



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,
Odontológicas y de la Salud**

Campo de estudio: Epidemiología

***“Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal
estético de delgadez e insatisfacción corporal en estudiantes
universitarios de la Ciudad de México”***

Tesis

Que para optar por el grado de Maestra en Ciencias

Presenta:

Concepción Díaz de León Vázquez

Tutora: Dra. Claudia Unikel Santoncini

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud

México D.F., Octubre, 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción	4
1. Marco teórico	5
1.1 Conductas alimentarias de riesgo	6
1.2 Trastornos de la conducta alimentaria	10
1.3 Factores asociados	19
2. Marco conceptual	30
3. Planteamiento del problema y pregunta de investigación	33
4. Objetivos de investigación	35
5. Hipótesis de investigación	37
6. Definición conceptual y operacional de las variables de estudio	39
7. Materiales y métodos	46
8. Plan de análisis	53
9. Resultados	57
10. Discusión	77
12. Referencias bibliográficas	83
Anexo 1	95
Anexo 2	103

ÍNDICE DE TABLAS, ESQUEMAS Y FIGURAS

Tabla 1	Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en México y otros países	9
Tabla 2	Clasificación y criterios diagnósticos para TCA, según DSM-IV	11
Tabla 2b	Clasificación y criterios diagnósticos para TCA, según DSM-V	12
Tabla 3	Clasificación de la OMS del estado de nutrición en adultos de acuerdo con el IMC	29
Tabla 4	Definición conceptual y operacional de variables	40
Tabla 5	Conductas alimentarias de riesgo, escala aplicada en hombres	59

Tabla 6	Actitudes hacia la figura, escala aplicada en hombres	60
Tabla 7	Relación con el padre, escala aplicada en hombres	61
Tabla 8	Relación con la madre, escala aplicada en hombres	62
Tabla 9	Relación con el padre, escala aplicada en mujeres	63
Tabla 10	Relación con la madre, escala aplicada en mujeres	64
Tabla 11	Descripción de la población: media de edad, peso, talla e IMC, según sexo	65
Tabla 12	Comparación de peso y estatura medidos y auto-reportados, según sexo	65
Tabla 13	Características generales de la población por sexo	69
Tabla 13b	Características generales de la población por sexo, continuación	70
Tabla 14	Conductas alimentarias de riesgo por sexo, según variables seleccionadas	73
Tabla 15	Análisis de regresión multinomial, según sexo	76
Esquema 1	Modelo multifactorial	15
Esquema 2	Modelo de doble vía	15
Esquema 3	Modelo espiral	16
Esquema 4	Modelo continuo	17
Esquema 5	Modelo del desarrollo	17
Esquema 6	Modelo conceptual etiológico para las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en estudiantes universitarios	31
Figura 1	Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo según sexo	66
Figura 2	Prevalencia de interiorización del ideal estético de delgadez, según sexo	67
Figura 3	Prevalencia de insatisfacción corporal, según sexo	67
Figura 4	Prevalencia de baja autoestima, según sexo	68

Introducción

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar, en una población de estudiantes universitarios de ambos sexos, si existe una asociación entre las conductas alimentarias de riesgo con la insatisfacción corporal y la interiorización del ideal estético de delgadez según las carreras en las que están inscritos. Se planteó como un objetivo secundario el análisis psicométrico de los cuestionarios utilizados en hombres debido a que los cuestionarios existentes para medir conductas alimentarias de riesgo e interiorización del ideal de delgadez han sido desarrollados y validados en población de mujeres. Cabe mencionar que este trabajo forma parte del proyecto *“Conductas alimentarias de riesgo y estrategias para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de la UAM”*, dirigido en conjunto por la Dra. Claudia Unikel Santoncini de la Dirección de investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y el Dr. José Alberto Rivera Márquez del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Al inicio de este trabajo se presenta el marco teórico donde se revisan los conceptos y epidemiología de las conductas alimentarias de riesgo y de los trastornos de la conducta alimentaria. Se incluye también una revisión de factores asociados a los trastornos de la alimentación.

En la sección de materiales y métodos se detallan el diseño del estudio, el diseño muestral y la definición operacional de las variables. También se incluyen las consideraciones éticas y factibilidad del estudio.

En el apartado de resultados se describe el análisis de confiabilidad de los cuestionarios seleccionados, la población de estudio y las asociaciones encontradas. Al final de este trabajo se presentan la discusión y limitaciones. Por último, se incluye un anexo con las dos versiones del instrumento aplicado.

1. Marco teórico

1.1 Conductas alimentarias de riesgo

Se considera a las conductas alimentarias de riesgo (CAR) como condiciones previas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y son definidas como manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de frecuencia e intensidad para éstos últimos pero que son características de los mismos (Rodríguez et al, 2006).

Las CAR se pueden agrupar en (Unikel y Gómez, 2004):

- I. Conductas restrictivas: dieta restringida, ayuno y ejercicio excesivo.
- II. Conductas purgativas: vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos.
- III. Atracón.

I. Conductas restrictivas

1. Dieta restringida: se define como la restricción voluntaria de alimentos o grupo de los mismos, considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida, con el objetivo de controlar el peso y mejorar la figura (Saucedo, 2003). Según Mataix y Salas (2006), se consideran “dietas de bajo contenido energético” aquellas que contienen entre 800 y 1200 kcal/día y define como “dietas de muy bajo contenido energético” a las que aportan entre 450 y 800 kcal/día. El mismo autor puntualiza que las dietas que contienen menos de 1200 kcal/día pueden realizarse con escasos riesgos mientras estén monitoreadas por un especialista.
2. Ayuno: se define como una situación donde el individuo ingiere alimentos por debajo de sus requerimientos y no recibe la cantidad adecuada de energía en forma de macronutrientes, ni las cantidades adecuadas de vitaminas y minerales. Existen diversas formas de ayuno tales como las de carácter voluntario como las huelgas de hambre y los regímenes hipocalóricos y, las involuntarias, que se atribuyen a la falta de recursos económicos. Se han descrito dos tipos de ayuno: a) parcial, cuando el individuo recibe parte de sus requerimientos nutricionales y, b) total, cuando no recibe nada, excepto agua (Mataix y Pérez, 2006).

3. Ejercicio excesivo: las versiones IV y V del DSM (APA, 2013) definen al ejercicio excesivo como aquel que interfiere con las actividades importantes de los sujetos, el que se realiza en horarios poco habituales, en lugares inapropiados o que se realiza aún ante la presencia de una lesión o enfermedad.

Por otro lado, según la guía para actividad física, *Physical Activity Guidelines for Americans* (2008), de los Estados Unidos de Norteamérica, se recomienda a los adolescentes realizar 60 minutos de actividad física diaria y a las personas adultas, la misma guía les recomienda 30 minutos diarios de actividad física 5 días a la semana, pudiendo adicionar 5 horas a la semana de actividad aeróbica.

II. Conductas purgativas

Se consideran como criterio diagnóstico cuando cumplen con la frecuencia de 2 veces por semana durante 3 meses consecutivos, según el DSM-IV (Pichot et al, 1995). Existen dos tipos de conductas purgativas:

1. Vómito autoinducido: forzar, de manera voluntaria, el contenido gástrico a pasar por el esófago y salir por la boca.
2. Uso de laxantes, diuréticos y pastillas: el uso de dichos fármacos.

III. Atracón

Está definido por el DSM-IV (Pichot et al, 1995) y DSM-V (APA, 2013) como la ingesta de alimentos en cantidad superior a la que la mayoría de las personas comería en tiempo y circunstancias similares, con la sensación de pérdida de control.

1.1.1 Epidemiología de las conductas alimentarias de riesgo en México

Al mismo tiempo que se ha extendido el interés por el sobrepeso y la obesidad, dado los incrementos registrados en sus prevalencias durante las últimas dos décadas, en México se han encontrado frecuencias de CAR que van de 5% hasta 18% en mujeres universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato (Unikel, *et al*, 2004). Núñez *et al* (2008), en un estudio con 150 mujeres universitarias de 18 a 24 años, estudiantes de una institución educativa privada en Nuevo León, México, aplicaron el Eating Attitudes Test (EAT-26) y encontraron que 15.3% presentaban riesgo de TCA, 76.6% reportó sentir terror a ser gorda, 14.1% afirmó haber vomitado después de comer, 74% dedicaba demasiado tiempo a pensar en la comida y 3.4% había intentado alguna vez suicidarse, aunque los autores no especifican la razón.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 indican que entre los adolescentes, 24.3% contestó haber tenido la sensación de no poder parar de comer, 1.0% reportó vómito autoinducido, 1% usó pastillas, diuréticos y laxantes y 3.9% presentaron conductas restrictivas como ayuno, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso (Olaiz *et al*, 2006). La misma encuesta en su versión de 2012, reporta una frecuencia de CAR en las adolescentes de 1.9% y 0.8% en varones reconociendo un incremento de medio punto porcentual respecto a los resultados reportados en 2006 (Gutiérrez *et al*, 2012). La preocupación por engordar fue más frecuente entre mujeres (19.7%) en tanto que hacer ejercicio para bajar de peso fue más frecuente entre los varones (12.7%).

1.1.2 Conductas alimentarias de riesgo en población universitaria

En la Tabla 1 se muestra una comparación de datos sobre prevalencia de CAR en estudiantes universitarios de México, España y algunos países de Sudamérica junto con algunos resultados reportados para adolescentes en México. Se

observan las prevalencias más altas de CAR en mujeres universitarias de Colombia y en hombres universitarios de España. Mientras tanto, en México se observa un incremento en las CAR en adolescentes de ambos sexos según lo reportado por la ENSANUT.

Tabla 1. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en México y otros países.

Autor	Población	Lugar	Instrumento	Prevalencia
Unikel et al, 2006	Hombres y mujeres de 12 a 19 años (Tres muestras: 9755,3286,3062)	Cd. de México. (1997,2000 y 2003)	CBCAR	1997: 3.4% y 1.3% 2000: 9.6% y 4.3% 2003: 9.6% y 3.4%
ENSANUT-2006 Olaiz et al, 2006	Hombres y mujeres; 10 a 19 años	México (nacional)	CBCAR	0.9% mujeres 0.4% hombres
ENSANUT-2012 Gutiérrez et al, 2012	Hombres y mujeres; 10 a 19 años	México (nacional)	CBCAR	1.9% mujeres 0.8% hombres
Rodríguez et al, 2006	508 mujeres universitarias; 17 a 25 años	Edo. Mex., México	CBCAR	12 %
Núñez et al, 2008	150 mujeres universitarias; 18 a 24 años	Monterrey, México	EAT-26	15.3 %
Saucedo y Unikel, 2010	441 hombres y mujeres, licenciatura; 18 a 23 años	Hidalgo, México	CBCAR	7.9 % mujeres 4.2 % hombres
Fandiño et al, 2007	174 hombres y mujeres, Facultad de Medicina; 15 a 54 años	Cali, Colombia	ECA	44.1% mujeres 9.6 % hombres
Lugli y Vivas, 2006	483 hombres y mujeres universitarios; 19 a 35 años	Caracas, Venezuela	EAT-40	8.8% mujeres 1.9% hombres
Sepúlveda et al, 2004	4682 hombres y mujeres universitarios; 18 a 30 años	Madrid, España	EDI-2	20.8% mujeres 14.9% hombres
da Cunha Feio et al, 2010	220 mujeres universitarias; 17 a 22 años	Florianópolis, Brasil	EAT-26	8.3%

CBCAR: Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo. EAT-26 / EAT 40: Eating Attitudes Test, versión con 26 y 40 ítems. ECA: Encuesta de Comportamiento Alimentario. EDI: Eating Disorders Inventory.

Pese a que la población estudiantil universitaria es considerada como un grupo importante de riesgo para TCA, y existen algunos estudios donde se presenta un aumento en la preocupación por engordar y la frecuencia de CAR, como, el uso de métodos purgativos y los atracones (Unikel et al, 2006), esta población no ha sido suficientemente estudiada (Sepúlveda et al, 2004). El conocimiento de las condiciones que determinan el establecimiento de los trastornos alimentarios en mujeres y hombres estudiantes de nivel superior es importante para enfocar acciones de promoción de la salud e intervenciones que pudieran ofrecerse dentro de los campus universitarios (Yager y O'Dea, 2008).

1.2 Trastornos de la conducta alimentaria

Según el Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) (Pichot, 1995), los trastornos de la alimentación se dividen en tres categorías: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno de la Alimentación No Especificado (TANE). La AN se caracteriza por una pérdida de peso del 15% o más, por la negativa a subir de peso y una imagen corporal distorsionada. El paciente tiene miedo a ganar peso y toma medidas extremas para prevenir esa ganancia. En la BN, los pacientes presentan episodios de comer en exceso seguidos de comportamientos compensatorios para evitar ganar peso, tales como el vómito autoinducido, ejercicio o utilización de laxantes o diuréticos. Finalmente se utiliza la categoría de TANE para los trastornos relacionados con la alimentación y el peso que cumplen solo con algunos de los criterios para AN y BN. En la Tabla 2 se puntualizan los criterios para el diagnóstico de cada TCA según el DSM-IV, dado que estos fueron los juicios vigentes durante el desarrollo este trabajo.

Recientemente fue publicada la quinta edición del DSM-V (APA, 2013) con los nuevos criterios para diagnosticar TCA, en dónde el trastorno por atracón se ha incluido como un nuevo TCA. Se define al trastorno por atracón como episodios recurrentes donde las personas comen una cantidad de comida mayor a la que

cualquier persona comería en circunstancias parecidas, en un período de tiempo corto y con sensación de pérdida de control. Otros cambios menores pero también importantes son la eliminación del rechazo a subir de peso y la amenorrea como criterios para diagnosticar AN y la reducción en la frecuencia de las conductas compensatorias de dos veces por semana a una vez por semana durante tres meses como criterios para BN. En la Tabla 2b se presentan los criterios diagnósticos para los trastornos alimentarios que describe el DSM-V.

Tabla 2. Clasificación y criterios diagnósticos para TCA, según DSM-IV.

Trastorno alimentario:	Criterios diagnóstico	Subdivisión
Anorexia Nerviosa (AN)	<ul style="list-style-type: none"> • Peso corporal igual o por debajo del 85% del peso esperado para la estatura y edad, • Miedo a subir de peso o ser obeso, • Autopercepción del cuerpo anormal, • Pérdida de al menos tres periodos menstruales consecutivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • AN Purgativa • AN Restrictiva
Bulimia Nerviosa (BN)	<ul style="list-style-type: none"> • En repetidas ocasiones el paciente come en exceso (más comida de lo que la mayoría de las personas comería en tiempo y circunstancia similares), • Sensación de pérdida de control mientras come, • Intento por controlar el peso con medios inapropiados (ayuno, vómito, laxantes, etc.) • Las conductas antes mencionadas se repiten al menos 2 veces a la semana durante tres meses consecutivos, • El peso y la forma del cuerpo afectan la autoevaluación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • BN Purgativa • BN No purgativa
Trastorno Alimentario No Especificado (TANE)	<ul style="list-style-type: none"> • AN, menstruación normal, • AN, peso en el rango normal, • BN, atracón y conductas compensatorias menos de 2 veces por semana o menos de tres meses, • Conductas compensatorias inapropiadas después de comer pequeñas cantidades de alimento en individuos con peso normal, • Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de alimento, • Trastorno de atracón, sin conducta compensatoria 	<ul style="list-style-type: none"> • TANE 1 • TANE 2 • TANE 3 • TANE 4 • TANE 5 • TANE 6

Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Mijar M. (Editores). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1995, Masson S.A.

**Tabla 2b. Clasificación y criterios diagnósticos para TCA,
según DSM-V.**

Trastorno alimentario	Criterios diagnósticos	Tipo	Remisión	Severidad
Pica	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de sustancias no nutritivas inapropiadas al nivel de desarrollo del individuo. • La conducta no es parte de una práctica social o cultural. • Conducta suficientemente severa que no se asocie con otro trastorno mental o estado de salud. 		<ul style="list-style-type: none"> • En remisión 	
Rumiación	<ul style="list-style-type: none"> • Repetida regurgitación de alimentos al menos durante 1 mes. El alimento regurgitado puede ser vuelto a masticar, tragado de nuevo o escupido. • Regurgitación no asociada a trastornos gastrointestinales. • No ocurre exhaustivamente con otros TCA. • Los síntomas deben ser suficientemente graves para darles atención a parte de otros trastornos mentales o del desarrollo. 		<ul style="list-style-type: none"> • En remisión 	
Rechazo/ restricción de la ingesta alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés por la comida; rechazo basado en características del alimento; preocupación por las consecuencias de comer que no permitan cubrir las necesidades nutricionales y energéticas. Se asocia a uno o más de: Pérdida significativa de peso. Deficiencia nutricional importante. Dependencia de alimentación enteral o suplementos nutricionales orales. Interferencia con la función psicosocial. El rechazo no se explica por la falta de acceso a alimentos o por sanciones sociales. No ocurre exclusivamente durante AN, BN, no hay evidencia de alteración en la experiencia sobre el peso y la figura. No se atribuye a una condición médica concurrente. 		<ul style="list-style-type: none"> • En remisión 	
Anorexia nervosa (AN)	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción de la ingesta de energía, que lleva a un peso bajo significativo. • Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso o comportamiento que interviene en la ganancia de peso. • Alteración en la forma en que se experimenta o percibe el peso o figura, influencia indebida del peso o figura en la autoevaluación o falta de reconocimiento de la gravedad del peso bajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrictiva • Atracón /purgativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Remisión parcial • Remisión total 	<ul style="list-style-type: none"> • Leve: IMC \geq 17 kg/m² • Moderada: IMC 16 a 16,99 kg/m² • Grave: IMC 15 a 15,99 kg/m² • Extrema: IMC <15 kg/m²

Tabla 2b. Continuación.

<p>Bulimia nervosa (BN)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de atracones frecuentes. • Conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. • Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas al menos 1 vez a la semana durante tres meses. • Autoevaluación exageradamente influida por el peso y figura. • La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. 		<ul style="list-style-type: none"> • Remisión parcial • Remisión total 	<ul style="list-style-type: none"> • Leve: 1-3 episodios. • Moderada: 4-7 episodios. • Severa: 8-13 episodios. • Extrema: 14 o más episodios.
<p>Atracón</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atracones recurrentes • Atracones asociados a al menos 3 de: Comer mucho más rápido de lo normal. Comer hasta sentirse incómodamente lleno. Comer grandes cantidades de comida en ausencia de hambre. Comer sin compañía por sentimientos de vergüenza por lo mucho que se come. Sentirse a disgusto con uno mismo, triste o muy culpable después de un atracón. • Malestar significativo. • Atracones: al menos 1 vez a la semana durante 3 meses. • Atracón no asociado a conductas compensatorias inadecuadas como en BN y no ocurre exclusivamente en el curso de BN o AN. 		<ul style="list-style-type: none"> • Remisión parcial • Remisión total 	<ul style="list-style-type: none"> • Leve: 1-3 episodios. • Moderada: 4-7 episodios. • Severa: 8-13 episodios. • Extrema: 14 o más episodios.
<p>Otros trastornos especificados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AN con peso normal. • Atracón o compensaciones inapropiadas menores a 1 vez por semana o durante menos de 3 meses. • Atracones menores a 1 vez por semana o durante menos de 3 meses. • Purgas en ausencia de atracón, para controlar el peso y figura. • Episodios recurrentes de despertar por la noche para comer. 	<ul style="list-style-type: none"> • AN atípica • BN de baja frecuencia o duración. • Trastorno por atracón de baja frecuencia o duración. • Trastorno purgativo. • Trastorno de comedor nocturno. 		
<p>Trastornos sin especificar</p>	<p>Cuando los síntomas característicos de algún trastorno alimentario ocasionan malestar significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento pero no cumplen todos los criterios diagnóstico.</p>			

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) American Psychiatric Association 2013.

