.9)****	54(65.1)	129(59.4)	1.27(0.7-2.1)
Llenarse la boca al comer	46(15.3)	29(8.2)	2.03(1.2-3.3)**	18(21.7)	28(12.9)	1.87(1.0-3.6)
Comer hasta sentirse totalmente lleno	129(43.3)	119(33.6)	1.51(1.1-2.1)**	39(47)	90(41.9)	1.23(0.7-2.0)
Episodios de atracón	63(21.0)	47(13.4)	1.72(1.1-2.6)**	23(27.7)	40(18.4)	1.7(0.9-3.1)
Comer para calmar la ansiedad	141(47.0)	89(25.2)	2.63(1.9-3.7)****	31(37.3)	110(50.7)	0.58(0.3-1.0)*
Esconder comida	8(2.7)	4(1.1)	2.39(0.7-8.0)	2(2.4)	6(2.8)	0.87(0.2-4.4)
Enfadarse cuando le racionan la comida	62(20.7)	36(10.2)	2.30(1.5-3.6)****	25(30.1)	37(17.1)	2.09(1.2-3.7)**
Siempre sentir hambre	91(31.3)	39(11.0)	3.51(2.3-5.3)****	19(22.9)	72(33.2)	0.6(0.3-1.1)
Comer solo por sentir vergüenza de la cantidad o velocidad a la que come	9(3.0)	3(0.8)	3.61(1.0-13.4)	2(2.4)	7(3.2)	0.74(0.1-3.6)

Notas. Celdas representan frecuencias absolutas y porcentajes. INPC = Insatisfacción con el peso corporal. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$, **** $p \leq 0.0001$.

cipantes sin INPC se ubicó como normopeso. Por otro lado, en las mujeres se identificó una asociación negativa entre INC y NE, hallazgo que contradice lo reportado por McLaren y Kuh (2004), quienes documentaron una asociación positiva entre dichas variables.

No se identificó una relación significativa entre INC y edad. Considerando los estudios que han detectado diferencias en los CAA entre grupos de mujeres de distintas edades (Allaz, Bernstein, Rouget, Archinard y

Morabia, 1998; Davison y McCabe, 2005; Slevic y Tigemann, 2011), sería interesante investigar los factores que influyen en los CAA en distintos grupos de edad y profundizar en el análisis del incremento de las conductas de dieta a medida que aumenta la edad, ya que este tipo de comportamientos podría estar incidiendo en el aumento del IMC a medida que aumenta la edad, tal como se detectó en esta investigación.

Aunque la INPC estuvo presente en ambos sexos, ésta fue significativamente mayor en las mujeres, lo que es consistentemente con otros estudios (Algars et al., 2009; Davison y McCabe, 2005; Demarest y Allen, 2000; Forrester-Knauss y Stutz, 2012; Neighbors y Sobal, 2007; Saucedo-Molina et al., 2010; Tiggemann et al., 2004). Solo se encontró un estudio que mostró resultados discrepantes, el cual fue realizado en México por Cruz et al. (2008) en una muestra de estudiantes de nutrición, en el que los hombres no solo mostraron mayor INC, sino también más CAA y mayor sintomatología de TCA.

En este estudio la INC se asoció positivamente con los CAA evaluados, hallazgo coincidente con los de otras investigaciones realizadas en Latinoamérica (Hernández-Cortés y Londoño, 2013; Saucedo-Molina et al., 2010; Saucedo-Molina y Unikel, 2010). De igual forma, el IMC también estuvo relacionado con los CAA, una vez que la mayoría de estos estuvieron más presentes en los participantes con obesidad, en comparación con aquellos con sobrepeso o normopeso. Por lo anterior, resultaría interesante que futuros estudios exploren el posible rol mediador de la INC en la relación entre el IMC y los CAA.

A diferencia de lo encontrado por Paredes et al. (2011), en una muestra de bailarinas adolescentes y jóvenes, quienes identificaron independencia entre los CAA y la satisfacción con la IC, en el presente estudio dichos comportamientos estuvieron significativamente más presentes en los participantes con INPC y, por el contrario, estos realizaban menor actividad física que aquellos participantes sin INPC.