1.2.1 Modelos y teorías explicativas para los trastornos de la conducta alimentaria

Autoras como Story, Neumark-Sztainer y French (2002) proponen cuatro principales influencias en la conducta alimentaria de los jóvenes: 1) Influencias personales o intrapersonales (factores psicosociales, actitudes, creencias), 2) Influencias del ambiente social o interpersonales (pares, familia), 3) Influencias físicas del ambiente o entorno de la comunidad (acceso y disponibilidad de alimentos) e, 4) Influencias del microsistema (normas socio-culturales, medios masivos de comunicación). Otros autores presentan diferentes modelos y teorías explicativas de los trastornos alimentarios.

Modelo multifactorial de anorexia nerviosa (Garfinkel y Garner, 1982):

Propone tres grupos de factores

1.- Predisponentes: a) Individuales: preocupaciones por la autonomía, identidad y separación (que comprenden deficiencias del yo, miedo a madurar, pubertad temprana, distribución de edad y sexo, ser hermano gemelo), además trastornos de la percepción o del peso, desarrollo de la personalidad, procesos cognitivos, trauma perinatal; b) Familiares: características demográficas, como edad de los padres y clase social, aumento en la cultura del peso, la alimentación y la delgadez, grandes expectativas de desempeño, antecedentes familiares de trastorno afectivo y posiblemente también alcoholismo, obesidad de la madre, relación padres-hijos que dificultan la autonomía y la separación; c) Culturales: presión para la delgadez y grandes expectativas de rendimiento, por ejemplo en el ámbito escolar y profesional.

2.- Precipitantes: dieta restringida (para elevar el auto-control y la autoestima ante situaciones como una separación o pérdida, nuevas exigencias del ambiente, ruptura del equilibrio familiar o ante amenaza directa de la pérdida de autoestima).

3.- Perpetuantes: síndrome de inanición, vómito, fisiología intestinal, percepción sobre el cuerpo, personalidad, ganancias secundarias, énfasis en la cultura de la delgadez.

Esquema 1. Modelo multifactorial.



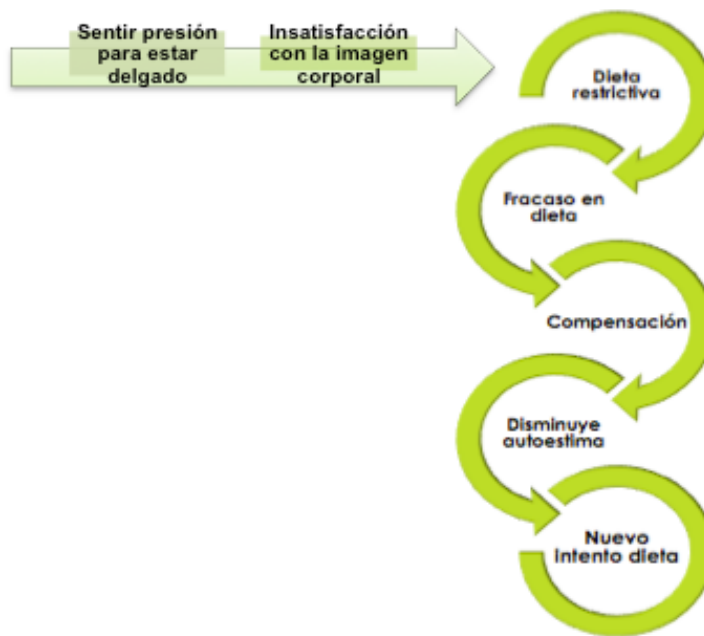
Modelo de doble vía (Stice, 2001): Plantea que la presión inicial para estar delgado y la interiorización del ideal de delgadez predicen un incremento en la insatisfacción corporal. La insatisfacción corporal predice a su vez, un incremento para hacer dieta restringida y un incremento en el afecto negativo. La dieta restrictiva y el afecto negativo pronostican los síntomas de BN.

Esquema 2. Modelo de doble vía.



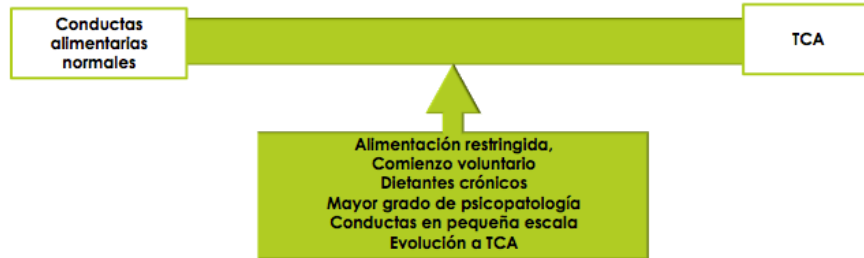
Modelo espiral (Heatherton y Polivy, 1990): Propone que las personas con insatisfacción corporal hacen dieta restringida para controlar su peso; pocas veces se tiene éxito en la dieta y no se logra la reducción del peso. Es probable que el individuo recurra al atracón como resultado de la restricción alimentaria; este fracaso retroalimenta la baja autoestima resultando en más insatisfacción corporal que puede conducir a un nuevo intento de restricción alimentaria.

Esquema 3. Modelo espiral.



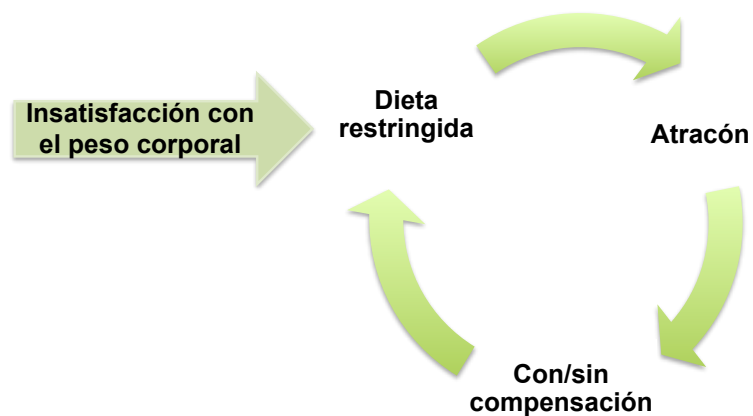
Modelo continuo (Nylander 1971, citado en Gleaves et al, 2004): Este modelo presenta a las conductas alimentarias normales al extremo de una línea recta y a los TCA en el extremo contrario. En medio están las conductas de riesgo en sus diferentes grados. Es aquí donde se encuentra la alimentación restringida, el dietante crónico, diferentes grados de psicopatología y conductas de riesgo en pequeña escala que pueden evolucionar hacia un TCA.

Esquema 4. Modelo continuo.



Modelo del desarrollo (Striegel-Moore, 1993): Este modelo señala que el atracón es consecuencia de las restricciones prolongadas en la dieta que tienen como finalidad el control del peso. Indica que existe una relación entre la insatisfacción de la imagen corporal, las dietas restringidas y el control del peso y figura. La autora puntualiza que las mujeres dan mucha importancia a la apariencia y al peso, ya que el éxito interpersonal está basado en la apariencia física y son ellas las que otorgan gran valor a la opinión y aprobación de los demás.

Esquema 5. Modelo de desarrollo



1.2.2 Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria

De acuerdo con Striegel-Moore y Bulik (2007), quienes revisaron datos sobre mortalidad y morbilidad en países como Escocia, Australia y Estados Unidos, los TCA se encuentran dentro de las 10 primeras causas de discapacidad entre las mujeres jóvenes. La morbilidad tanto física como psicológica (Fairburn 2003), la mortalidad y la discapacidad asociadas a TCA (Striegel-Moore y Bulik 2007; Hoek, 2006) colocan a este tipo de trastornos como un problema de salud pública (Fandiño et al, 2007). Benjet et al (2012), basándose en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente aplicada a jóvenes entre 12 y 17 años, con residencia en el Distrito Federal y algunos municipios conurbados, encontraron que 28%, 40% y 35% de los jóvenes con anorexia, bulimia y trastorno por atracón respectivamente, reportaron ideación suicida y que 17% de los jóvenes con bulimia y 20% con trastorno por atracón habían intentado suicidarse.

Por la severidad y la dificultad en el tratamiento de los trastornos alimentarios, autoras como Yager y O'Dea (2008), consideran a la prevención de los TCA como un objetivo más de la salud pública.

Se han publicado diferentes estudios sobre las tendencias en la incidencia de los TCA. Currin et al (2005) por ejemplo, señalan que en el año 2000, los registros de atención primaria reportaron que la incidencia de AN fue 4.7 y la de BN fue 6.6 por cada 100,000 personas en el Reino Unido. Algunos autores sugieren que en el norte de Europa e Inglaterra, la incidencia de AN se mantiene constante desde la década de 1990 (Hoek 2006; Currin et al 2005), mientras Lucas et al (1991), en Rochester Estados Unidos, reportan un aumento de la incidencia de AN. Russell (2003), por su parte, atribuye el aumento en la incidencia de TCA a la aparición de BN.

En una revisión de literatura sobre incidencia, prevalencia y mortalidad por AN y otros trastornos alimentarios, Hoek (2006) observó que, de todos los trastornos mentales, la AN es el trastorno con la mayor mortalidad registrada. Señala además, que en estudios donde se especifica la causa de muerte en poblaciones

con TCA, 54% de los pacientes muere a causa de complicaciones relacionadas con éstos y 27% se suicida. El mismo autor, en su siguiente revisión de la incidencia y prevalencia de AN y otros TCA (Smink et al, 2012) encontró un incremento en la incidencia de AN en el grupo de mujeres entre 15 y 19 años ocasionada probablemente por la detección temprana de dicha patología o por el establecimiento de la enfermedad a edades más tempranas. También reporta que la BN y el trastorno por atracón son más frecuentes en varones y personas de más edad.

1.3 Factores asociados a trastornos de la conducta alimentaria

1.3.1 Interiorización del ideal estético de delgadez

En una cultura dónde se da un gran valor a la delgadez, sólo algunos individuos llevan a un extremo patológico ésta valoración. Este grado de interiorización dependerá de factores individuales y predice la insatisfacción corporal y la persecución de la delgadez. Entre más grande sea la insatisfacción corporal mayores serán los intentos por perder peso (Polivy y Herman, 2002).

En 2001, Thompson y Stice publicaron que en los diferentes estudios que realizaron de manera independiente, habían encontrado una correlación entre la interiorización del ideal de delgadez, los trastornos de la imagen corporal y los TCA. Añaden que en las siguientes etapas de sus investigaciones, ambos autores encontraron que la interiorización del ideal de delgadez es un predictor de dichos trastornos.

Stice (2010) menciona que, según algunos estudios prospectivos, dentro de los factores de riesgo identificados para TCA, los más consistentes son insatisfacción corporal, interiorización del ideal estético de delgadez, preocupación por el peso corporal, percepción de la presión para estar delgado, auto-reporte de hacer dieta, afecto negativo y uso de sustancias. El mismo autor, en una revisión de la literatura (2002), reporta haber encontrado evidencia de que percibir presión por

estar delgado y la interiorización del ideal estético de delgadez incrementan el riesgo de insatisfacción corporal y enfatiza en la necesidad de programas preventivos que pongan más atención en los problemas relacionados con la imagen corporal.

1.3.2 Insatisfacción corporal

Un elemento asociado a las CAR en población adulta joven es el de la imagen corporal, la cual se define como “...una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, que está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían a través del tiempo...” (Behar, 2008: 109). En el centro de la identidad del individuo está la imagen corporal; los sentimientos que este tiene respecto a su cuerpo se reflejan en su conducta (Rodríguez, 2000). Pruzinsky y Cash (2002) hacen hincapié en que la imagen corporal es una construcción compleja que comprende tanto la imagen mental que tiene un individuo respecto a su propio cuerpo, como la experiencia de su corporalidad.

La insatisfacción corporal, se ha definido como “...la evaluación subjetiva en sentido negativo del propio cuerpo, en concreto de la figura, peso, estómago y cadera...” (Troisi, 2006: 449), antecede al establecimiento de trastornos alimentarios, por lo que representa un factor de riesgo para su desarrollo. Se ha encontrado también que la insatisfacción corporal aparece como el mejor predictor de actitudes anormales de alimentación. A ésta se agregan factores de riesgo tales como la restricción en la dieta, comer cuando se está en estados emocionales negativos y los atracones (Troisi, *et al*, 2006). Contento, Basch y Zybert (2003) llaman la atención sobre la preocupación por la delgadez, la inconformidad con la imagen corporal y el tamaño del cuerpo, particularmente entre las mujeres. Dichos autores señalan que las mujeres latinas, al igual que las mujeres europeo-americanas que participaron en un estudio multiétnico realizado

en mujeres trabajadoras de un hospital, se ven a sí mismas con más sobrepeso del que realmente tienen y su ideal de imagen corporal es una figura muy delgada.

En un meta-análisis realizado por Sepúlveda et al (2001) que incluyó 83 estudios sobre imagen corporal publicados entre 1970 y 1998, se encontró que los pacientes con anorexia y bulimia se sentían más insatisfechos con su cuerpo que los controles, siendo los pacientes con bulimia los que presentaban mayor grado de insatisfacción. Por su parte, Behar et al (2011) encontraron resultados similares en la comparación de una muestra de 52 mujeres con TCA y 51 mujeres sin dichos trastornos. La insatisfacción corporal fue medida con los cuestionarios EDI y BSQ y el grupo con TCA obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo control.

Berg, Frazier y Sherr (2009), realizaron un estudio con 186 universitarias estadounidenses entre 18 y 21 años de edad, quienes respondieron una encuesta al inicio del semestre y fueron encuestadas una segunda vez al final del mismo. El objetivo de este estudio fue observar los cambios en la conducta alimentaria de riesgo durante el transcurso del semestre y en los resultados, los investigadores reportaron que la disminución en la insatisfacción corporal era un predictor de la disminución en la sintomatología bulímica y el atracón.

1.3.3. Actividad física

El deporte y la actividad física se asocian con juventud y fuerza en las sociedades occidentales y son muy apreciados ya que se le ha dado un gran valor al hecho de “estar en forma”. Dichas actividades pueden formar parte de la currícula escolar y se les considera fuente de salud. Es innegable el beneficio que aportan a la salud cuando se realizan con regularidad y moderación (Toro, 1996). Sin embargo, las personas que pertenecen a grupos donde se requiere una imagen esbelta están sometidas a una mayor presión sociocultural para lograr la delgadez y se consideran grupos de riesgo para desarrollar TCA; tal es el caso de los atletas cuyas disciplinas exigen un peso o talla específica para su realización. También

existe la “hipótesis de la atracción por el deporte”, la cual supone que la realización de ciertos deportes atraen a individuos con TCA que desean justificar su delgadez, la pérdida de peso y sus hábitos alimentarios, aunado al hecho de encontrar una forma de gastar calorías (Márquez, 2008). En estos casos la realización de ejercicio puede ser excesiva resultando en una actividad que interfiere con el resto de las actividades importantes del individuo (DSM-VI, 1996).

1.3.4 Relación con los padres

La familia tiene un rol muy importante en la predisposición para los TCA por ser portadora y reproductora de la cultura. Garfinkel y Garner (1982 a) reconocen que la familia contribuye a la aparición de AN cuando al interior de ella, se da gran valor a la delgadez y se sobrevaloran el ejercicio y la cultura de la alimentación. Por su parte, Polivy y Herman (2002) mencionan que las madres que piensan que sus hijas deberían perder peso corporal, que las describen menos atractivas que otras y las dinámicas familiares dónde no se reconoce la autonomía, ni las necesidades emocionales de los hijos, no sólo contribuyen al desarrollo de TCA, sino que también los perpetúan. Hilde Bruch (1978) describe las características de las familias de mujeres jóvenes con AN y menciona que han fracasado en la transmisión de un sentido de autoconfianza debido a que las relaciones entre padres e hijas son muy estrechas, sin la separación, individualización ni diferenciación necesarias. También habla de las grandes expectativas que estas familias tienen sobre la apariencia, la conducta y los logros académicos de sus hijas. Shisslak y Crago (2001) mencionan que la sobreprotección, la negligencia de los padres, la ausencia de alguno de ellos y los conflictos familiares también son factores de riesgo para desarrollar TCA.

1.3.5 Autoestima

Dentro del grupo de factores de riesgo individuales está la baja autoestima, que además de contribuir con otras patologías puede conducir a TCA. Autores como

Josep Toro (1996) mencionan que la baja autoestima es un síntoma de AN y BN. Polivy y Herman (2002) concuerdan con la teoría espiral donde se propone que la baja autoestima es el centro del modelo etiológico, ya que se presenta como un antecedente que será retroalimentado después de la sensación de fracaso cuando se ha interrumpido una dieta restringida, y agregan que la autoestima basada en la figura y el peso es grande en los individuos con TCA. Branden (2001), define a la autoestima como una experiencia de la autovaloración formada por dos componentes; 1) Eficacia personal, considerarse eficaz para pensar, aprender, elegir y decidir correctamente y de este modo superar retos y 2) Valor propio, respeto por sí mismo con la confianza de ser digno de éxito y realización.

1.3.6 Nivel socioeconómico

Bruch en su libro “La jaula dorada” (1978), una de sus publicaciones clásicas sobre las características de la AN, afirma haber encontrado una mayor prevalencia de TCA en mujeres jóvenes pertenecientes a clases altas. Gard y Freeman (1996) mencionan que existe una idea dominante acerca de la relación entre los TCA y el nivel socioeconómico, cuyo resultado es un estereotipo donde los sujetos que pertenecen a estratos socioeconómicos más altos son considerados como personas con mayor riesgo de TCA. Estos autores realizaron una revisión de artículos publicados entre 1979 y 1990 para evaluar si existía evidencia acerca de esta relación. Encontraron que la investigación hasta el momento revisada no apoyaba la asociación entre nivel socioeconómico alto y TCA debido a los sesgos en la metodología y a la gran influencia de la impresión clínica. Por su parte, Story et al (1995) en un estudio donde participaron más de 30 000 adolescentes, encontraron que las conductas alimentarias inapropiadas no eran exclusivas de los sujetos de clase alta. En 2010, da Cunha et al, publicaron un estudio realizado en 935 mujeres universitarias del sur de Brasil, donde encontraron que no existían diferencias significativas entre la prevalencia de conductas alimentarias anormales entre los diferentes niveles socioeconómicos de dicha población. En México, Palma et al (2011) encontraron para la muestra de jóvenes entre 10 y 19 años

quienes participaron en la ENSANUT 2006, que entre los jóvenes de hogares cuyo nivel socioeconómico era más alto existía un riesgo más elevado para presentar CAR (OR: 2.05, 95%IC: 1.52-2.75).

1.3.7 Área de estudio

Uno de los factores socioculturales que influyen en la aparición y desarrollo de trastornos alimentarios es la profesión o actividad donde se da gran valor a un cuerpo delgado. Grupos profesionales como modelos, bailarinas, gimnastas y azafatas tienen mayor incidencia de TCA que la población en general (Torresani, 2003). El estudio realizado por Rodríguez et al (2006), en una población de mujeres de nivel superior que estudiaban en la Universidad Autónoma del Estado de México, muestra que las estudiantes de las áreas de conocimiento que se centran en la satisfacción del cliente y el contacto cara a cara, como son las ciencias sociales y las disciplinas económico administrativas, presentan mayores prevalencias de CAR, en comparación con las estudiantes de ciencias exactas, de la salud, humanidades, ingeniería, arquitectura y ciencias agropecuarias. En un trabajo con población estudiantil universitaria de Colombia, Fandiño et al (2007) describen a dicho grupo con mayor porcentaje de TCA respecto a la población en general. En este estudio se reportó que 39% de la población estudiada tenía grandes posibilidades de presentar un TCA. Dichos autores mencionan que los estudiantes universitarios pertenecen al rango de edad en riesgo, considerado entre 12 y 25 años; además éstos jóvenes pueden sufrir crisis depresivas, estrés y ansiedad, condiciones que también incrementan el riesgo de TCA.

1.3.8 Sexo

Existen algunos estudios sobre CAR, TCA y sus asociaciones con factores de riesgo, en estudiantes universitarios de México. Trabajos como el de Mancilla et al (2007) y el de Rodríguez et al (2006) han explorado las TCA y las CAR,

respectivamente. Ambas investigaciones se realizaron en muestras probabilísticas y estratificadas, exclusivamente en mujeres. El hecho de que hasta 90% de los individuos con TCA sean mujeres ha orillado a algunos a excluir a los hombres de los estudios sobre TCA, lo que resulta en una subestimación de casos incidentes y prevalentes en la población masculina (Reyes et al, 2011).

Al comparar hombres con y sin TCA, así como mujeres con TCA, Woodside et al (2001) concluyeron que las manifestaciones de este tipo de patología son similares en los dos sexos. En este estudio se observó que tanto los hombres como las mujeres con TCA tienen, por ejemplo, prevalencias más altas de depresión grave, ansiedad, dependencia al alcohol, ataques de pánico y agorafobia que los hombres sin TCA. Se encontraron, asimismo, niveles similares de insatisfacción en la vida cotidiana en sujetos de ambos sexos con TCA.

Carlat y Camargo, en una revisión de la literatura publicada en 1991, encontraron que los varones constituyen entre 10 y 15% de la población con bulimia nervosa y (Carlat, Camargo y Herzog, 1997). Por su parte, Sepúlveda (2008) ha encontrado prevalencias variables de CAR en varones universitarios de España. La autora reporta trabajos en los que 10% de la población de estudio usaba pastillas para adelgazar, laxantes o vomitaba para controlar el peso. En otros trabajos identificó que 1 de cada 4 hombres recurría al vómito y usaba laxantes, así como 4 de cada 10 tenía atracones. Estas discrepancias en las prevalencias antes mencionadas plantean la necesidad de profundizar en el estudio de CAR y TCA en varones. En su trabajo con universitarios de Venezuela, Lugli y Vivas (2006) llaman la atención sobre la necesidad de considerar la especificidad de los TCA en los hombres, con la finalidad de realizar diagnósticos adecuados. Las autoras proponen, por tanto, el desarrollo de instrumentos *ad hoc* que tomen en cuenta elementos relevantes para la población masculina. Sugieren, en ese sentido, explorar a la vigorexia y la metrosexualidad como expresiones masculinas de TCA.

1.3.9 Deseo de un cuerpo musculoso

Cafri y Thompson (2004) mencionan que el énfasis del estudio de la imagen corporal en los TCA es sobre la delgadez, mientras que la musculatura ha sido poco investigada. Debido al aumento en la valoración de los cuerpos musculosos masculinos, que hacen los medios de comunicación en las culturas occidentales, estos autores proponen que se evalúe el deseo por la musculatura y proponen algunos instrumentos de medición como la Escala de deseo por la musculatura de McCreary y Sasse (2000). En una revisión sobre las implicaciones del uso de esteroides, efedrina y ciertos comportamientos alimentarios, como la dieta para perder peso y la dieta para ganar musculatura, Cafri et al (2005) concluyen que estas tres condiciones representan un riesgo importante para la salud psicológica y física de quienes pretenden conseguir una figura predominantemente musculosa. El deseo por la musculatura en hombres está relacionado con el incremento del volumen corporal y en las mujeres con el tono muscular y la delgadez (Pritchard, 2011).

1.3.10 Índice de masa corporal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al índice de masa corporal (IMC) como un indicador de la relación entre la talla y el peso, el cual es utilizado para evaluar el estado nutricional de los adultos. Se estima dividiendo el peso del individuo expresado en kilogramos entre el cuadrado de la talla expresada en metros (kg/m^2). Los valores del IMC en adultos, son independientes de la edad y la clasificación es la misma para ambos sexos (Tabla 3).

El sobrepeso y la obesidad se consideran factores de riesgo para desarrollar TCA porque acentúan la presión por la delgadez, la insatisfacción sobre la forma corporal e incrementan los intentos por bajar de peso (Stice, 2001). En un estudio con 7597 adolescentes que participaron en la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997, Unikel et al (2002) observaron que tanto las mujeres como los hombres con

sobrepeso y obesidad mostraron las mayores prevalencias de conductas alimentarias de riesgo. En el análisis realizado por Palma et al (2011) sobre los datos de la población adolescente (10 a 19 años) de la edición 2006 de la ENSANUT, los autores encontraron que 6.6% de los adolescentes con sobrepeso y 6.3% con obesidad presentaron alguna conducta alimentaria de riesgo, en comparación con solo 2.6% de los jóvenes con peso normal.

Chang y Christakis (2003) reportan que 29% de los hombres y 27% de las mujeres que participaron en la Tercera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Estados Unidos (NHANES-III) se clasificaron a sí mismos dentro de categorías de peso que no corresponden a las consideradas como saludables. El 38% de las mujeres con peso normal se auto-reportaron con “sobrepeso” y 32% de los hombres con sobrepeso se auto-reportaron como “casi en el peso adecuado”. En la búsqueda de la exactitud del auto-reporte de peso y talla en adolescentes, Unikel et al (2009) encontraron en una muestra representativa de estudiantes de preparatoria del Estado de México, que el auto-reporte de estatura es adecuado mientras que el auto-reporte de peso no es válido dentro de ésta población

1.3.11 Edad

El ciclo de vida está dividido en periodos con la finalidad de facilitar su estudio. Estos periodos comprenden rangos de edad que pueden variar ligeramente así, autores como Rice (1997) proponen los siguientes grupos: Periodo prenatal, de la concepción al nacimiento; Infancia, comprendida por los dos primeros años de vida; Niñez temprana, de los 3 a los 5 años; Niñez intermedia, de los 6 a los 11 años; Adolescencia, de los 12 a los 19 años; Juventud, comprendida entre la década de los 20 y 30 años; Edad madura, entre las décadas de los 40 y 50 años; y Vejez, de los sesenta años en adelante. En la adolescencia los individuos viven una transición entre la niñez y la vida adulta en la que acontece la maduración sexual, buscan más independencia de los padres y desean mayor contacto y sentido de pertenencia y compañía con sus pares. Entre los 20 y 30 años los

individuos debe resolver diferentes retos como elegir carrera y alcanzar éxito vocacional, además de enfrenarse a decisiones como el matrimonio, la elección de una pareja, la paternidad o maternidad. La toma de estas decisiones definen el escenario para la siguiente etapa de vida (Rice, 1997).

Desde el nacimiento hasta la vejez, el cuerpo es el centro de gratificación y frustración de las necesidades básicas. Por un lado es fuente de deleite y por otro es depositario de enfermedad y muerte. El recién nacido adquiere sentido de la realidad a través de relacionar sus sensaciones corporales con el mundo exterior. Cerca de los 2 años de vida, los infantes ya conocen su imagen en el espejo. En los niños, las experiencias corporales son el centro de su mundo. Es durante la infancia que padres de familia, maestros y amistades transmiten valores relacionados al cuerpo. Especialmente, las niñas aprenden desde muy temprana edad a preocuparse por su apariencia (Rodríguez-Pérez, 2000). Los grandes cambios biológicos relacionados con la pubertad obligan al adolescente a formar una nueva imagen corporal, diferente a la desarrollada en la infancia. Autores como Dulanto (2000), marcan el inicio de la pubertad a los 11 años en mujeres y 12 años en los hombres. Antes de la pubertad el cuerpo de las niñas tiene 10-15% más grasa que el de los varones. Al término de esta etapa, el cuerpo de las mujeres tiene 20-30% más grasa que el de los hombres. Es posible encontrar que las mujeres durante este periodo de la vida estén más insatisfechas con su cuerpo que los varones, dado que esta ganancia de masa grasa las aleja del ideal corporal de delgadez (Rodríguez-Pérez, 2000).

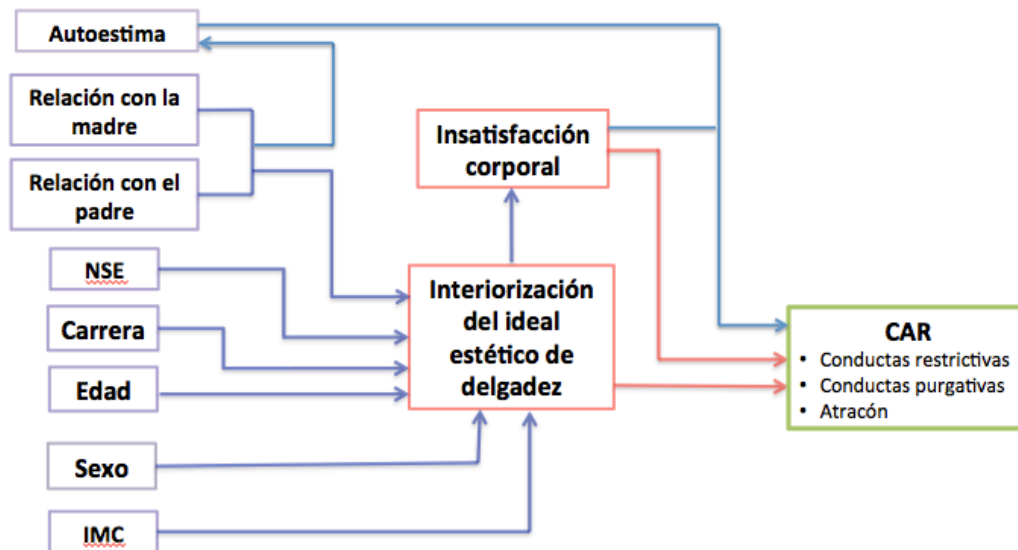
Tabla 3. Clasificación de la OMS del estado nutricional en adultos de acuerdo con el IMC.

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Principales puntos de corte	Puntos de corte adicionales
Infrapeso	<15,99	<15,99
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez no muy pronunciada	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,5 - 24,99	18,5 - 22,99
		23,00 - 24,99
<u>Sobrepeso</u>	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

2. Modelo conceptual

En la figura 1, se muestran de forma gráfica las relaciones propuestas para el estudio de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en estudiantes universitarios y sus diferentes variables. El análisis más detallado se presenta a continuación.

Esquema 6. Modelo conceptual etiológico para las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en estudiantes universitarios.



La variable CAR agrupa a los tres tipos de conductas alimentarias de riesgo: conductas restrictivas (dieta restrictiva, ejercicio excesivo y ayuno), conductas purgativas (vómito autoinducido, uso de laxantes y/o diuréticos) y atracón (Unikel et al, 2004). Estas conductas surgen como consecuencia de la interiorización del ideal estético de delgadez, identificable cuando el individuo otorga un gran valor a una figura delgada. A un mayor grado de dicha interiorización, el individuo podría presentar insatisfacción corporal, que es el resultado del grado de discrepancia entre el ideal de delgadez y la imagen corporal del propio individuo. Es a partir de ésta relación que surge la hipótesis de asociación positiva con las CAR previamente descritas. Por su parte, la baja autoestima también precede a las CAR.

Dentro de las variables antecedentes están las relaciones con la madre y el padre. Tener una relación dónde las expectativas sobre el desempeño de los hijos son muy altas y dónde éstos no tienen individualidad, ni pueden tomar decisiones, además de considerarse un medio propicio para la reproducción del ideal estético de delgadez, favorece el surgimiento de baja autoestima (Garfinkel y Garner, 1982a). Otras variables antecedentes son la edad y el sexo. Las adolescentes y mujeres jóvenes se consideran la población en riesgo para los TCA, aunque en la actualidad algunos investigadores han incluido a los adolescentes y varones jóvenes dentro de dicho grupo de riesgo.

Según algunas revisiones de la literatura, como la publicada por Grand en 1996, el nivel socioeconómico (NSE) no representa una condición que modifique el riesgo para TCA. Sin embargo, la ENSANUT 2006 reportó una asociación entre NSE y CAR en adolescentes de México, por lo que este modelo incluye el NSE como una variable antecedente para las CAR. Otra variable antecedente es el tipo de carrera que se estudia, dónde se de gran valor a la figura delgada, ámbito en el cual se favorecerá a la interiorización del ideal de delgadez o no.

Por último está el índice de masa corporal (IMC), que relaciona el peso corporal con la talla del individuo para determinar su estado de nutrición. El IMC se ha asociado en la literatura con CAR, encontrando que los individuos con sobrepeso u obesidad presentan mayor frecuencia de CAR que los de peso normal o bajo peso (Unikel, 2002). En resumen, este modelo propone que la interiorización del ideal estético de delgadez y la insatisfacción corporal anteceden a la presencia de CAR en estudiantes universitarios.

3. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

En México, se han encontrado prevalencias de CAR entre 5 y 18% en mujeres universitarias. Unikel et al (2006), en su estudio con población estudiantil del Distrito Federal, reportó un incremento en las CAR en hombres de 1.3% en 1997 a 3.8% en 2003 y en mujeres de 3.4% en 1997 a 9.6% en 2003.

Las CAR, junto con la interiorización del ideal estético de delgadez y la insatisfacción corporal se consideran factores predisponentes para los TCA. Autores como Stice (2010), mencionan que la interiorización del ideal estético de delgadez y la insatisfacción corporal son algunos de los factores de riesgo para TCA más consistentes. La mortalidad, morbilidad y discapacidad asociadas a TCA colocan a este tipo de trastornos como un problema de salud pública (Fairburn 2003; Striegel-Moore y Bulik 2007; Hoek 2006; Fandiño 2007).

El conocimiento de las condiciones que determinan el establecimiento de los trastornos alimentarios en mujeres y hombres estudiantes de nivel superior es importante para enfocar acciones de promoción de la salud e intervenciones que pudieran ofrecerse dentro del campus universitario (Yager y O´Dea, 2008).

Interesa contribuir al estudio de la distribución y determinantes de los trastornos alimentarios en la población universitaria a través de profundizar en el análisis de la asociación entre el ideal estético de delgadez, la insatisfacción corporal y la aparición de CAR en estudiantes universitarios según sexo y tipo de carrera.

4. Objetivos de investigación

4.1 Objetivo General

Analizar la relación que existe entre interiorización del ideal estético de delgadez, insatisfacción corporal y la prevalencia de CAR en estudiantes universitarios según sexo y tipo de carrera.

4.2 Objetivos Específicos

- Obtener las características psicométricas de los cuestionarios para medir conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez, relación con el padre y de relación con la madre aplicados en hombres y los de relación con el padre y relación con la madre aplicados en mujeres.
- Describir a la población estudiada por sexo, según los factores asociados: insatisfacción corporal, interiorización del ideal estético de delgadez, autoestima, actividad física, índice de masa corporal, edad, tipo de carrera, nivel socioeconómico, relación con el padre y relación con la madre.
- Reportar la prevalencia de CAR, interiorización del ideal estético de delgadez, insatisfacción corporal y baja autoestima en la población.
- Encontrar las asociaciones entre las conductas alimentarias de riesgo y las variables propuestas en el modelo conceptual por medio de análisis multivariado.

5. Hipótesis de investigación

5.1 Hipótesis general

Los estudiantes universitarios de primer ingreso a la UAM-X tendrán mayor prevalencia de CAR cuando mayor sea la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción corporal según sexo y tipo de carrera.

5.2 Hipótesis específicas

- La prevalencia de CAR en los estudiantes universitarios es mayor que la prevalencia reportada en la población general.
- La prevalencia de CAR es mayor en mujeres que en hombres.
- La asociación que existe entre la interiorización del ideal estético de delgadez e insatisfacción corporal es positiva en estudiantes universitarios según sexo y tipo de carrera.

6. Definición operacional y conceptual de las variables de estudio

Las variables que se estudiaron en este trabajo son:

- Dependiente: Conductas alimentarias de riesgo (CAR).
- Independientes: Interiorización del ideal estético de delgadez e Insatisfacción corporal.
- Antecedentes: Deseo por la musculatura, Autoestima, Edad, Sexo, Área de estudio, Índice de masa corporal (IMC), Relación negativa con la madre, Relación negativa con el padre, Nivel socioeconómico (NSE) y Actividad física excesiva.

A partir de la propuesta de Moreno, López y Hernández (2007), las escalas de medición de variables se clasificaron en: Cualitativas (nominales y ordinal) y Cuantitativas (de intervalo y de razón). En la Tabla 4, se describen la conceptualización y operacionalización de variables. Todas las variables fueron medidas en mujeres y hombres.

Tabla 4. Definición conceptual y operacional de variables.

Variable	Justificación	Definición	Operacionalización	Escala
Dependiente: Conductas alimentarias de riesgo (CAR)	De acuerdo con la literatura que las CAR son más frecuentes que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Unikel et al, 2004): Se reporta además, un aumento en la frecuencia de CAR en estudiantes de México (Unikel <i>et al</i> , 2006). Las CAR son factor de riesgo para el desarrollo de TCA	CAR: condiciones previas a TCA; se definen como manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos para éstos últimos pero que son conductas propias de los mismos	Se midió utilizando el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de riesgo (CBCAR): Consta de 10 preguntas que miden la preocupación por engordar, la práctica de atracones, así como de conductas de tipo restrictivo y purgativo, en los tres meses previos a la evaluación (Unikel et al, 2004).	Cualitativa ordinal 4 opciones de respuesta: nunca o casi nunca= 0; algunas veces= 1; frecuentemente (2 veces a la semana)= 2; y muy frecuentemente (más de 2 veces a la semana)= 3. Puntos de corte: 0) Sin riesgo: <7 1) Riesgo moderado: 7 a 10 2) Riesgo alto: >10

Tabla 4. Continuación.

Independientes:				
<p>Interiorización del ideal estético de delgadez</p> <p>(IID)</p>	<p>Se reporta como uno de los factores de riesgo más consistentes para TCA (Stice, 2010).</p>	<p>IID: el conocimiento del prototipo de belleza delgado y apropiación de este, al punto en que se convierte en el principio que guía la conducta.</p>	<p>Se midió con la suma de las respuestas al Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal que consta de 15 preguntas que miden la interiorización del ideal estético de delgadez (Unikel et al, 2004).</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p> <p>4 opciones de respuesta: nunca o casi nunca= 1; algunas veces= 2; frecuentemente= 3; y siempre= 4. Una puntuación más elevada implica mayor patología.</p> <p>Punto de corte:</p> <p>0= Sin riesgo: 0-36,</p> <p>1= Con riesgo : ≥ 37.</p>
<p>Insatisfacción corporal</p> <p>(IC)</p>	<p>Se identifica a ésta variable como uno más de los factores de riesgo para TCA (Stice, 2010).</p>	<p>Evaluación subjetiva en sentido negativo del propio cuerpo. Se considera insatisfacción con la figura corporal a la discrepancia que existe entre la figura real y la figura ideal, ya sea que se desee un cuerpo más delgado o uno más grueso.</p>	<p>Se midió con una escala análoga de 9 figuras distribuidas en un rango de pesos corporales, desde muy delgada hasta muy gorda, organizadas de forma no progresiva. Esta versión de la escala fue propuesta por Acosta y Gómez (2003) y es una adaptación de la originalmente desarrollada por Stunkard, Sorensen y Schulsinger (1983). Las figuras se utilizan en dos modalidades, la primera para conocer la figura con la cual el sujeto más se identifica y la segunda para conocer cual es su ideal.</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p> <p>Las figuras se puntúan con valores del uno al nueve, de la más delgada a la más gruesa y se obtiene la diferencia entre ambas (figura actual-figura ideal). Figura A= 4; B= 6; C= 3; D= 7; E= 2; F= 8; G= 1; H= 9; I= 5.</p> <p>Puntos de corte:</p> <p>0= Sin insatisfacción corporal, (diferencia 0).</p> <p>1= Con insatisfacción corporal: desea una figura más gruesa, (diferencia negativa).</p> <p>2= Con insatisfacción corporal: desea una figura más delgada, (diferencia positiva).</p>

Tabla 4. Continuación.