Las mujeres, además de presentar mayores porcentajes de INPC, mostraron también mayores frecuencias de CAA y menor realización de actividad física que los hombres. Históricamente las mujeres han recibido mayor presión por su apariencia física y su peso corporal, lo cual puede contribuir a que ciertos CAA se cronifiquen en el tiempo, como son: el realizar dietas no supervisadas, la ingesta emocional, el “saltarse comidas”, el ayuno, etc. Además, la presión social hacia su apariencia física las puede llevar a pensar que debido a que su cuerpo no cumple con los ideales estéticos predominantes, no debería ser exhibido en lugares pú-

blicos (e.g., un gimnasio), lo que sumado a los roles tradicionales de la mujer dentro de los grupos familiares, podrían contribuir a los bajos niveles de actividad física identificados. Por lo anterior, se sugiere que futuras investigaciones se aboquen a desarrollar e implementar intervenciones eficaces para proveer a las mujeres de herramientas que les permitan lidiar y afrontar las presiones socioculturales asociadas al género, a la vez que promuevan la implementación de comportamientos alimentarios saludables.

Las limitaciones del presente estudio fueron las siguientes: La naturaleza transversal del mismo limita la interpretación de los resultados obtenidos, al no permitir establecer relaciones causales; el uso de una muestra no probabilística; el no contar con las evidencias psicométricas en población chilena de todos los instrumentos utilizados; y el que la recolección de los datos haya sido realizada únicamente a través de cuestionarios de autoreporte. Adicionalmente, el que las medidas antropométricas fueran autoreportadas y no medidas directamente puede constituir otra limitación, sin embargo, Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) demostraron en adultos la confiabilidad del autoreporte del peso y la talla.

Como conclusión, se puede señalar que pese a que no fue posible establecer relaciones causales en este estudio, los resultados sugieren que la INPC, especialmente en las mujeres, está asociada a estrategias de CPC centradas en el comportamiento alimentario. Esto implica que las personas adultas tienden mayormente a cambiar la forma en que comen (e.g. ayunando, siguiendo dietas restrictivas), en vez de implementar comportamientos más saludables, como aumentar la actividad física, la reducción gradual y flexible del consumo de ciertos alimentos, realizar un mayor número de comidas –pero de menor tamaño– al día, etc. Así, las estrategias adoptadas para el CPC contribuye a configurar un círculo vicioso entre la INPC y las conductas alimentarias poco saludables, aumentando esto la sensación de falta de control sobre el peso corporal, ya que este tipo de medidas, además de afectar el metabolismo, suelen propiciar periodos de sobreingesta, dando lugar a un efecto opuesto al deseado, es decir,

la ganancia de peso corporal, en vez de la reducción del mismo. De ahí que futuras investigaciones deban estudiar las razones que inciden en la elección específica de estrategias no saludables de control y de cambio del peso corporal.

Esta investigación es pionera en indagar el fenómeno de la INPC y la silueta corporal en adultos chilenos de ambos sexos, utilizando una muestra de mayor promedio etario que el usual en los estudios que la preceden. La relevancia de estudiar a población adulta radica en que el ambiente doméstico-familiar en el que interactúan niños y adultos es uno de los factores más significativos en la adquisición de distintos hábitos, entre ellos los alimentarios, de actividad física, de autocuidado, de salud, entre otros. Los adultos ejercen un rol esencial en el modelado, promoción y transmisión de comportamientos saludables entre las futuras generaciones (Eertmans, Baeyens y Van Den Bergh, 2001; Golan, 2006; Rolls, Engell y Birch, 2000; Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen y Nicklaus, 2011), por lo que la investigación de la población adulta puede constituir una forma de indagar e intervenir tempranamente en que los CAA, la INPC y sus distintas consecuencias, tales como el aumento de peso, la disminución de las conductas de autocuidado, etc. Por último, cabe mencionar que este estudio también es pionero en demostrar cómo la INPC puede influir en dos conductas centrales, el comportamiento alimentario y la práctica de actividad física. Por tanto, la información aquí brindada arroja pistas sobre aspectos específicos del comportamiento que a menudo se pasan por alto. De hecho, aunque la INPC es a menudo considerada un problema secundario, este estudio otorga mayores evidencias de cómo sus consecuencias pueden influir en múltiples áreas del funcionamiento humano, constituyendo un factor de riesgo relevante para distintos problemas de salud pública.