Antecedentes:				
Deseo por la Musculatura	En los varones existe el deseo de poseer un cuerpo musculoso pero libre de grasa (Ricciardelli y McCabe, 2003). Tienden a enfatizar la importancia no sólo a la delgadez, sino también –y aún más– a la musculatura (Leit et al, 2002; Murray, 2002),	Refleja la percepción de un individuo de ser o no suficientemente musculoso y si requiere o no aumentar su masa muscular. La motivación a la musculatura es más prevalente en varones, en quienes se ha encontrado que una figura corporal mesomórfica musculosa es la más deseable.	Se midió con el Cuestionario de Motivación a la Musculatura. Validado por Escoto et al 2013.	Cualitativa Ordinal 15 preguntas con seis opciones de respuesta: nunca= 1; casi nunca= 2; algunas veces= 3; bastantes veces= 4; casi siempre= 5; siempre= 6. Punto de corte: 0= Sin deseo por la musculatura: < percentil 75 1= Con deseo por la musculatura: ≥ percentil 75
Baja autoestima	Se considera a la baja autoestima como un factor de riesgo individual para TCA (Polivy, 2002).	Autoestima: Es la evaluación de la información contenida en el autoconcepto. Se basa en la combinación de la información objetiva sobre uno mismo y la evaluación subjetiva de dicha información, donde la autoestima es la discrepancia entre la percepción de uno mismo (la visión objetiva) y el ideal de uno mismo (aquello que la persona considera que le gustaría ser). Una gran discrepancia produce una baja autoestima, mientras que habitualmente, una escasa discrepancia es indicativo de alta autoestima.	Se midió por medio de un cuestionario de autoestima que consta de 9 preguntas (Pope, McHale y Craighead, 1999).	Cualitativa Ordinal 4 opciones de respuesta, para los ítems 1, 2, 4, 5 y 7: nunca o casi nunca=1; a veces= 2; con frecuencia= 3; con mucha frecuencia=4. Para los ítems 3, 6, 8 y 9 se invierten los valores. 2 sub-escalas: percepción de sí mismo, percepción de competencia negativa. Una puntuación mayor implica menor autoestima. Punto de corte: 0= Sin baja autoestima: < la mediana más 1 desviación estándar 1= Con baja autoestima: ≥ la media más 1 desviación estándar

Tabla 4. Continuación.

Edad	La literatura considera a los adolescentes y adultos jóvenes como grupo de riesgo para TCA (Fandiño, 2007).	Edad cronológica	Medida en años	Cuantitativa Ordinal 1) < 19 años 2) 20 a 24 años 3) ≥ 25 años
Sexo	Aunque las CAR afectan principalmente a mujeres (Saucedo-Molina, 2010), Sepúlveda (2008) llama la atención sobre estudios donde se reporta que 10% de los varones usaba pastillas para adelgazar, laxantes o vomitaba para controlar el peso, o dónde 1 de 4 recurría al vómito y 4 de 10 tenía atracones.	Condición de ser hombre o mujer	Hombre o mujer	Cualitativa Nominal 1) Mujer 2) Hombre
Área de estudio	Las profesiones o actividades dónde se da gran valor a un cuerpo delgado se consideran factores riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios (Torresani, 2003).	Carrea en la que está inscrito	Carreras impartidas en la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco	Cualitativa Nominal Todas las carreras del plantel 1= Ciencias y Artes para el Diseño (CyAD): Arquitectura, Diseño de la comunicación gráfica, Diseño industrial, Planeación territorial. 2= Ciencias Sociales y Humanidades (CSH): Administración, Comunicación social, Economía, Política y gestión social, Psicología, Sociología. 3= Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS): Agronomía, Biología, Enfermería, Estomatología, Medicina, Nutrición humana, Química farmacéutica biológica, Medicina veterinaria y zootecnia.

Tabla 4. Continuación.

<p>Índice de masa corporal</p>	<p>A nivel nacional, la ENSANUT-2006 reporta que los adolescentes con sobrepeso y obesidad presentan mayor frecuencia de CAR que los de peso normal o bajo peso (Palma-Coca et al, 2001).</p>	<p>Índice de masa corporal: criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevada al cuadrado y cuyos valores altos se asocian con riesgo para la salud</p>	<p>El peso y la estatura se midieron directamente, por personal capacitado y estandarizado, con la utilización de una báscula y un estadímetro</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p> <p>Según la OMS:</p> <p>Desnutrición: ≤ 18.4</p> <p>Normal: 18.5 - 24.9</p> <p>Sobrepeso: 25 - 29.9</p> <p>Obesidad: ≥ 30</p>
<p>Relación negativa con la madre</p>	<p>Autores como Garfinkel y Garner (1982), reconocen que al interior de la familia, las madres que dan un gran valor a la delgadez, al ejercicio y a la cultura de la alimentación favorecen el desarrollo de TCA.</p>	<p>Manifestaciones conductuales de afecto, maltrato emocional, control, apoyo y comunicación.</p>	<p>Se midió con 3 de las sub-escalas del cuestionario de Relación con la mamá: afecto, autoritarismo y crítica (Unikel et al, 2004)</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p> <p>4 opciones de respuesta, para los ítems 1 a 10: nunca o casi nunca= 4; a veces= 3; con frecuencia= 2; con mucha frecuencia=1. Para los ítems 11 a 24 se invierten los valores</p> <p>Punto de corte:</p> <p>0= Relación no negativa con la madre : < la media más 1 desviación estándar</p> <p>1= Relación negativa con la madre: \geq la media más 1 desviación estándar</p>
<p>Relación negativa con el padre</p>	<p>Autores como Garfinkel y Garner (1982), reconocen que al interior de la familia, los padres que dan un gran valor a la delgadez, al ejercicio y a la cultura de la alimentación favorecen el desarrollo de TCA.</p>	<p>Manifestaciones conductuales de afecto, maltrato emocional, control, apoyo y comunicación.</p>	<p>Se midió con 3 de las sub-escalas del cuestionario de Relación con el papá: afecto, autoritarismo y crítica (Unikel et al, 2004)</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p> <p>4 opciones de respuesta, para los ítems 1 a 10: nunca o casi nunca= 4; a veces= 3; con frecuencia= 2; con mucha frecuencia=1. Para los ítems 11 a 24 se invierten los valores</p> <p>Punto de corte:</p> <p>0= Relación no negativa con el padre: < la media más 1 desviación estándar</p> <p>1= Relación negativa con la padre: \geq la media más 1 desviación estándar</p>

Tabla 4. Continuación.

<p>Nivel socioeconómico</p>	<p>La ENSANUT 2006 reportó una asociación entre NSE alto y CAR en adolescentes de México (Palma-Coca et al, 2011).</p>	<p>Estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social</p>	<p>Se midió con las 10 preguntas del índice AMAI (2008), dónde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de televisiones a color • Número de computadoras • Número de focos, • Número de automóviles • Estufa • Número de baños • Regadera • Tipo de suelo • Número de habitaciones • Educación del jefe de familia 	<p>Cualitativa Ordinal</p> <p>≤60 puntos= nivel E (el más bajo)</p> <p>≥242 puntos= nivel A (el más alto).</p> <p>1= Nivel A/B: ≥242</p> <p>2= Nivel C+: 192 a 241</p> <p>3= Nivel C: 157 a 191</p> <p>4= Nivel D+ y D: 61 a 156</p>
<p>Actividad física excesiva</p>	<p>La práctica excesiva de ejercicio está considerado por el DSM-IV (1995) como una conducta compensatoria inapropiada para controlar el peso corporal.</p>	<p>Tiempo de actividad física realizada que excede a la recomendación hecha por la guía para actividad física, <i>Physical Activity Guidelines for Americans</i> (2008).</p>	<p>Autoreporte del tiempo que dedica a alguna actividad física en horas con minutos en una semana.</p>	<p>Cuantitativa Ordinal</p> <p>Horas</p> <p>0= No realiza actividad física</p> <p>1= Realiza actividad física sin exceso: ≤ 2 hrs diarias</p> <p>2= Excede la recomendación: >2 hrs diarias</p>

7. Materiales y métodos

7.1 Diseño del estudio

A partir de un diseño transversal en este trabajo se analizaron factores asociados al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo (CAR). Se distribuyó una encuesta de auto-llenado en el salón de clases a estudiantes universitarios de ambos sexos, de primer ingreso a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), durante el mes de Octubre de 2012.

7.2 Diseño muestral.

Marco muestral: Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco (UAM-X), Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Delegación Coyoacán, México DF.

Unidad de muestreo: alumnos de ambos sexos inscritos al primer trimestre, denominado “Tronco Interdivisional (TID)” y común para todas las licenciaturas.

Muestra: Universo de alumnos de primer trimestre.

Criterios de inclusión: alumnos inscritos al primer trimestre de la Unidad Xochimilco de la UAM, de los turnos matutino y vespertino, de todas las edades y de ambos sexos.

Criterios de exclusión: alumnos de licenciatura que hubieran estado cursando un trimestre diferente al primero, así como los estudiantes de maestría o doctorado.

Criterios de eliminación: alumnas embarazadas y estudiantes que entregaron la encuesta incompleta.

7.3 Factibilidad

Este estudio forma parte de la etapa de diagnóstico e identificación de determinantes de CAR del proyecto *“Conductas alimentarias de riesgo y estrategias para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de la UAM”*, cuyos responsables son el Dr. José Alberto Rivera Márquez, del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, y la Dra. Claudia Unikel Santoncini de la Dirección de investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto

Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Para la realización del proyecto se firmó un convenio de 4 años entre ambas instituciones.

7.4 Consideraciones éticas

De acuerdo con la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, esta investigación se consideró de riesgo mínimo ya que se manipularon variables de índole psicológica. El consentimiento informado fue un requisito para la inclusión de los participantes. En todos los casos se ofreció un teléfono y datos de los investigadores responsables para que los sujetos pudieran comunicarse y aclarar dudas. También se aseguró a los jóvenes que su participación era voluntaria y que la información que proporcionarían sería confidencial; que los datos serían utilizados con fines exclusivos de investigación y que su participación no tendría ningún efecto en su estatus como estudiantes de la UAM.

7.5 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se capacitó a un equipo de encuestadores a quienes también se estandarizó para llevar a cabo las mediciones antropométricas. Los encuestadores recibieron un manual con información detallada sobre las actividades a desarrollar durante el trabajo en campo. Previo a la recolección de datos los encuestadores se presentaron con el profesor responsable de cada grupo y solicitaron una cita para la aplicación de los cuestionarios. Los encuestadores formaron equipos de 3 ó 4 integrantes para realizar el trabajo de campo, totalizando así 4 equipos. Se presentaron el día y hora indicados ante los grupos de estudiantes y dieron lectura en voz alta a los puntos centrales del consentimiento informado, el cual se distribuyó con copia para cada uno de los participantes. Se aclaró nuevamente que la participación era voluntaria y los datos confidenciales.

Para la obtención de las mediciones antropométricas se utilizaron 4 básculas digitales Seca, modelo 813, y 4 estadímetros Seca, modelo 206, que fueron ubicados fuera del salón. El tiempo utilizado para la recolección de datos en cada grupo fue 1 hora aproximadamente.

7.6 Instrumento

El cuestionario de autoaplicación utilizado para la recolección de datos constó de 10 secciones y se aplicó una versión para hombres y otra para mujeres (Anexos 1 y 2).

Sección 1. Datos personales: nombre, colonia, delegación/municipio, código postal, matrícula, grupo, horario, salón, correo electrónico, teléfono, licenciatura, edad, sexo, peso estimado y estatura estimada.

Sección 2. Nivel socioeconómico: medido con el Índice AMAI (10x6) 2008, que es una versión desarrollada a partir del índice AMAI de 1994 (13x6) por la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (López, 2009). Este índice clasifica a los hogares en 6 niveles: A/B (el más alto), C, C+, D, D+ y E (el más bajo). Parte de 10 variables que se basan en 5 aspectos: 1) Tecnología y entretenimiento: número de televisiones a color, número de computadoras; 2) Infraestructura práctica: números de focos, números de autos, estufa; 3) Infraestructura sanitaria: número de baños, regadera; 4) Infraestructura básica: tipo de piso, número de habitaciones; 5) Capital humano: educación del jefe de familia.

Sección 3. Actividad física: a partir de preguntas que indagan si se realiza habitualmente algún ejercicio o actividad física, con opción de respuesta si/no y sobre cuanto tiempo habitualmente se dedica a realizar dicho ejercicio o actividad durante la semana, con opción de respuesta en horas y minutos.

Sección 4. Conductas alimentarias de riesgo: medidas con el cuestionario CBCAR (Unikel et al, 2004), desarrollado en una muestra de 78 mujeres con

diagnóstico de TCA de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y un grupo de comparación formado por 468 estudiantes de nivel medio y medio superior de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México. El cuestionario se compone de 10 ítems y mostró una alta confiabilidad (alfa Cronbach= 0.83), así como una consistencia interna que explica 64% de la varianza en siete iteraciones. El análisis factorial arrojó tres factores puros: 1) Atracón-purga, que explicó 42.3% de la varianza, con un valor de alfa de Cronbach de 0.74; 2) Medidas compensatorias, que explicó 12% de la varianza y un valor alfa de Cronbach de 0.72 y, 3) Restricción, que explicó 10.2% de la varianza y obtuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.76. Se utilizó el mismo cuestionario para la medición en hombres.

Sección 5. Interiorización del ideal estético de delgadez: medido con el cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal desarrollado por Unikel et al (2004) para mujeres. La escala original se compone de 15 ítems que obtuvieron un valor de alfa Cronbach de 0.90 y se distribuyen en dos factores que explican el 50.9% de la varianza total. El análisis arrojó dos factores: 1) Interiorización, que explicó 43.4% de la varianza, con un valor de alfa de Cronbach de 0.88; y 2) Creencias, que explicó 7.4% de la varianza, con un valor de alfa de Cronbach de 0.77. Algunos ítems fueron modificados para conseguir una versión del cuestionario dirigida a los hombres. Los ítems “Las mujeres delgadas son más femeninas” y “Las mujeres gordas son menos femeninas” se cambiaron por “Los hombres delgados son más atractivos” y “Los hombres gordos son menos atractivos”. Las palabras “gorda”, “delgada”, “aceptada” y “valiosa”, se cambiaron por “gordo”, “delgado”, “aceptado” y “valioso”.

Sección 6. Relación negativa con el padre y relación negativa con la madre: medidas con tres factores de los cuestionarios de Relación con el padre y

Relación con la madre desarrollados por Unikel et al (2004) para mujeres: 1) Afecto; 2) Autoritarismo; y 3) Crítica. La escala original para medir la relación con el padre obtuvo alta confiabilidad (alfa Cronbach de 0.916). Se compone de 35 ítems que arrojaron 4 factores y explicaron 55.11% de la varianza total. El primer factor explicó 32.1% de la varianza, con un valor de alfa de Cronbach de 0.93; el segundo factor explicó 12.9% de la varianza, con un valor de alfa de Cronbach de 0.81; el tercer factor explicó 5.3% de la varianza y obtuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.57 y el último factor explicó 4.6% de la varianza, con un valor de alfa de Cronbach de 0.48. La escala para medir la relación con la madre está formada por 31 ítems y obtuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.904, que explicaron 54.09% de la varianza total. Esta escala también arrojó los mismos 4 factores: el primero explicó 32.2% de la varianza, con un valor de alfa de Cronbach de 0.91; el segundo explicó 11.2% y obtuvo un valor de alfa de Cronbach 0.73; el tercer factor explicó 5.7% de la varianza, con un valor de alfa de Cronbach 0.62, y el cuarto factor explicó 4.8% de la varianza con un valor de alfa de Cronbach de 0.71. Se utilizaron todos los ítems de los factores seleccionados, tanto para la versión aplicada en hombres como para la versión de mujeres.

Sección 7. Autoestima: medida con el cuestionario de Autoestima de Pope, McHale y Craighead de 1999, modificado por Unikel et al (2004). Esta escala contiene 9 ítems de los diez originales, organizados en 2 factores que explican 59.6% de la varianza total. Fue eliminado el ítem “Mi familia esta decepcionada de mí”, con lo cual la escala presentó un valor de alfa de Cronbach de 0.83. Los factores 1 (percepción de sí mismo) y 2 (percepción de competencia negativa) explican el 45.1% y 14.48% de la varianza y obtuvieron valor de alfa de Cronbach de 0.88 y 0.77, respectivamente.

Sección 8. Deseo por un cuerpo musculoso: medido con el cuestionario de “Deseo por la musculatura” de McCreary 2000, validado por Escoto et al (2013) en

población de varones universitarios mexicanos entre 19 y 22 años. La escala tiene un valor de confiabilidad de 0.88 y arrojó tres factores que explican 45.6% de la varianza total: actitudes, consumo de suplementos y apego al entrenamiento. La escala no fue modificada para su aplicación en el presente trabajo

Sección 9. Insatisfacción corporal, medida con los esquemas de figuras de Stunkard (1983) adaptada por Acosta y Gómez Pérez-Mitre (2003). Las figuras se utilizan en dos momentos, el primero para conocer con cuál figura se identifica el sujeto y el segundo para conocer cuál es la figura que se desea tener. Las figuras tienen valores que van del 1 al 9 y representa a la figura más delgada y la figura más gruesa (Cuadro 1). Para estimar si un sujeto tiene o no insatisfacción con su cuerpo, se obtiene la diferencia entre el valor de la figura con la que se identifica menos el valor de la figura que desea tener. Una diferencia mayor supondrá mayor insatisfacción.

Sección 10. Peso y talla: medidos por los antropometristas una vez que los participantes respondieron la sección 1, referente a datos personales.

Sección sobre amenorrea: (sólo en el instrumento para mujeres), se incluyeron preguntas sobre la pérdida de la menstruación, durante cuantos periodos, sobre el uso de pastillas anticonceptivas y sobre la presencia de menopausia.

8. Plan de análisis

8.1 Análisis de validez y análisis factorial

El Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal, Cuestionario de Relación con el Padre y de Relación con la Madre se aplicaron en el grupo de hombres de manera exploratoria. Debido a la ausencia de cuestionarios sobre estos temas desarrollados y validados en población masculina, y con el objetivo de conocer la confiabilidad de los mismos, se realizó un análisis de consistencia interna y se obtuvo el alfa de Cronbach. Se consideraron válidas las correlaciones de ítem-total mayores a 0.28. Se realizó un análisis factorial de componentes principales de rotación oblicua para la muestra de hombres (n=390) y se consideraron válidas las cargas factoriales mayores a 0.40. Se realizaron los mismos análisis de consistencia interna y factorial para la muestra de mujeres (n=502) en los cuestionarios de Relación con el Padre y Relación con la Madre.

8.2 Análisis descriptivo

Para los datos continuos (edad, peso, talla e IMC) se obtuvieron medias y desviaciones estándar (DE), los valores mínimos y máximos, según sexo. Se utilizó la prueba ANOVA para comparar medias de peso y talla registrados y auto-reportados.

Se formaron 3 grupos de edad (<19 años, 20-24 años y ≥ 25 años), y para IMC se formaron 4 categorías (desnutrición, peso normal, sobrepeso y obesidad), según los criterios de la OMS. Se buscó agrupar las carreras según las variables interiorización del ideal estético de delgadez, insatisfacción corporal y autoestima utilizando un análisis de clúster. Debido a la igualdad encontrada en la comparación de medias se decidió conservar la misma clasificación de carreras según el área de estudio que utiliza la UAM, definiéndose tres grupos: Ciencias y Artes para el Diseño (CAD), Ciencias Sociales y Humanidades (CSH) y Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS). A partir de los 6 niveles socioeconómicos que se proponen en el Índice AMAI se formaron 4 grupos de NSE. Debido a que en el

nivel D sólo se encontraron 19 sujetos y a que no existe diferencia significativa en la frecuencia de CAR entre los grupos D y D+, se decidió formar un solo grupo con estos dos niveles. En la categoría E, el nivel más bajo, no se encontró ningún individuo.

Se estimaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas nominales y ordinales y para las variables con distribución no normal se estimaron medianas y rango intercuartil. Todas las variables se compararon según sexo y utilizó la prueba t de student para las variables continuas y la prueba X^2 para las cualitativas. Para las variables baja autoestima, deseo por la musculatura, relación con el padre y relación con la madre se estimaron medianas y se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. En el caso de los datos con distribución no-normal se determinaron puntos de corte independientes para mujeres y para hombres, y con la finalidad de identificar a los sujetos con las puntuaciones más altas se utilizó el percentil 75.

8.3 Análisis inferencial

Debido a las posibles interacciones que la variable sexo podría sumar a los modelos se realizó una estratificación.

- a) **Análisis bivariado:** dado que la variable dependiente tiene tres categorías de respuesta, se elaboró una tabla de contingencia y se obtuvieron frecuencias y porcentajes, estimando X^2 .
- b) **Análisis multivariado:** se realizó una regresión logística multinomial, ya que la variable dependiente es politómica. El grupo de referencia fue el grupo 0 (sin riesgo/sin CAR) y los grupos a comparar fueron el grupo 1 (riesgo/frecuencia moderada de CAR) y grupo 2 (riesgo/frecuencia alta de CAR). Se inició el análisis con un modelo completo, integrado por todas las variables. Se ajustó utilizando como criterios de eliminación de variables los resultados de la prueba de razón de verosimilitud y los valores $p > 0.05$. Se hizo una segunda prueba de ajuste iniciando con un modelo de dos variables, dónde se

incluyeron una por una las demás variables. En este modelo también se utilizaron como criterios de eliminación la prueba de verosimilitud y en este caso se mantuvieron las variables con valor $p < 0.05$. Para descartar la existencia de colinealidad entre las variables se realizó una matriz de correlación.

9. Resultados

En la primera parte de los resultados se presenta el análisis de consistencia interna y el análisis factorial de los cuestionarios seleccionados. Exceptuando al cuestionario CBCAR aplicado en hombres, cuyo valor de confiabilidad fue moderado (<0.70), todos los cuestionarios presentaron confiabilidad alta (>0.70), tanto los exploratorios aplicados en hombres como los aplicados en mujeres. Por lo anterior, en la siguiente etapa del análisis se utilizaron sin modificaciones.

La segunda sección de los resultados corresponde al análisis descriptivo de la población, donde se muestran comparaciones entre mujeres y hombres para todas las variables y se informa sobre las diferencias estadísticamente significativas. También se muestra la comparación entre las medianas de las variables cuya distribución no es paramétrica.

En el tercer y último bloque de resultados se presenta el análisis inferencial dividido en dos secciones: el análisis bivariado y el análisis multinomial. Para la realización de estos análisis se estratificó a la población por sexo y se exploraron por separado. Además, se realizó una matriz de correlación y dado que las correlaciones fueron bajas se asumió que no existe colinealidad entre variables.

9.1 Análisis factorial

9.1.1. Escalas aplicadas en hombres

En el análisis para la escala CBCAR se encontró que 5 ítems tenían un valor de correlación ítem-total menor a 0.28. La consistencia interna no fue modificada cuando se eliminaron estos 5 ítems. La escala total obtuvo un valor de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.646. El análisis arrojó 3 factores que explicaron 58.3% de la varianza total en siete iteraciones. El factor 1, compuesto por 4 ítems, explicó 28.53%. El segundo factor se compuso de 3 ítems el cual explicó 16.98% de la varianza y el tercer factor, con 2 ítems, explicó el 12.78%. El ítem “He hecho ayunos para bajar de peso” no fue agrupado en ningún factor por tener una carga factorial menor a 0.40. Los ítems “He vomitado después de comer para bajar de peso” y “He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas)” se agruparon de manera distinta en comparación con el instrumento original. Estos ítems aparecen en el factor atracón-purga junto con “ En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida” y “He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer) (Tabla 5).

Tabla 5. Conductas alimentarias de riesgo, escala aplicada en hombres.

Ítem	Factores		
	1	2	3
He vomitado después de comer para bajar de peso	.579		
He usado pastillas para bajar de peso	.620		
He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso	.797		
He tomado laxantes para tratar de bajar de peso	.895		
Me he preocupado por engordar		.813	
He hecho dietas para tratar bajar de peso		.761	
He hecho ejercicio para tratar d bajar de peso		.808	
En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida			.852
He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)			.802
He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más)			
Valores Eigen	2.8	1.6	1.2
Porcentaje de varianza total explicada	28.53	16.98	12.78
Confiabilidad por factor	0.593	0.711	0.643
Confiabilidad total	0.646		

El cuestionario de actitudes hacia la figura mostró una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.894. Ninguno de sus 15 ítems obtuvo un valor de correlación de ítem-total menor a 0.28. La escala arrojó 3 factores y explicó el 56.83% de la varianza total en diez iteraciones. El primer factor explicó 40.87% de la varianza y se formó con 6 ítems. El segundo factor, formado por 6 ítems, explicó 9.09% de la varianza y el tercer factor, compuesto por 2 ítems, explicó 6.86% de la varianza. Al eliminar los 2 ítems del tercer factor y el ítem “Los hombres delgados son más atractivos” no se modificó la confiabilidad total de la escala. Seis de los ítems se agruparon de manera diferente dentro de los factores, en comparación con el instrumento desarrollado para mujeres. Los dos ítems que aquí formaron el tercer factor, junto con “Estar gordo es sinónimo de imperfección” y “El aspecto físico es importante para sentirme valioso”, aparecen originalmente en el factor 1 sobre interiorización. Los ítems “El peso corporal es importante para conseguir ropa” y “Los hombres delgados son más atractivos” en la escala original forman parte del factor 2 sobre creencias (Tabla 6).

Tabla 6. Actitudes hacia la figura corporal, escala aplicada en hombres.

Ítem	Factores		
	1	2	3
Estar delgado es un logro muy importante para mí	.550		
Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo	.794		
El peso corporal es importante para sentirme bien	.724		
El aspecto físico es importante para sentirme bien	.759		
El peso corporal es importante para conseguir ropa	.445		
Cuando estoy delgado me siento en control	.767		
El peso corporal es importante para ser aceptado		.709	
El peso corporal es importante para conseguir pareja		.752	
Cuando estas gordo las mujeres no se te acercan		.775	
Los hombres gordos son menos atractivos		.732	
Estar gordo es sinónimo de imperfección		.600	
El aspecto físico es importante para sentirme valioso		.490	
Me deprime sentirme gordo			.661
Me siento gordo aunque los demás me digan que no estoy			.800
Los hombres delgados son más atractivos			
Valores Eigen	6.1	1.3	1.0
Porcentaje de varianza total explicada	40.87	9.09	6.86
Confiabilidad por factor	0.829	0.821	0.743
Confiabilidad total	0.894		

En la escala de relación con el padre, los 24 ítems obtuvieron un valor mayor a 0.28 en la correlación ítem-total. La escala arrojó 2 factores puros que explicaron el 70.46% de la varianza total en cuatro iteraciones; su valor de consistencia interna (alfa Cronbach) fue 0.965. El primer factor, formado por 14 ítems, explicó 56.72% de la varianza y el segundo, compuesto por 10 ítems, explicó 13.74% de la varianza. En el factor 1 se agruparon todos los ítems que formaban los factores “autoritarismo” y “crítica” de la escala original. El factor 2 de la presente escala corresponde al factor “afecto” de la escala original (Tabla 7).

Tabla 7. Relación con el padre, escala aplicada en hombres.

Ítem	Factores	
	1	2
Te demuestra afecto o cariño		.853
Realiza alguna actividad agradable contigo		.820
Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)		.858
Habla contigo de tus problemas		.882
Se muestra interesado en ayudarte		.847
Muestra que se preocupa por ti		.820
Es justo contigo		.658
Te expresa el amor que siente por ti		.876
Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces		.906
Eres importante para él		.695
Compara tu forma de ser con la de tus hermanos (as)	.738	
Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)	.822	
Controla o critica tu forma de vestir	.751	
Te ha tratado como si fueras una sirvienta	.858	
Se molesta si te portas cariñoso con él	.837	
Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas (os)	.896	
Te ha hecho sentir menos	.840	
Desconfía de ti	.805	
Te exige demasiado	.810	
Es difícil complacerlo	.702	
Se enoja si lo contradices o no estás de acuerdo con él	.722	
Te exige obediencia a sus antojos o caprichos	.852	
Te exige que te quedes en casa	.879	
Ha amenazado a alguien que quieres o estimas	.863	
Valores Eigen	13.6	3.2
Porcentaje de varianza total explicada	56.72	13.74
Confiabilidad por factor	0.957	0.962
Confiabilidad total	0.965	

En la escala de relación con la madre se formaron 4 factores con un valor de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.918, que explicaron el 62.34% de la varianza total en 24 iteraciones. Ninguno de los 24 ítems que la conforman obtuvo un valor menor a 0.28 en la correlación de ítem-total. El primer factor compuesto por 10 ítems, explicó 36.50% de la varianza. El segundo factor explicó 15.85% de la varianza con 11 ítems. Los factores 3 y 4, con 2 ítems cada uno, explicaron 5.2% y 4.6% de la varianza respectivamente. Al eliminar estos ítems no se modificó el valor de la confiabilidad total. Los ítems del factor 1 se agruparon de igual que en la escala original, dentro del factor de afecto. El factor 2 está compuesto por los ítems de autoritarismo y crítica de la escala original (Tabla 8).

Tabla 8. Relación con la madre, escala aplicada en hombres.

Ítem	Factores			
	1	2	3	4
Te demuestra afecto o cariño	.822			
Realiza alguna actividad agradable contigo	.698			
Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)	.840			
Habla contigo de tus problemas	.814			
Se muestra interesada en ayudarte	.872			
Muestra que se preocupa por ti	.838			
Es justa contigo	.641			
Te expresa el amor que siente por ti	.836			
Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	.840			
Eres importante para ella	.709			
Controla o critica tu forma de vestir		.470		
Te ha tratado como si fueras una sirvienta		.478		
Te ha hecho sentir menos		.557		
Desconfía de ti		.550		
Te exige demasiado		.692		
Es difícil complacerla		.842		
Se enoja si la contradices o no estás de acuerdo con ella		.721		
Te exige obediencia a sus antojos o caprichos		.659		
Te exige que te quedes en casa		.754		
Ha amenazado a alguien que quieres o estimas		.522		
Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas (os)		.628	.442	
Se molesta si te portas cariñoso con ella			.483	
Compara tu forma de ser con la de tus hermanos (as)				.855
Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)				.822
Valores Eigen	8.7	3.8	1.2	1.1
Porcentaje de varianza total explicada	36.50	15.86	5.25	4.66
Confiabilidad por factor	0.934	0.875		
Confiabilidad total	0.918			

9.1.2. Escalas aplicadas en mujeres

El cuestionario de relación con el padre con 24 ítems arrojó 2 factores puros, los cuales explicaron 72.73% de la varianza total en cinco iteraciones, con una consistencia interna (alfa Cronbach) de 0.976. Ninguno de sus ítems obtuvo un valor menor a 0.28 en la correlación de ítem-total. El primer factor, formado por 14 ítems, explicó 60.78% de la varianza, mientras que el segundo factor, con 10 ítems, explicó 11.95%. El factor “afecto” se conservó igual que en la escala original dentro del factor 2. Los ítems de autoritarismo y crítica se agruparon en el factor 1 (Tabla 9).

Tabla 9. Relación con el padre, escala aplicada en mujeres.

Ítem	Factores	
	1	2
Te demuestra afecto o cariño		.861
Realiza alguna actividad agradable contigo		.849
Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)		.929
Habla contigo de tus problemas		.885
Se muestra interesado en ayudarte		.799
Muestra que se preocupa por ti		.760
Es justo contigo		.589
Te expresa el amor que siente por ti		.873
Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces		.896
Eres importante para él		.616
Compara tu forma de ser con la de tus hermanos (as)	.758	
Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)	.827	
Controla o critica tu forma de vestir	.860	
Te ha tratado como si fueras una sirvienta	.843	
Se molesta si te portas cariñosa con él	.849	
Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas (os)	.870	
Te ha hecho sentir menos	.820	
Desconfía de ti	.825	
Te exige demasiado	.828	
Es difícil complacerlo	.759	
Se enoja si lo contradices o no estás de acuerdo con él	.722	
Te exige obediencia a sus antojos o caprichos	.890	
Te exige que te quedes en casa	.871	
Ha amenazado a alguien que quieres o estimas	.861	
Valores Eigen	14.5	2.8
Porcentaje de varianza total explicada	60.78	11.95
Confiabilidad por factor	0.959	0.966
Confiabilidad total	0.970	

En la escala de relación con la madre se obtuvieron 3 factores puros a partir de 24 ítems. La varianza total explicada en siete iteraciones fue 62.97% y la consistencia interna obtuvo una alfa de Cronbach de 0.949. Todos los ítems obtuvieron valores de correlación de ítem-total mayores a 0.28. El factor 1, formado por 10 ítems explicó 47.28% de la varianza; el segundo factor, compuesto también por 10 ítems, explicó 11.3% de la varianza y, por último, el tercer factor, con 4 ítems, explicó 4.3% de la varianza. El primer factor corresponde a todos los ítems de “afecto” de la escala original. Aunque la escala arrojó 3 factores, los ítems de “autoritarismo” y “crítica” se distribuyeron dentro del segundo y tercer factor de manera distinta a la escala original (Tabla 10).

Tabla 10. Relación con la madre, escala aplicada en mujeres.

Ítem	Factores		
	1	2	3
Compara tu forma de ser con la de tus hermanos (as)	.730		
Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)	.637		
Controla o critica tu forma de vestir	.680		
Te ha hecho sentir menos	.506		
Desconfía de ti	.706		
Te exige demasiado	.722		
Es difícil complacerla	.788		
Se enoja si la contradices o no estás de acuerdo con ella	.774		
Te exige obediencia a sus antojos o caprichos	.612		
Te exige que te quedes en casa	.547		
Te demuestra afecto o cariño		-.788	
Realiza alguna actividad agradable contigo		-.846	
Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)		-.880	
Habla contigo de tus problemas		-.865	
Se muestra interesada en ayudarte		-.837	
Muestra que se preocupa por ti		-.820	
Es justa contigo		-.578	
Te expresa el amor que siente por ti		-.784	
Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces		-.851	
Eres importante para ella		-.693	
Te ha tratado como si fueras una sirvienta			.607
Se molesta si te portas cariñosa con ella			.801
Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas (os)			.484
Ha amenazado a alguien que quieres o estimas			.604
Valores Eigen	11.3	2.7	1.0
Porcentaje de varianza total explicada	47.28	11.35	4.33
Confiabilidad por factor	0.944	0.904	0.811
Confiabilidad total	0.949		

9.2. Análisis descriptivo

La muestra quedó formada por 892 estudiantes de primer ingreso a la UAM-X cuya participaron fue voluntaria. De éstos, 56.2%(502) fueron mujeres y 43.7% (390) fueron hombres. Se estimó una tasa de respuesta cercana a 70%. La edad promedio fue de 19.3± 2.4 años para las mujeres y 20.4± 3.3 años para los hombres ($p < 0.05$). En promedio las mujeres pesaron 58.4±10.9 kilos y midieron 1.57±.06 metros. Los hombres en promedio pesaron 70.7±13.1 kilos y midieron 1.70±.06 metros (Tabla 11).

Tabla 11. Descripción de la población: media de edad, peso, talla e IMC, según sexo.

	Mujeres %(n) 56.2(502)			Hombres %(n) 43.7(390)			
	Media	DE	Mín-máx	Media	DE	Mín-máx	p
Edad (años)	19.30	2.47	16.00-41.00	20.43	3.34	17.00-37.00	0.000
Peso (kg)	58.44	10.93	35.50-103.40	70.72	13.15	44.10-120.10	0.007
Talla (cm)	1.57	.0613	1.31-1.77	1.70	.0690	1.53-1.92	0.000
IMC	23.51	3.97	16.61-39.00	24.19	4.08	16.00-40.59	0.012

Fuente: encuesta directa

Las medias estimadas de peso y el peso auto-reportado de mujeres y hombres no presentaron diferencia estadísticamente significativa, mientras que en la comparación de las medias de talla y talla auto-reportada si se encontraron diferencias significativas (Tabla 12).

Tabla 12. Comparación de peso y estatura medidos y auto-reportados, según sexo.

	Mujeres				Hombres			
	Media	DE	Mín-máx	p	Media	DE	Mín-máx	p
Peso (kg)	58.44	10.93	35.50-103.40	0.822	70.72	13.15	44.10-120.10	0.751
Peso auto-reportado	58.23	10.49	36.00-140.00		71.01	12.44	45.00-120.00	
Estatura (m)	1.57	.0613	1.31-1.77	0.002	1.70	.0690	1.53-1.92	0.032
Estatura auto-reportada	1.58	.0652	1.20-1.80		1.71	.0702	1.50-1.96	

Fuente: encuesta directa

La prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) de frecuencia moderada fue 19.5% para mujeres y 11.3% para los hombres. La prevalencia de CAR de frecuencia alta fue 6.1% para mujeres y 4.1% para los hombres ($p>0.05$)(Fig. 1). Se encontró una prevalencia de interiorización del ideal estético de delgadez para mujeres y hombres 11.3% y 6.9%, respectivamente ($p<0.05$)(Fig. 2). Por su parte, la prevalencia total de insatisfacción corporal en las mujeres es 78.8% y entre los hombres es 70.5% ($p<0.05$) (Fig.3). Al 69.4% de las mujeres les gustaría tener una figura más delgada y a 9.3% les gustaría una figura más gruesa. Entre los hombres, a 39.2% les gustaría tener una figura mas delgada y a 31.2% les gustaría tener una figura más gruesa.

Fig. 1. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo según sexo.

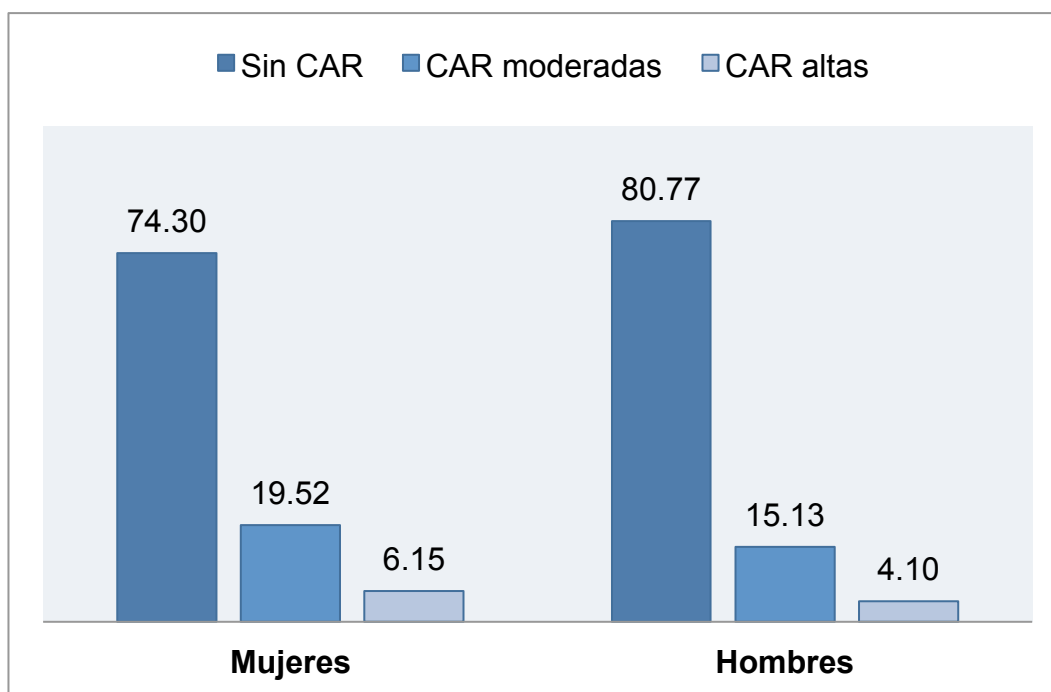


Fig. 2. Prevalencia de interiorización del ideal estético de delgadez según sexo.