REFERENCIAS

Alberga, A. S., Russell-Mayhew, S., von Ranson, K. M. y McLaren, L. (2016). Weight bias: A call to action. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), e-34. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0112-4>

Algars, M., Santtila, P., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P. et al. (2009). The adult body: How age, gender,

and body mass index are related to body image. *Journal of Aging and Health*, 21(8), 1112-1132. <https://doi.org/10.1177/0898264309348023>

- Allaz, A. F., Bernstein, M., Rouget, P., Archinard, M. y Morabia, A. (1998). Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 287-294. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199804\)23:3<287::AID-EA-T6>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199804)23:3<287::AID-EA-T6>3.0.CO;2-F)
- Anderson, S. L., Zager, K., Lyster, R., Hetzler, R., Nahikian-Nelms, M. y Syler, G. (1995). Comparison of Eating Disorder Inventory (EDI-2) scores of male bodybuilders to the male college student subgroup. *International Journal of Sport Nutrition*, 6(3), 255-262.
- Andrés, A., Oda-Montecinos, C. y Saldaña, C. (2017). Eating behaviors in a male and female community sample: Psychometric properties of the DEBQ. *Terapia Psicológica*, 35(2), 141-152. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082017000200141>.
- Bach, L. (2002). *Conocimiento nutricional y conductas de control de peso*. [Tesis doctoral]. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Benedito, N. (2012). *Factores psicológicos implicados en la insatisfacción con la imagen corporal y el seguimiento de dietas para adelgazar en niños/as de 8 a 12 años*. [Tesis doctoral]. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Crandall, C. S. y Horstman, A. (2005). Attributions and weight-based prejudice. En K. D. Brownell, R. M. Puhl, M. B. Schwartz y L. Rudd (Eds.), *Weight bias* (pp. 83-96). Nueva York: Guilford Press.
- Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M., Toro, J., Gutiérrez-Maldonado, J., Peñaloza, C., Cuadros-Sosa, Y. et al. (2011). Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image*, 8(1), 78-81. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.11.004>
- Cash, T. F., Theriault, J. y Annis, N. M. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 89-103. <https://dx.doi.org/10.1521/jscp.23.1.89.26987>
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 7(2), 175-190.
- Cheung, Y. T. D., Lee, A. M., Ho, S. Y., Li, E. T. S., Lam, T. H., Fan, S. Y. S. et al. (2011). Who wants a slimmer body? The relationship between body weight status, education level and body shape dissatisfaction among young adults in Hong Kong. *BMC Public Health*, 11, e-835. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-835>.
- Cho, A. y Lee, J. H. (2013). Body dissatisfaction levels and gender differences in attentional biases toward idealized bodies. *Body Image*, 10(1), 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.09.005>
- Cruz, R. M., Ávila, M. L., Cortés, M. C., Vázquez, R. y Mancilla, J. M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de

- trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198.
- Davison, T. E. y McCabe, M. P. (2005). Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning. *Sex Roles*, 52(7), 463-475. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-3712-z>
- De Young, K. P., Lavender, J. M. y Anderson, D. A. (2010). Binge eating is not associated with elevated eating, weight, or shape concerns in the absence of the desire to lose weight in men. *International Journal of Eating Disorders*, 43(8), 732-736. <https://doi.org/10.1002/eat.20779>
- Demarest, J. y Allen, R. (2000). Body image: Gender, ethnic, and age differences. *Journal of Social Psychology*, 140(4), 465-472. <https://dx.doi.org/10.1080/00224540009600485>
- Deossa, G. C., Restrepo, L. F. y Velásquez, J. E. (2015). Actitudes y comportamientos de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes universitarios, Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(1), 67-82. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.5>
- Eertmans, A., Baeyens, F. y Van Den Bergh, O. (2001). Food likes and their relative importance in human eating behavior: Review and preliminary suggestions for health promotion. *Health Education Research*, 16(4), 443-456. <https://doi.org/10.1093/her/16.4.443>
- Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. y Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: Informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), e-98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-98>
- Esnaola, I., Rodríguez, A. y Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: Gender and age differences. *Salud Mental*, 33(1), 21-29.
- Fallon, E. A., Harris, B. S. y Johnson, P. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among a United States adult sample. *Eating Behaviors*, 15(1), 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.eat-beh.2013.11.007>
- Forrester-Knauss, C. y Stutz, Z. E. (2012). Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: Which factors matter? *BMC Public Health*, 12, e-809. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-809>
- Frederick, D. A., Peplau, L. A. y Lever, J. (2006). The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52,677 heterosexual adults. *Body Image*, 3(4), 413-419. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.08.002>
- Fredrickson, B. L. y Roberts, T. A. (1997). Objectification theory. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Furnham, A., Badmin, N. y Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *Journal of Psychology*, 136(6), 581-596. <https://doi.org/10.1080/00223980209604820>
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity: From research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(2), 66-76. <https://doi.org/10.1080/17477160600644272>
- Griffiths, S., Murray, S. B. y Touyz, S. (2015). Extending the masculinity hypothesis: An investigation of gender role conformity, body dissatisfaction, and disordered eating in young heterosexual men. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(1), e-108. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035958>
- Grippio, K. P. y Hill, M. S. (2008). Self-objectification, habitual body monitoring, and body dissatisfaction in older European American women: Exploring age and feminism as moderators. *Body Image*, 5(2), 173-182. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.11.003>
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. Nueva York: Routledge.
- Hernández-Cortés, L. M. y Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29(3), 748-761. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175711>
- Holsen, I., Jones, D. C. y Birkeland, M. S. (2012). Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI. *Body Image*, 9(2), 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.006>
- Homan, K. (2010). Athletic-ideal and thin-ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Body Image*, 7(3), 240-245. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.02.004>
- Jackson, K. L., Janssen, I., Appelhans, B. M., Kazlauskaitė, R., Karavolos, K., Dugan, S. A. et al. (2014). Body image satisfaction and depression in midlife women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 177-187. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0416-9>
- Keski-Rahkonen, A., Bulik, C. M., Neale, B. M., Rose, R. J., Rissanen, A. y Kaprio, J. (2005). Body dissatisfaction and drive for thinness in young adult twins. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 188-199. <https://doi.org/10.1002/eat.20138>
- King, T. K., Matacin, M., White, K. S. y Marcus, B. H. (2005). A prospective examination of body image and smoking cessation in women. *Body Image*, 2(1), 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.01.003>
- Lamb, S., Jackson, L. A., Cassiday, P. B. y Priest, D. J. (1993). Body figure preferences of men and women: A comparison of two generations. *Sex Roles*, 28(5), 345-358. <https://doi.org/10.1007/BF00289890>
- Lora-Cortez, C. I. y Saucedo-Molina, T. J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice

- de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 29(3), 60-67.
- Madrigal, H., Sánchez-Villegas, A., Martínez-González, M. A., Kearney, J., Gibney, M. J., Irala, J. et al. (2000). Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. *Public Health*, 114(6), 468-473. <https://doi.org/10.1038/sj.ph.1900702>
- Matthiasdottir, E., Jonsson, S. H. y Kristjansson, A. L. (2012). Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: A normative discontent? *European Journal of Public Health*, 22(1), 116-121. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckq178>
- McArthur, L. H., Holbert, D. y Peña, M. (2005). An exploration of the attitudinal and perceptual dimensions of body image among male and female adolescents from six Latin American cities. *Adolescence*, 40(160), 801-816.
- McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2003). Body image and strategies to lose weight and increase muscle among boys and girls. *Health Psychology*, 22(1), 39-46. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.22.1.39>
- McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 675-685. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00129-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00129-6)
- McLaren, L. y Kuh, D. (2004). Women's body dissatisfaction, social class, and social mobility. *Social Science and Medicine*, 58(9), 1575-1584. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00209-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00209-0)
- McLean, S. A., Paxton, S. J. y Wertheim, E. H. (2010). Factors associated with body dissatisfaction and disordered eating in women in midlife. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 527-536. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20737>
- Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2010). Body image and self-esteem across age and gender: A short-term longitudinal study. *Sex Roles*, 63(9), 672-681. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-010-9813-3>
- Mellor, D., McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. y Merino, M. E. (2008). Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors. *Body Image*, 5(2), 205-215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.01.004>
- Midlarsky, E. y Nitzburg, G. (2008). Eating disorders in middle-aged women. *Journal of General Psychology*, 135(4), 393-407. <http://dx.doi.org/10.3200/GENP.135.4.393-408>
- Ministerio de Salud de Chile (2011). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.
- Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Miller, A. B., Goldstein, S. E. y Edwards-Leeper, L. (2004). Body size stigmatization in preschool children: The role of control attributions. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), 613-620. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsh063>
- Neighbors, L. A. y Sobal, J. (2007). Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eating Behaviors*, 8(4), 429-439. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.03.003>
- Neufer, P. D., Bamman, M. M., Muoio, D. M., Bouchard, C., Cooper, D. M., Goodpaster, B. H. et al. (2015). Understanding the cellular and molecular mechanisms of physical activity-induced health benefits. *Cell Metabolism*, 22(1), 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2015.05.011>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
- Paredes, F., Nessier, C. y González, M. (2011). Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. *Diaeta*, 29(136), 18-24.
- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E. y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42(5), 888-899. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.42.5.888>
- Pearl, R. L., White, M. A. y Grilo, C. M. (2014). Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity*, 22(5), 142-148. <http://dx.doi.org/10.1002/oby.20617>
- Prichard, I. y Tiggemann, M. (2005). Objectification in fitness centers: Self-objectification, body dissatisfaction, and disordered eating in aerobic instructors and aerobic participants. *Sex Roles*, 53(1), 19-28. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-005-4270-0>
- Puhl, R. M. y Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213-227. <http://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2003.00122.x>
- Ricciardelli, L. A. y McCabe, M. P. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130(2), 179-205. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.179>
- Ridolfi, D. R. y Crowther, J. H. (2013). The link between women's body image disturbances and body-focused cancer screening behaviors: A critical review of the literature and a new integrated model for women. *Body Image*, 10(2), 149-162. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.11.003>
- Rolls, B. J., Engell, D. y Birch, L. (2000). Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(2), 232-234. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223\(00\)00070-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00070-5)
- Saldaña, C. (2010). *Entrevista para la evaluación de comportamiento alimentario y actividad física en niños y adolescentes, versión padres: Proyecto E-TONA*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Sarabia, C. (2012). La imagen corporal en ancianos: Estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23(1), 15-18.
- Saucedo-Molina, T. J., Peña, A., Fernández, T. L., García, A. y Jiménez, R. E. (2010). Identificación de factores de riesgo asocia-

- dos a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el índice de masa corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 10(2), 16-23.
- Saucedo-Molina, T. J. y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.
- Schwartz, C., Scholtens, P. A., Lalanne, A., Weenen, H. y Nicklaus, S. (2011). Development of healthy eating habits early in life: Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*, 57(3), 796-807. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.316>
- Schwartz, M. B., Vartanian, L. R., Nosek, B. A. y Brownell, K. D. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, 14(3), 440-447. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2006.58>
- Slevec, J. H. y Tiggemann, M. (2011). Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 515-524. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.002>
- Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D. et al. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the international body project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(3), 309-325. <http://doi.org/10.1177/0146167209359702>
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, 1(1), 29-41. [http://dx.doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00002-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00002-0)
- Tiggemann, M., Hargreaves, D., Polivy, J. y McFarlane, T. (2004). A word-stem completion task to assess implicit processing of appearance-related information. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 73-78. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00565-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00565-8)
- Tiggemann, M. y Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37(2), 243-253. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.37.2.243>
- Urzúa, M. A., Castro, R. S., Lillo, O. A. y Leal, P. C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: Propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados(as) de 13 a 18 años. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(4), 1063-1073. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400002>
- Van den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J. y Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4(3), 257-268. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.04.003>
- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A. y Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. [http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)
- Vinkers, C. D. W., Evers, C., Adriaanse, M. A. y de Ridder, D. T. D. (2012). Body esteem and eating disorder symptomatology: The mediating role of appearance-motivated exercise in a non-clinical adult female sample. *Eating Behaviors*, 13(3), 214-218. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.02.006>
- Webster, J. y Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *Journal of Genetic Psychology*, 164(2), 241-252. <http://dx.doi.org/10.1080/00221320309597980>