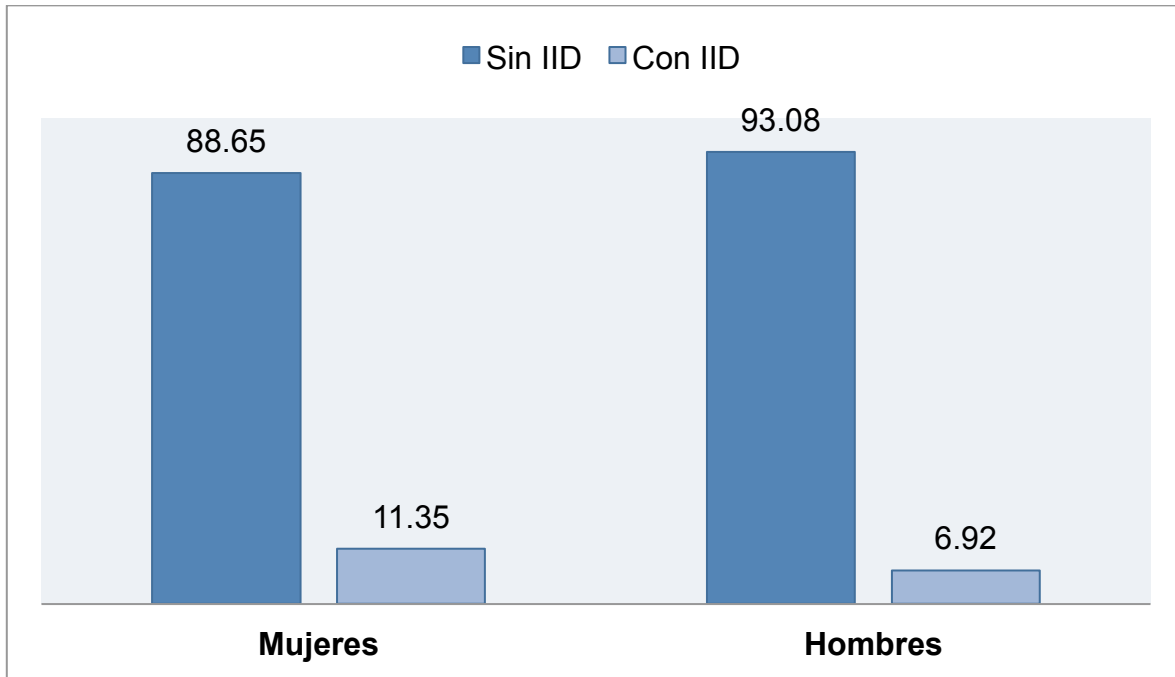
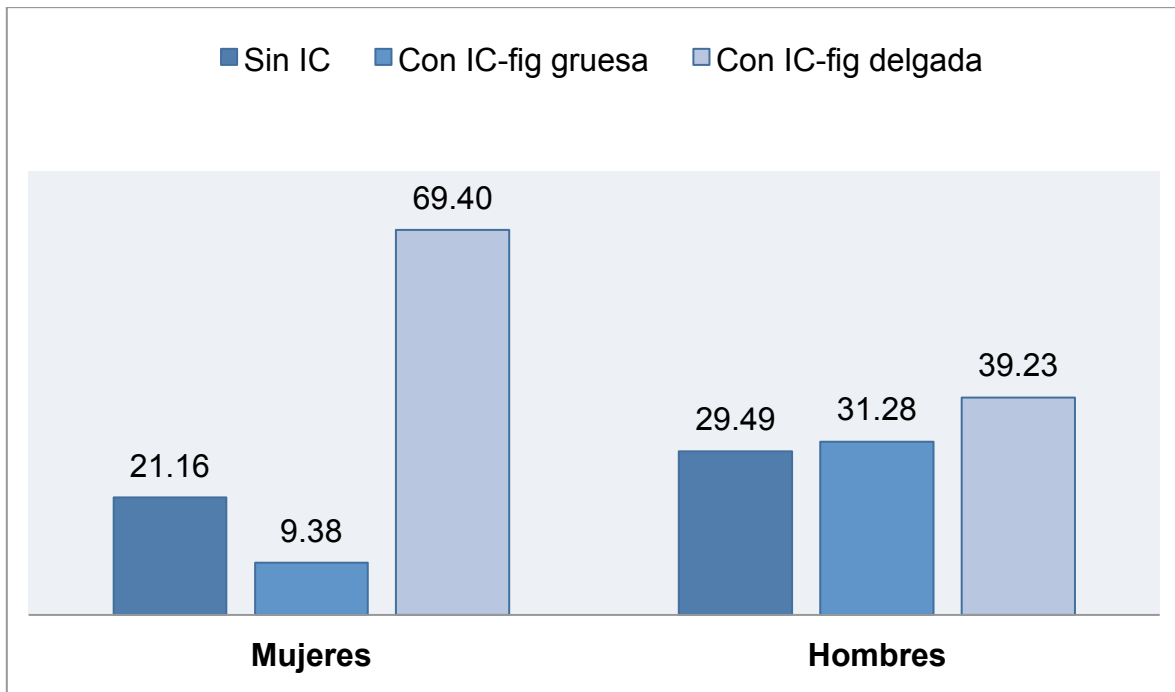
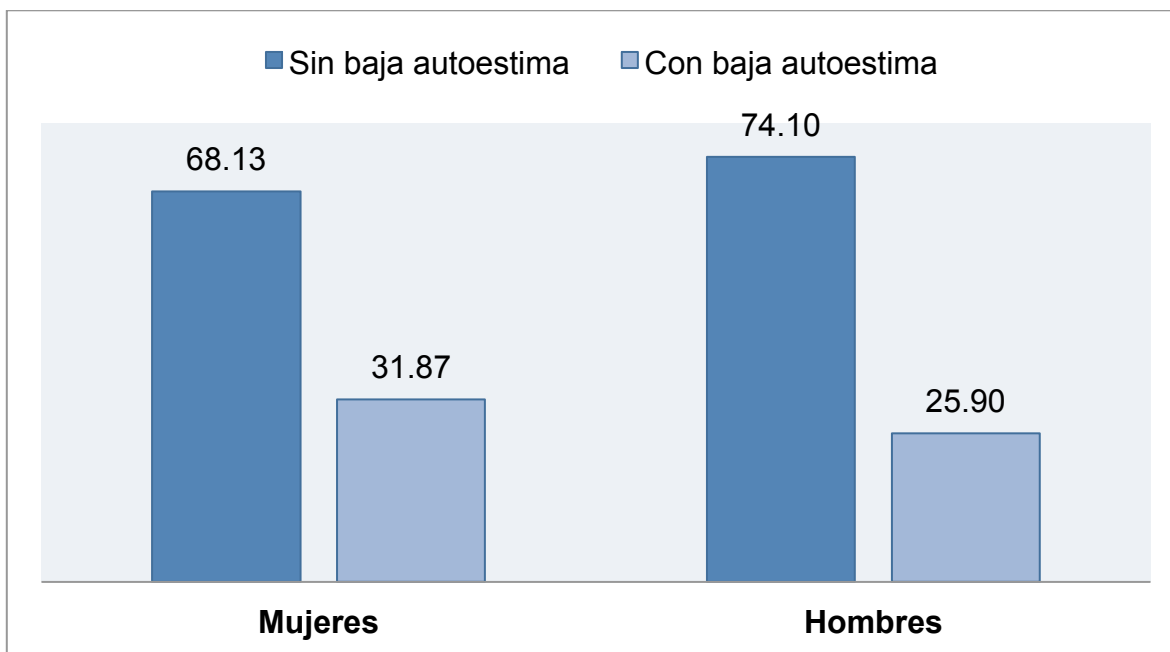


Fig. 3. Prevalencia de insatisfacción corporal según sexo.



La baja autoestima presentó una prevalencia mayor entre mujeres (31.8%) en comparación con los hombres (25.9%), estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (Fig.4).

Fig. 4. Prevalencia de baja autoestima según sexo.



En la descripción de la población según sexo se encontró que las únicas variables sin diferencia estadísticamente significativa fueron IMC y CAR. Para esta última se observa un valor de significancia limítrofe ($p = 0.068$) (Tabla 13). Se encontró el mayor porcentaje de mujeres en el grupo de edad ≤ 19 años y el mayor porcentaje de hombres en el grupo de 20 a 24 años ($p < 0.05$). El porcentaje de hombres en los dos niveles socioeconómicos más altos es mayor que el porcentaje de mujeres en los mismos niveles ($p < 0.05$). El 51.3% de las mujeres y 41.75% de los hombres pertenecían a alguna de las carreras del área de las Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS) ($p < 0.05$). Un porcentaje mayor de hombres (63.6%) realiza hasta 2 horas diarias de alguna actividad física, en comparación con 48.9% de las mujeres ($p < 0.05$). Se estimó que 78.8% y 70.5% de las mujeres y los hombres, respectivamente, tenían insatisfacción corporal ($p < 0.05$). El deseo por una figura

más delgada se observa en 69.4% de las mujeres y 39.2% de los hombres (Tabla 13). Respecto al ideal de delgadez se estimó que más mujeres que hombres lo habían interiorizado: 11.3% y 6.9%, respectivamente ($p < 0.05$).

Tabla 13. Características generales de la población por sexo.

	Mujeres %(n)	Hombres %(n)	Total %(n)	p
Edad				
≤19	71.2(356)	53.6(208)	63.5(564)	0.000
20-24	24.8(124)	35.5(138)	29.5(262)	
≥25	4.0(20)	10.8(42)	6.9(62)	
Nivel socioeconómico				
A/B	22.9(115)	30.0(117)	26.0(232)	0.042
C+	30.8(155)	31.7(124)	31.2(279)	
C	22.9(115)	20.5(80)	21.8(195)	
D+/D	23.3(117)	17.6(69)	20.8(186)	
Área de estudio				
CAD	13.4(67)	19.4(75)	16.0(142)	0.008
CSH	35.3(176)	38.8(150)	36.8(326)	
CBS	51.3(255)	41.7(161)	47.0(416)	
IMC				
Desnutrición	5.8(29)	3.8(15)	4.9(44)	0.207
Normal	64.2(320)	60.2(235)	62.4(555)	
Sobrepeso	22.6(113)	26.6(104)	24.3(217)	
Obesidad	7.4(37)	9.2(36)	8.2(73)	
Actividad física				
No	48.5(240)	30.2(114)	40.6(354)	0.000
≤2 hrs	48.9(242)	63.6(240)	55.3(482)	
>2 hrs	2.4(12)	6.1(23)	4.0(35)	
Conductas alimentarias de riesgo				
Sin riesgo	74.3(373)	80.7(315)	77.1(688)	0.068
Riesgo moderado	19.5(98)	15.1(59)	17.6(157)	
Riesgo alto	6.8(31)	4.1(16)	5.2(47)	
Insatisfacción corporal				
Sin insatisfacción	21.1(106)	29.4(115)	24.8(221)	0.000
Insatisfacción: desea figura más gruesa	9.3(47)	31.2(122)	18.9(169)	
Insatisfacción: desea figura más delgada	69.4(348)	39.2(153)	56.2(501)	
Interiorización del ideal estético de delgadez				
Si	11.3(57)	6.9(27)	9.4(84)	0.025
No	88.6(445)	93.0(363)	90.5(808)	

Fuente: encuesta directa.

Análisis descriptivo de las variables no paramétricas

En la Tabla 13b se presenta la comparación de medianas para las variables “Deseo por un cuerpo musculoso”, “Baja autoestima”, “Relación negativa con el padre” y “Relación negativa con la madre”, las cuales presentaron una distribución no paramétrica. Se encontró que el valor de la mediana para el deseo por un cuerpo musculoso entre los hombres fue más alta que entre las mujeres ($p < 0.05$). La baja autoestima tuvo una mediana más baja entre las mujeres que entre los hombres ($p < 0.05$). Las relaciones negativas con el padre y con la madre entre las mujeres presentaron medianas más bajas en comparación con los hombres ($p < 0.05$).

Tabla 13b. Características generales de la población por sexo, continuación.

	Mujeres	Hombres	Total	p^*
Deseo por la musculatura (50%)	17	25	20	0.000
Si (75%)	22	31	27	
Baja autoestima (50%)	31	32	32	0.000
Si (25%)	28	29	28	
Relación negativa con padre (50%)	37	39	38	0.010
Si (75%)	46	48	47	
Relación negativa con madre (50%)	32	34	33	0.019
Si (75%)	41	40	40	

*U de Mann-Whitney

9.3. Análisis inferencial

En esta sección se abordan dos análisis: 1) El análisis bivariado, a partir de una tabla de contingencia. Se compararon a las mujeres con los hombres, obteniéndose las diferencias entre frecuencias de CAR según las diferentes categorías de las variables de estudio y, 2) El análisis multivariado por medio de regresión multinomial, donde se estudió de manera independiente a cada sexo. La variable de salida fue CAR, categorizada en tres niveles: grupo 0= sin CAR (o sin riesgo de TCA), grupo 2= frecuencia moderada de CAR (o riesgo moderado TCA) y, grupo 3= frecuencia alta de CAR (o riesgo alto de TCA). Después del ajuste, el modelo de regresión multinomial más parsimonioso quedó definido con 6 variables

independientes: Insatisfacción corporal, Interiorización del ideal estético de delgadez, Deseo por la musculatura, Baja autoestima, IMC y Actividad física excesiva.

9.3.1. Análisis bivariado

En la Tabla 14 se presentan los resultados del análisis inferencial bivariado. Se encontró que las frecuencias más altas de CAR fueron las de riesgo moderado entre en el grupo de edad ≥ 25 años, aunque no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa para ninguno de los sexos. Para la variable NSE la diferencia no fue estadísticamente significativa en ninguno de los sexos, aunque cabe mencionar que la frecuencia más alta de CAR fue la de tipo moderado y se encontró en mujeres del NSE C. Se encontró que la prevalencia más alta de CAR fue la de tipo moderado (28.3%) entre las mujeres del área de las Ciencias y Artes para el Diseño (CAD). En hombres, el porcentaje más alto de CAR se registró también en las CAR de tipo moderado, encontrándose en las carreras del área de Ciencias Sociales y Humanidades (CSH) (20.0%). No obstante, tales diferencias no fueron significativas.

Poco más de 20.0% de las mujeres con sobrepeso presentó CAR moderadas y 13.2% CAR altas. Para las mujeres con obesidad la prevalencia fue 37.8% y 10.8% respectivamente ($p < 0.05$). Por lo que toca a los hombres con sobrepeso la prevalencia de CAR moderadas fue 18.2% y 3.8% para CAR de riesgo alto. La frecuencia de CAR moderadas en el grupo de hombres con obesidad fue 33.3% y de CAR de riesgo alto fue 11.1% ($p < 0.05$). En el grupo con peso normal, 17.5% de las mujeres y 11.9% de los hombres presentaron CAR de tipo moderado. Se estimó que 6.9% de las mujeres con desnutrición presentaron CAR de tipo moderado (Tabla 14).

La prevalencia de CAR de intensidad moderada y alta fue exactamente la misma en mujeres que realizaban actividad física por más de 2 horas diarias (16.6%). En tanto, 66.9% de ellas no presentaron CAR ($p < 0.05$). Entre las mujeres que realizan actividad física hasta 2 horas al día se encontró que 23.5% tenía CAR de tipo

moderado y 7.4% de frecuencia alta. En el grupo de hombres ningún nivel de actividad física mostró diferencia significativa según las categorías de CAR ($p>0.5$).

Los resultados muestran que 93.4% y 89.5% de las mujeres y los hombres sin insatisfacción corporal, respectivamente, no presentaron ningún grado de CAR ($p<0.05$). La prevalencia de CAR de grado moderado fue de 2% en las mujeres que dijeron desear una figura más gruesa, mientras que ninguna mujer en ésta última condición presentó CAR de frecuencia alta. Entre las mujeres que deseaban una figura más delgada, 26.1% tuvo CAR de frecuencia moderada y 8.6% presentó CAR de frecuencia alta ($p<0.05$). Se observó que 26.8% y 6.5% de los varones que deseaba una figura más delgada presentaron CAR de tipo moderado y alto respectivamente (Tabla 14).

Alrededor de 44.0% de las mujeres que interiorizaron el ideal estético de delgadez, presentaron CAR de nivel moderado y 31.5% presentaron un nivel alto de riesgo ($p<0.05$). En varones, las prevalencias para las condiciones antes mencionadas fueron 37.0% y 25.9%, respectivamente ($p<0.05$). En el grupo de sujetos que no refieren interiorización del ideal estético de delgadez, 16.4% de las mujeres y 13% de los hombres presentó CAR de tipo moderado (Tabla 14).

En el caso de las mujeres, el deseo por la musculatura no presentó ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de CAR. Por su parte, entre los hombres quienes desearon más musculatura, las CAR moderadas tuvieron una frecuencia de 26.3% y 9.4% para CAR de riesgo alto ($p<0.05$) (Tabla 14).

Las CAR moderadas y las de frecuencia alta se registraron, respectivamente, en 30.0% y 13.7% de las mujeres con baja autoestima ($p<0.05$). Entre los hombres con baja autoestima, los porcentajes fueron 26.7% y 7.9%, respectivamente ($p<0.05$) (Tabla 14).

Tabla 14. Conductas alimentarias de riesgo por sexo, según variables seleccionadas.

		Conductas alimentarias de riesgo							
		Mujeres				Hombres			
		Sin riesgo %(n)	Riesgo moderado %(n)	Riesgo alto %(n)	p	Sin riesgo %(n)	Riesgo moderado %(n)	Riesgo alto %(n)	p
Edad									
	≤19	74.7(266)	18.8(67)	6.4(23)	0.626	83.6(174)	12.0(26)	3.8(8)	0.455
	20-24	74.8(92)	18.7(23)	6.5(8)		77.5(107)	17.3(24)	5.0(7)	
	≥25	70.0(14)	30.0(6)	0(0)		76.1(32)	21.4(9)	2.3(1)	
Nivel socioeconómico									
	A/B	74.7(86)	20.8(24)	4.3(5)	0.858	76.0(89)	17.9(21)	5.9(7)	0.661
	C+	72.9(113)	19.3(30)	7.7(12)		80.6(100)	16.1(20)	3.2(4)	
	C	72.1(83)	21.7(25)	6.0(7)		82.5(66)	13.7(11)	3.7(3)	
	D+/D	77.7(91)	16.2(19)	5.9(7)		86.9(60)	10.1(7)	2.9(2)	
Área de estudio									
	CAD	64.1(43)	28.3(19)	7.4(5)	0.130	92.0(69)	5.3(4)	2.6 (2)	0.051
	CSH	77.8(137)	14.7(26)	7.3(13)		76.6(115)	20.0(30)	3.3(5)	
	CBS	74.5(190)	20.3(52)	5.1(13)		79.5(128)	15.5(25)	4.9(8)	
IMC									
	Desnutrición	93.1(27)	6.9(2)	0(0)	0.000	100(15)	0(0)	0(0)	0.001
	Normal	78.7(252)	17.5(56)	3.7(12)		84.6(199)	11.9(28)	3.4(8)	
	Sobrepeso	64.6(73)	22.1(25)	13.2(18)		77.8(81)	18.2(19)	3.8(4)	
	Obesidad	51.3(19)	37.8(14)	10.8(4)		55.5(20)	33.3(12)	11.1(5)	
Actividad física									
	NO	80.4(193)	15.4(37)	4.1(10)	0.029	79.8(91)	15.7(18)	4.3(5)	0.531
	≤2 hrs	69.0(167)	23.5(57)	7.4(18)		82.9(199)	12.9(31)	4.1(10)	
	>2 hrs	66.6(8)	16.6(2)	16.6(2)		69.5(16)	26.0(6)	4.3(1)	
Insatisfacción corporal									
	Sin insatisfacción	93.4(99)	5.6(6)	0.94(1)	0.000	89.5(103)	7.8(9)	2.6(3)	0.000
	Insatisfacción: desea figura más gruesa	97.8(46)	2.1(1)	0.0(0)		90.1(110)	7.3(9)	2.4(3)	
	Insatisfacción: desea figura más delgada	65.2(227)	26.1(91)	8.6(30)		66.6(102)	26.8(41)	6.5(10)	
Interiorización del ideal estético de delgadez									
	Si	24.5(14)	43.8(25)	31.5(18)	0.000	40.0(10)	37.0(10)	25.9(7)	0.000
	No	80.6(359)	16.4(73)	2.9(13)		84.1(305)	13.5(49)	2.4(9)	
Deseo por la muscularidad									
	Si	66.3(79)	25.2(30)	8.4(10)	0.076	64.2(61)	26.3(25)	9.4(9)	0.000
	No	76.7(294)	17.7(68)	5.4(21)		87.5(254)	11.5(34)	2.3(7)	
Baja autoestima									
	Si	56.2(90)	30.0(48)	13.7(22)	0.000	65.3(66)	26.7(27)	7.9(8)	0.000
	No	82.7(283)	14.6(50)	2.6(9)		86.1(249)	11.0(32)	2.7(8)	
Relación negativa con padre									
	Si	68.3(95)	23.0(32)	8.6(12)	0.135	71.7(71)	22.2(22)	6.0(6)	0.030
	No	76.5(278)	18.1(66)	5.2(19)		83.8(244)	12.7(37)	3.4(10)	
Relación negativa con madre									
	Si	60.3(73)	28.1(34)	11.5(14)	0.000	73.9(71)	19.7(19)	6.2(6)	0.136
	No	78.7(300)	16.8(64)	4.4(17)		82.9(244)	13.6(40)	3.4(10)	

Fuente: encuesta directa

La relación negativa con el padre no tuvo diferencia significativa entre las mujeres según los grados de CAR. Entre los hombres con relación negativa con el padre, 22.2% presentó CAR moderadas y 6.0% CAR de frecuencia alta ($p < 0.05$). Cerca de 30.0% de las mujeres que reportaron una relación negativa con la madre fueron diagnosticadas con CAR de grado moderado; en tanto, 11.5% presentó CAR de grado alto. En los hombres la relación negativa con la madre no presentó diferencias estadísticamente significativas (Tabla 14).

9.3.2. Análisis multivariado

El análisis de regresión multinomial se presenta de manera estratificada según sexo. Se obtuvieron 2 modelos para cada sexo: Modelo 1 (grupo 0 vs grupo 1) y Modelo 2 (grupo 0 vs grupo 2) (Tabla 15). Las variables que se integraron fueron: CAR, como variable de respuesta e insatisfacción corporal (IC), interiorización del ideal estético de delgadez (IID), deseo por la musculatura (DM), baja autoestima (BA), índice de masa corporal (IMC) y actividad física excesiva (AFE) como variables de efecto. En el análisis de la matriz de correlación se encontraron correlaciones de valor bajo (< 0.63) por lo que se asume ausencia de colinealidad.

La IC aumentó el riesgo de trastornos alimentarios 2.8 veces en mujeres con nivel moderado de CAR, comparado con las mujeres que no presentaron tal condición ($p < 0.05$), independientemente del resto de las variables. Se observa que el riesgo de TCA aumentó 3.0 veces en las mujeres con nivel alto de CAR, aunque para este grupo la diferencia no fueron estadísticamente significativa ($p > 0.05$). En el grupo de los hombres con CAR moderadas la IC aumentó el riesgo de trastornos de la alimentación 2.1 veces ($p < 0.05$); en tanto, en el grupo con CAR de frecuencia alta, la presencia de IC aumentó 1.4 veces el riesgo de TCA ($p > 0.05$) (Tabla 15).

La IID incrementó el riesgo de TCA en el grupo de mujeres y hombres con CAR moderadas, 7.2 veces y 4.7 veces respectivamente, comparados con los grupos sin CAR ($p<0.05$). En los grupos de frecuencia alta de CAR el incremento de riesgo fue 25.5 veces en mujeres y 16.3 veces en hombres ($p<0.05$) (Tabla 15).

En las mujeres, el DM no modificó el riesgo de TCA de manera significativa. Por el contrario, en los hombres con frecuencia moderada de CAR el riesgo de TCA aumentó 4.1 veces en comparación con los varones que no desean mayor musculatura ($p<0.05$). Para los hombres del grupo de frecuencia alta de CAR, el DM aumentó veces el riesgo de TCA, en comparación con los varones que no desean mayor musculatura ($p<0.05$).

Independientemente del resto de las variables, la BA aumentó el riesgo de TCA, en mujeres y hombres del grupo con frecuencia moderada de car 2.4 veces, comparados con los grupos sin CAR ($p<0.05$). En el grupo de frecuencia alta, la BA aumentó el riesgo de TCA cerca de 4.0 veces en mujeres y 3.0 veces en hombres, respecto a sus iguales sin CAR. Este hallazgo solo es estadísticamente significativo en el grupo de mujeres ($p<0.05$) (Tabla 15).

El incremento en el IMC aumentó casi 2.0 veces el riesgo de TCA en mujeres y hombres de los grupos con CAR moderadas, comparados con los sujetos sin CAR ($p<0.05$), independientemente de las demás variables. En el grupo de mujeres con CAR de frecuencia alta, el IMC aumentó el riesgo 2.2 veces en comparación con las mujeres del grupo sin CAR ($p<0.05$). Para los hombres con CAR altas, el IMC no incrementó el riesgo ($p>0.05$) (Tabla 15).

La AFE en las mujeres del grupo con CAR moderadas aumentó el riesgo de TCA 2.0 veces y 4.0 veces en el grupo con CAR de frecuencia alta, comparadas con el grupo sin CAR ($p<0.05$). Para los grupos de hombres con frecuencia moderada y alta de CAR, la AFE no incrementó el riesgo de manera estadísticamente significativa (Tabla 15).

Tabla 15. Análisis de regresión multinomial, según sexo.

Variable	Mujeres					Hombres				
	Riesgo	Wald	p	IC 95%		Riesgo	Wald	p	IC 95%	
				L inf	L sup				L inf	L sup
Modelo 1: Grupo 0 (sin riesgo) vs Grupo 1 (frecuencia moderada de CAR)										
Insatisfacción corporal	2.84	3.85	0.000	1.6697	4.8452	2.12	2.98	0.003	1.2932	3.4836
Interiorización del ideal estético de delgadez	7.20	4.81	0.000	3.2200	16.1027	4.77	2.93	0.003	1.6794	13.5602
Deseo por la musculatura	1.54	1.42	0.156	0.8476	2.8029	4.11	4.04	0.000	1.9958	7.7633
Baja autoestima	2.41	3.27	0.001	1.4248	4.1014	2.46	2.64	0.008	1.2632	4.8223
IMC	1.58	2.38	0.017	1.0851	2.3209	1.50	1.73	0.083	.9471	2.3967
Actividad física excesiva	2.05	2.87	0.004	1.2567	3.3475	1.27	0.80	0.425	0.7040	2.2997
Modelo 2: Grupo 0 (sin riesgo) vs Grupo 2 (frecuencia alta de CAR)										
Insatisfacción corporal	3.05	1.88	0.060	0.9551	9.7711	1.48	0.96	0.339	0.6601	3.3419
Interiorización del ideal estético de delgadez	25.59	6.00	0.000	8.8758	73.8036	16.33	4.26	0.000	4.5151	59.1278
Deseo por la musculatura	1.04	0.09	0.929	0.3655	3.0091	5.79	2.96	0.003	1.8132	18.5338
Baja autoestima	3.77	2.77	0.006	1.4732	9.6915	3.00	1.87	0.061	.9509	9.5062
IMC	2.24	2.63	0.009	1.2279	4.1161	1.69	1.32	0.187	0.7730	3.7300
Actividad física excesiva	4.05	3.14	0.002	1.6921	9.7091	1.16	0.28	0.776	0.4113	3.2857

Fuente: Encuesta directa

10. Discusión

En este trabajo se observa una asociación positiva entre la presencia de CAR y la interiorización del ideal estético de delgadez, tanto en mujeres como en hombres estudiantes de primer ingreso a la UAM Xochimilco. La hipótesis que plantea una relación entre la presencia de CAR e insatisfacción corporal en la población de estudio se pudo probar en las mujeres a quienes se diagnosticó con CAR de frecuencia moderada. No fue posible comprobar la hipótesis de relación entre CAR y las distintas licenciaturas.

Las adaptaciones hechas a los cuestionarios que exploran la relación con el padre y con la madre mostraron valores adecuados de consistencia interna y validez de constructo, por lo que es posible su aplicación en grupos de sujetos que compartan características similares de edad y escolaridad a las de la población de estudio de este trabajo. El instrumento empleado para medir interiorización del ideal estético de delgadez en hombres también obtuvo un valor de consistencia interna alta, por lo que también podría ser usado en poblaciones similares. En cambio, en los varones, el cuestionario CBCAR no mostró un valor de consistencia interna elevado y los ítems no se agruparon de igual manera dentro de los factores del instrumento validado en mujeres, por lo que se plantea la necesidad de desarrollar un instrumento que incluya algunas preocupaciones específicas en los hombres sobre alimentación y figura corporal.

La prevalencia de CAR en estudiantes universitarios de la UAM Xochimilco fue 6.8% en mujeres y 4.1% en hombres. Saucedo y Unikel (2010) reportaron prevalencias similares (7.9% en mujeres y 4.2% en hombres) en estudiantes universitarios del Estado de Hidalgo, de 18 a 23 años, utilizando el mismo instrumento. Debido a la diferencia entre el tipo de muestreo, población estudiada e instrumentos de medición aplicados, resulta difícil la comparación con otros estudios de prevalencia de CAR en otras regiones o países (Ocampo, 2010).

Por lo que toca a la insatisfacción corporal, en el presente estudio se estimó una prevalencia total 78.8% en mujeres y 70.5% en hombres. A partir del uso de la escala de siluetas de Stunkard, Petroski (2012) encontró, en una población compuesta por 708 adolescentes brasileños, prevalencias de insatisfacción

corporal entre las mujeres de 65.4% y entre los hombres de 54.4%. Por su parte, da-Cunha Feito (2010) encontró, en una muestra de 254 brasileñas universitarias, cuya edad promedio fue 20.2 años, que 47.4% tenía insatisfacción con su imagen corporal. Con datos de una muestra de 5832 adultos, obtenida de la Encuesta Nacional de Salud y Bienestar de los islandeses 2007, Matthiasdottir et al (2013) reportaron que 50.1% de las mujeres y 35.1% de los hombres se sentían insatisfechos con su cuerpo. Para estos últimos autores las cifras anteriores sugieren que la insatisfacción con el cuerpo se ha normalizado en poblaciones occidentales.

En el presente estudio se estimó, dentro de la población masculina, un mayor número de jóvenes que desean una figura más delgada que quienes están satisfechos con su cuerpo. Este hallazgo sugiere la necesidad de profundizar en el estudio del ideal de belleza para los hombres.

La prevalencia de interiorización del ideal estético de delgadez en la muestra de este estudio fue 11.3% en mujeres y 6.9% en hombres. En otros estudios transversales, como el de Flament et al (2012) realizado en 1947 adolescentes de escuelas públicas y privadas de Ottawa Canadá, se reportó un hallazgo ligeramente mayor: 15.8% de las mujeres y 13.1% de los hombres habían interiorizado un ideal de delgadez.

La asociación entre insatisfacción corporal y la patología alimentaria es una entidad reconocida previamente (Stice y Shaw 2002; Troisi 2006; Contento 2003). En este estudio se observó que, aunque el riesgo de patología alimentaria es casi 3.0 veces mayor para las mujeres con insatisfacción corporal, esta asociación pierde el valor significativo en el grupo de mayor frecuencia de CAR. En el estudio de Álvarez et al (2009), realizado con 145 mujeres estudiantes de secundaria y universidades de una zona conurbada de la Ciudad de México, se reportó que ser mujer adulta se asociaba con mayor insatisfacción corporal, pero no se encontró correlación con síntomas de trastornos alimentarios.

La interiorización del ideal estético de delgadez y su asociación con patología alimentaria también se ha documentado previamente en la literatura (Thompson y Stice 2001). Por su parte, Mancilla et al (2010), en una muestra de 424 estudiantes universitarios de México y 438 de España, encontraron una asociación entre la interiorización del ideal de delgadez y la sintomatología alimentaria. Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran un aumento en el riesgo de presentar CAR de 25 veces en mujeres y 16 veces en hombres, cuando se ha interiorizado un ideal de delgadez. Ante la contundencia de esta fuerza de asociación surge la necesidad de demostrar si existe un mecanismo que relacione la interiorización del ideal de delgadez con otros predictores de patología alimentaria. Fitzsimmons et al (2012) en su estudio con una muestra de mujeres universitarias entre 17 y 27 años de edad, proponen que la comparación social y la vigilancia corporal son mediadores de la relación entre interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción corporal. En el presente estudio, los resultados de igualdad encontrados en la comparación de peso auto-reportado y peso medido de los participantes sugieren que éste grupo de jóvenes podrían estar vigilando su peso con alguna frecuencia. Lo anterior despierta el interés por profundizar en el estudio de dichos mediadores.

En los varones se encontró que el riesgo de CAR aumenta significativamente cuando se desea un cuerpo musculoso. Tal hallazgo apoya la propuesta de Cafri et al (2005) sobre la necesidad de estudiar el deseo por la musculatura como un antecedente de CAR, específicamente la restricción alimentaria de macronutrientes con la finalidad de perder grasa. También apoya el uso del Cuestionario de Deseo por la Musculatura propuesto por McCreary y Sasse (2000) para estudiar las motivaciones relacionadas con la imagen corporal en hombres.

Aunque en este estudio se encontró que la baja autoestima es más prevalente entre mujeres, la presencia de ésta condición aumentó el riesgo de CAR casi 4.0 veces en mujeres y 3.0 veces en hombres. Se confirma que la autoestima baja es un precedente de patología alimentaria, tal como se ha reportado anteriormente en la literatura (Stice 2002; Heatherton y Polivy 1999; Striegel-Moore 1993). El

hallazgo de esta asociación en varones apoya a la formación de un conjunto de conocimientos mejor fundamentado sobre los antecedentes de TCA en hombres.

En diversos trabajos se han reportando frecuencias de CAR según IMC. En una población universitaria de Colombia, Fandiño et al (2007) encontraron que 17.4% de los estudiantes con CAR tenía un IMC de bajo peso y 65.0% tenían peso normal. En estudiantes de licenciatura del estado de Hidalgo, México, Saucedo y Unikel (2010) reportaron que un poco más del 9.0% de los jóvenes con CAR tenían peso normal y cerca del 18.0% tenían sobrepeso. Por su parte, Rodríguez et al (2006) hallaron frecuencias más altas de CAR en estudiantes con peso normal y sobrepeso: 57.0% y 34.0% respectivamente. A partir de una muestra de 7597 jóvenes de ambos sexos entre 13 y 18 años, obtenida de la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997, Unikel et al (2002) encontraron un incremento del riesgo de CAR asociado al incremento en el IMC. El presente estudio reporta que existe una relación entre el aumento en la frecuencia de CAR y el aumento del IMC. Se debe mencionar que, los datos encontrados en la muestra revelan que el riesgo de desarrollar CAR conforme se incrementa el IMC fue exclusivo en las mujeres.

La realización de más de 2 horas diarias de actividad física aumentó hasta 4.0 veces el riesgo de CAR en las mujeres que participaron en este estudio. No se encontró esta asociación en hombres. Como se mencionó en los antecedentes, los ambientes donde se realiza actividad física pueden ser atractivos para personas con TCA ya que permiten justificar la pérdida de peso (Márquez, 2008). Este incremento en el riesgo de desarrollar CAR conforme aumenta el tiempo de actividad física también fue reportado por Cancela y Ayan (2011) en una muestra de 545 estudiantes universitarias españolas.

Limitaciones

Ciertas limitaciones de este trabajo deben ser mencionadas. En primer lugar, el hecho de no poder ahondar en la causalidad de las condiciones estudiadas dado el diseño transversal del estudio. En segundo lugar, el hecho de haberse basado

en el autoreporte de los estudiantes encuestados, quienes no constituyen a toda la población universitaria. Representan únicamente a la población de nuevo ingreso a la UAM Xochimilco. Respecto al cuestionario para medir el nivel socioeconómico, se propone utilizar uno con mayor sensibilidad para poder confirmar la ausencia de asociación entre el nivel socioeconómico y el desarrollo de CAR. También es necesario enfatizar en el hecho de que los datos sólo son generalizables a la muestra incluida en el estudio y no a toda la población universitaria de México.

Conclusiones

Los instrumentos que se probaron en hombres tuvieron una confiabilidad alta, exceptuando el cuestionario CBCAR, cuya confiabilidad fue moderada. Una posible línea de trabajo es desarrollar y validar un cuestionario sobre conductas alimentarias de riesgo dirigido a hombres.

En las mujeres universitarias de primer ingreso las condiciones que aumentan el riesgo de desarrollar CAR son interiorización del ideal estético de delgadez, baja autoestima, mayor IMC y actividad física excesiva. Para el grupo de hombres las condiciones no son exactamente las mismas. Entre los varones de ésta muestra, la actividad física, la autoestima y un mayor IMC no aumentan el riesgo de manera significativa. Sin embargo, la interiorización del ideal estético de delgadez y el deseo por la musculatura aparecen como factores significativamente asociados al desarrollo de CAR en el grupo de hombres universitarios de primer ingreso.

12. Referencias

- Álvarez-Rayón G, Franco-Paredes K, López-Aguilar X, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R. Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Salud Pública*. 2009; 11(4): 568-578.
- Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*. 2012; 35: 483-490.
- Behar-Astudillo R. La alteración de la imagen corporal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Aspectos Biopsicosociales. *RNC*. 2008; 17(4): 109-117.
- Behar-Astudillo R, Vargas C, Cabrera E. Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2011; 49(1): 26-36.
- Berg KC, Frazier P, Sherr L. Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: Prevalence and predictors. *Eating Behaviors*. 2009; 10: 137–142.
- Branden N. La naturaleza y el origen de la autoestima. En: Branden N. *La psicología de la autoestima*. 1er edición. México: Editorial Paidós; 2001. p.192-229.
- Bruch H. *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa*. Edición en español del original de 1978. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica; 2002.
- Cancela-Carral JM, Ayán-Pérez C. Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85: 499-505.
- Cafri G, Thompson K. Measuring Male Body Image: A Review of the Current Methodology. *Psychology of Men & Masculinity*. 2004; 5(1): 18–29.

- Cafri G, Thompson KJ, Ricciardelli L, McCabe M, Smolak L, Yesalis C. Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*. 2005; 25:215–239.
- Carlat DJ, Camargo CA. Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry*. 1991; 148(7): 831-843.
- Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(8): 1127-1132.
- Chang W, Christakis N. Self-Perception of Weight Appropriateness in the United States. *Am J Prev Med*. 2003; 24(4): 332-339.
- Contento IR, Basch C, Zybert P. Body Image, Weight and Food choices of Latina Women and their Young Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2003; 35(5): 236-248.
- Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 186: 132-135.
- da Cunha Feio Costa L, Guedes de Vasconcelos F, Glazer Peres K. Influence of Biological, Social and Psychological Factors on Abnormal Eating Attitudes among Female University Students in Brazil. *J Health Popul Nutr*. 2010; 28(2): 173-181.
- Dulanto-Gutiérrez, E. Crecimiento y desarrollo en la pubertad. EN: Dulanto-Gutiérrez E. *El Adolescente*. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 8-35.
- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Mijar M. Barcelona: Masson S.A; 1995. p. 553-564
- DSM-V. APA-DSM-5 [sede web]. Fecha de actualización: 9 de agosto 2013. Fecha de acceso 23 de agosto 2013. Feeding and eating disorders. Disponible

en:<http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>

Escoto C, Álvarez-Rayón G, Mancilla-Díaz JM, Camacho Ruiz E, Franco-Paredes K, Juárez-Lugo CS. Psychometric properties of the Drive for Muscularity Scale in Mexican males. *Eat Weight Disord.* 2013; DOI 10.1007/s40519-013-0010-6.

Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet.* 2003; 361(1): 407-416.

Fandiño A, Giraldo SC, Martínez C, Aux CP, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Calí, Colombia. *Colombia Médica.* 2007; 38(4): 344-351.

Fitzsimmons-Craft EE, Harney MB, Koehler LG, Danzi LE, Riddell MK, Bardone-Cone AM. Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: the roles of social comparison and body surveillance. *Body Image.* 2012; 9: 43-49.

Flament MF, Hill EM, Buchholz A, Henderson K, Tasca GA. Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: The mediation effects of body esteem. *Body Image.* 2012; 9: 68-75.

Garfinkel PE y Garner DM. The multidetermined nature of anorexia. EN: Garfinkel PE y Garner DM. *Anorexia Nervosa: a multidimensional perspective.* New York: Bruner/Mazel; 1982. p.188-213.

Garfinkel PE y Garner DM. The role of the family. EN: Garfinkel PE y Garner DM. *Anorexia Nervosa: a multidimensional perspective.* New York: Bruner/Mazel; 1982 (a). p.164-187.

Garfinkel PE y Garner DM. Sociocultural factors. EN: Garfinkel PE y Garner DM. *Anorexia Nervosa: a multidimensional perspective.* New York: Bruner/Mazel; 1982 (b). p.100-122.

- Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *Int J Eat Disord*. 1996; 20:1-12.
- Garner D, Olmsted MP, Bohr I, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 1982; 12: 871-878.
- Gleaves DH, Brown JD, Warren CS. The continuity/discontinuity models of eating disorders. A review of the literature and implications for assessment, treatment, and prevention. *Behav Modif*. 2004; 28(6): 739–62.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
- Heatherton TF, Polivy J. Chronic Dieting and Eating Disorders: A spiral model. EN: Crowther JH, Tennenbaum DL, Hobfoll SE, Stephens ANP. *The Etiology of Bulimia Nervosa, the individual and familiar context*. Estados Unidos: Hemisphere Publishing Corporation; 1992. p. 133-155.
- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 19: 389-394.
- Lameiras-Fernández M, Calado-Otero M, Rodríguez-Castro Y, Fernández-Prieto M. Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2002; 30(6): 343- 349.
- Leit R, Gray J, Pope H. The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia. *International Journal of Eating Disorders*. 2002; 31: 334-338.
- López-Romo H. Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y opinión Publica A.C. AMAI [sede web]. Índice AMAI. Regla AMAI 10x6. Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto. Instituto de

Investigaciones Sociales SC. 2009. Disponible en:
www.amai.org/NSE/NivelSocioeconomicoAMAI.pdf

Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population-based study. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 917-922.

Lugli-Rivero Z, Vivas-Peñalver E. Conductas y actitudes sugestivas de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios venezolanos. *Revista de la Facultad de Medicina, Caracas*. 2006; 29(2): 168-173.

Mancilla-Díaz JM, Franco-Paredes K, Vázquez-Arévalo R, López-Aguilar X, Álvarez-Rayón GL, Ocampo Téllez-Girón MT. A Two-Stage Epidemiologic Study on Prevalence of Eating Disorders in Female University Students in Mexico. *European Eating Disorders Review*. 2007; 15: 463-470.

Mancilla-Díaz JM, Lameiras-Fernández M, Vázquez-Arévalo R, Álvarez-Rayón G, Franco-Paredes K, López-Aguilar X, Ocampo Téllez-Girón MT. Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2010; 1: 36-47.

Matthiasdottir E, Jonsson HS, Kristjansson AL. Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: a normative discontent?. *European Journal of Public Health*. 2013; 22(1): 121–126.

Mataix-Verdu J, Pérez de la Cruz A. Ayuno y agresión. EN: Mataix-Verdu J. *Nutrición y alimentación humana*. México: Editorial Océano; 2006. p.1401-1418.

Mataix-Verdu J, Salas i Salvadó J. Obesidad. EN: Mataix-Verdu J. *Nutrición y alimentación humana*. México: Editorial Océano; 2006. p.1082-1107.

- Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutr Hosp.* 2008; 23(3): 183-190.
- McCreary D, Sasse D. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health.* 2000; 48: 297-304.
- Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Hernández-Ávila M. Principales medidas. EN: Hernández-Ávila M. *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios.* México: Instituto Nacional de Salud Pública y Ed. Panamericana; 2007. p. 33-60.
- Murray, D. Men, body image, and eating disorders. *International Journal of Men's Health.* 2002; 1(1): 89-96.
- Núñez-Rocha GM, Topete-González M, Patrón –Ramírez JM, Vázquez AM, Medina-Aguilar G, Ayala-Aguirre F, Salina-Martínez AM, Garza-Elizondo ME. Prevalencia de factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de una institución educativa privada en Monterrey. *RNC.* 2008; 17(4): 118-122.
- Nuño-Gutiérrez BL, Celis-de la Rosa A, Unikel-Santoncini C. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de investigación Clínica.* 2009; 61(4): 286-293.
- Ocampo-Ortega R. Relación entre impulsividad, conductas alimentarias de riesgo, consumo excesivo de alcohol en mujeres adolescentes en localidades del estado de México, de acuerdo a nivel de marginación. [Tesis de maestría]. México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2010.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO [sede web]. Fecha de actualización: 22 de agosto 2013; fecha de acceso: 22 de agosto 2013. Global data base on body mass index. BMI classification Disponible en: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Palma-Coca O, Hernández-Serrato MI, Villalobos-Hernández A, Unikel-Santoncini C, Olaiz-Fernández G, Bojórquez-Chapela I. Association of socioeconomic status problema behaviors and disordered eating in Mexican adolescents: Results of the Mexican national health and Nutrition Survey 2006. *Journal of adolescent health*. 2011; 49: 400-406.

Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporelem adolescentes. *Ciencia & Saúde Colectiva*. 2012; 17(4): 1071-1077.

Physical Activity Guidelines for Americans. 2008, U.S. Department of Health and Human Services [sede web]. [Actualizado: 16 de octubre de 2008] Disponible en: www.health.gov/paguidelines/guidelines/Chapter3 y www.health.gov/paguidelines/guidelines/Chapter4.

Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M, Editores. Trastornos de la conducta alimentaria. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.; 1995. p. 553-564.

Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annual review of Psychology*. 2002; 53: 187-213.

Pritchard M, Parker C, Nielsen A. What predicts drive for muscularity in college students?. *Eating Behaviors*. 2011; 12: 228–231.

Pruzinsky T, Cash TF. Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. EN: Pruzinsky T, Cash TF. *Body Image. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York. The Guilford Press; 2002. p. 3-13.

- Reyes-Rodríguez ML, Sala M, Von Holle A, Unikel C, Bulik CM, Cámara-Fuentes L, Suárez-Torres A. A Description of Disordered Eating Behaviors in Latino Males. *Journal of American College Health*. 2011; 59(4): 266-272.
- Ricciardelli LA, McCabe MP. A longitudinal analysis of the role of psychosocial factors in predicting body change strategies among adolescent boys. *Sex Roles*. 2003; 45: 349-360.
- Rice, F. El estudio del desarrollo durante el ciclo de vida. EN: Rice F. *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. México. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana; 1997. p. 4-27.
- Rodríguez-Aguilar B, Oudhof Van Barneveld H, González-Arratia NI, Unikel-Santoncini C, Becerril-Bernal MI. Conductas alimentarias de riesgo: Prevalencia en mujeres de nivel superior del Estado de México. *Revista Científica Electrónica de Psicología- UAEH*. 2006; 6: 159-170.
- Rodríguez-Pérez E. Imagen corporal en el desarrollo psicosocial. EN: Dulanto-Gutiérrez E. *El Adolescente*. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 73-81.
- Russell G. La esencia de la anorexia nerviosa: evaluación histórica y síntomas principales. EN: Rojo L, Cava G. *Anorexia nerviosa*. México: Ed. Ariel Ciencias Médicas; 2003. p. 13-27.
- Saucedo-Molina TJ. Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. [Tesis doctoral]. México D.F.: Facultad de Psicología, UNAM; 2003.
- Saucedo-Molina TJ, Unikel-Santoncini C. 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*. 2010; 33(1): 11-19.

- Sepúlveda A, Botella J, León J. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta-análisis. *Psicothema*. 2001; 1(13): 7-16.
- Sepúlveda AR, Gandarillas A, Carrobles JA. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Psiquiatria.com* [revista en internet] 2004; [fecha de acceso: mayo de 2011]; 8(2). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/130>
- Sepúlveda AR, Carrobles JA, Gandarillas AM. Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health*. 2008; 8: 102.
- Shisslak C, Crago M. Risk and protective factors in the development of eating disorders. EN: Thompson JK & Smolak L, Editores. *Body Image Eating Disorders, and Obesity in Youth.*, Washington DC. American Psychological Association; 2001. p.103-125
- Smink RE, van Hoeken D, Hoek H W. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(4): 406–414.
- Stice E. A prospective test of the Dual-Pathway Model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal psychology*. 2001; 110(1): 124-135.
- Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 53: 985-993.
- Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010; 51(4): 518- 525.

- Stice E. Risk factors for eating pathology: recent advances and future directions. EN: Eating Disorders: Innovative directions in research and practice. Washington: American Psychological Association; 2001. p. 51-73.
- Story M, French S A, Resnick MD, & Blum RW. Ethnic/Racial and Socioeconomic Differences in Dieting Behavior and Body Image Perceptions in Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 1995; 18: 173-179.
- Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *The American Dietetic Association*. 2002; Supplement 103(3): S40-S51.
- Striegel-Moore RH. Etiology of binge eating: A developmental perspective. EN: Fainburn CG y Wilson GT Editores. Binge eating nature, assessment and treatment. New York: The Guilford Press; 1993. p. 144-172.
- Striegel-Moore R, Bulik CM. Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*. 2007; 62(3): 181-198.
- Thompson KJ, Stice E. Thin-ideal internalization: mounting evidence of a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*. 2001; 10(5): 181-183.
- Toro J. Ejercicio físico, deporte y trastornos del comportamiento alimentario. EN: Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. España: Editorial Ariel S.A.; 1996. p. 196- 236.
- Torresani ME. Conductas alimentarias y prevalencia de riesgo de padecer trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. 2003; 9(1): 30-33.
- Troisi A, Di Lorenzo G, Alcini S, Croce-Nanni R, Di Pasquale C y Siracusano A. Body Dissatisfaction in Women With Eating Disorders: Relationship to Early Separation Anxiety and Insecure Attachment. *Psychosomatic Medicine*. 2006; 68: 449-453.

- Unikel-Santoncini C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*. 2002; 25(2): 49-57.
- Unikel-Santoncini C, Gómez-Peresmitré G. Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*. 2004; 27(1): 38-49.
- Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*. 2004; 46(6): 509-515.
- Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Villatoro-Velázquez J, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora Icaza ME. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*. 2006; 58(1): 15-27.
- Unikel-Santoncini C, Ocampo-Ortega M, Zambrano-Ruiz J. Exactitud del auto-reporte de peso y talla en mujeres de 15 a 19 años del Estado de México. *Salud Pública de México*. 2009; 51(3): 194-201.
- Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, Kennedy SH. Comparison of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(4): 570-57.
- Yager Z, O'Dea JA. Prevention programs for body image and eating disorders on university campuses: a review of large controlled interventions. *Health Promotion International*. 2008; 23(2): 173-189.

Anexo 1

H

**Si no deseas participar, devuelve el cuestionario sin responder;
si deseas hacerlo por favor lee las siguientes instrucciones con**

- Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas.
- Para cada una de las preguntas elige la respuesta que te parezca sea la mejor, algunas veces se te pedirá que escribas directamente y en otras tendrás que colocar una “x” sobre el número que indica la respuesta que hayas escogido.
- Recuerda que **debes leer muy bien cada pregunta antes de contestarla**, y si tienes alguna duda, si no sabes la respuesta a alguna pregunta o si sientes que no puedes contestarla porque no la entiendes, entonces levanta la mano y pregunta tus dudas a los encuestadores.
- Trata de ser lo más veraz posible y de no dejar preguntas sin contestar.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

SECCIÓN I: DATOS PERSONALES

1 Nombre				
Colonia:	Delegación o Municipio:	Código postal:		
2 Matrícula				
Grupo	Horario	Salón	Correo-e	Teléfono
3 ¿Cuál es tu licenciatura? (anota el nombre en el espacio)				
4 Edad en años cumplidos				
5 Sexo (marca la opción correcta)	Femenino (1)			Masculino(2)
6 ¿Cuál es tu peso actual? (Por favor da tu mejor estimado en kilogramos)				
7 ¿Cuál es tu estatura? (Por favor da tu mejor estimado en metros)				

SECCIÓN II: SELECCIONA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA AL NÚMERO O DISPONIBILIDAD DE BIENES, OBJETOS O CARACTERÍSTICAS QUE MEJOR DESCRIBEN TU CASA:

	Ninguno	1	2	3	4 o más
1 TV a color					
2 Automóvil					
3 Baños					
4 Computadora					
5 Piso diferente de tierra o cemento		No tiene			Si tiene
6 Regadera		No tiene			Si tiene
7 Estufa		No tiene			Si tiene
8 Focos		6-10	11-15	16-20	21 o más
9 Habitaciones (contando recámaras, sala, comedor, estancia, cocina, etc., PERO SIN CONTAR BAÑOS)		0-4	5 a 6	7 o más	

SEÑALA LA ESCOLARIDAD DEL JEFE o JEFA DE TU FAMILIA :

10	Jefe/jefa de familia	Sin instrucción	Primaria o Secundaria completa o	Carrera técnica, preparatoria completa	Licenciatura completa o incompleta	Postgrado
-----------	-----------------------------	-----------------	----------------------------------	--	------------------------------------	-----------

SECCIÓN III: ACTIVIDAD FÍSICA

1	¿Realizas habitualmente algún tipo de ejercicio o actividad física?(Marca una respuesta). Si tu respuesta es NO, deja en blanco la pregunta siguiente y pasa a la sección IV	Sí (1)	No (2)
2	¿Cuánto tiempo A LA SEMANA dedicas al ejercicio o actividad física que realizas habitualmente? (Anota el número de horas y/o minutos A LA SEMANA en los recuadros correspondientes)	Horas	Min.

SECCIÓN IV: POR FAVOR MARCA CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A TU EXPERIENCIA

En los últimos 3 meses (*marca una opción para cada inciso*)

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1 Me ha preocupado engordar	0	1	2	3
2 En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	0	1	2	3
3 He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	0	1	2	3
4 He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
5 He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
6 He hecho dietas para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
7 He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
8 He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es)_____	0	1	2	3
9 He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es)_____	0	1	2	3
10 He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es)_____	0	1	2	3

SECCIÓN V: POR FAVOR MARCA CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A TU EXPERIENCIA

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1 Los hombres delgados son más atractivos	1	2	3	4
2 Me deprime sentirme gordo	1	2	3	4
3 Estar delgado es un logro muy importante para mí	1	2	3	4
4 Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo	1	2	3	4
5 El peso corporal es importante para ser aceptado	1	2	3	4
6 El peso corporal es importante para sentirme bien	1	2	3	4
7 El peso corporal es importante para conseguir pareja	1	2	3	4
8 Me siento gordo aunque los demás me digan que no lo estoy	1	2	3	4
9 Estar gordo es sinónimo de imperfección	1	2	3	4
10 Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valioso	1	2	3	4
11 Cuando estas gordo las mujeres no se te acercan	1	2	3	4
12 Los hombres gordos son menos atractivos	1	2	3	4
13 El aspecto físico es importante para sentirme bien	1	2	3	4
14 El peso corporal es importante para conseguir ropa	1	2	3	4
15 Cuando estoy delgado me siento en control	1	2	3	4

SECCIÓN VI

Las siguientes preguntas son acerca de la relación que has llevado con tu PAPÁ o con la persona que lo ha sustituido, responde las preguntas pensando en el tiempo que has convivido con él ya sea que hayas vivido con él o no y sin importar si esto ya no sigue ocurriendo. Si nadie ha fungido como figura paterna en tu vida, pasa a la siguiente sección.

En general, tu papá o sustituto:		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha
1	Te demuestra afecto o cariño	4	3	2	1
2	Realiza alguna actividad agradable contigo	4	3	2	1
3	Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)	4	3	2	1
4	Habla contigo de tus problemas	4	3	2	1
5	Se muestra interesado en ayudarte	4	3	2	1
6	Muestra que se preocupa por ti	4	3	2	1
7	Es justo contigo	4	3	2	1
8	Te expresa el amor que siente por ti	4	3	2	1
9	Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	4	3	2	1
10	Eres importante para él	4	3	2	1
11	Compara tu forma de ser con la de tus hermanos (as)	1	2	3	4
12	Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)	1	2	3	4
13	Controla o critica tu forma de vestir	1	2	3	4
14	Te ha tratado como si fueras una sirvienta	1	2	3	4
15	Se molesta si te portas cariñoso con él	1	2	3	4
16	Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas (os)	1	2	3	4
17	Te ha hecho sentir menos	1	2	3	4
18	Desconfía de ti	1	2	3	4
19	Te exige demasiado	1	2	3	4
20	Es difícil complacerlo	1	2	3	4
21	Se enoja si lo contradices o no estás de acuerdo con él	1	2	3	4
22	Te exige obediencia a sus antojos o caprichos	1	2	3	4
23	Te exige que te quedes en casa	1	2	3	4
24	Ha amenazado a alguien que quieres o estimas	1	2	3	4

Las siguientes preguntas son acerca de la relación que has llevado con tu MAMÁ o con la persona que la ha sustituido, responde las preguntas pensando en el tiempo que has convivido con ella ya sea que hayas vivido con ella o no y sin importar si esto ya no sigue ocurriendo. Si nadie ha fungido como figura materna en tu vida, pasa a la siguiente sección.

En general, tu mamá o sustituta:		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha
1	Te demuestra afecto o cariño	4	3	2	1
2	Realiza alguna actividad agradable contigo	4	3	2	1
3	Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)	4	3	2	1
4	Habla contigo de tus problemas	4	3	2	1
5	Se muestra interesada en ayudarte	4	3	2	1
6	Muestra que se preocupa por ti	4	3	2	1
7	Es justa contigo	4	3	2	1
8	Te expresa el amor que siente por ti	4	3	2	1
9	Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	4	3	2	1
10	Eres importante para ella	4	3	2	1
11	Compara tu forma de ser con la de tus hermanos (as)	1	2	3	4
12	Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)	1	2	3	4
13	Controla o critica tu forma de vestir	1	2	3	4
14	Te ha tratado como si fueras una sirvienta	1	2	3	4
15	Se molesta si te portas cariñoso con ella	1	2	3	4
16	Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas (os)	1	2	3	4
17	Te ha hecho sentir menos	1	2	3	4
18	Desconfía de ti	1	2	3	4
19	Te exige demasiado	1	2	3	4
20	Es difícil complacerla	1	2	3	4
21	Se enoja si la contradices o no estás de acuerdo con ella	1	2	3	4
22	Te exige obediencia a sus antojos o caprichos	1	2	3	4
23	Te exige que te quedes en casa	1	2	3	4
24	Ha amenazado a alguien que quieres o estimas	1	2	3	4

SECCIÓN VII: Ahora te haremos algunas preguntas sobre tu forma de ser

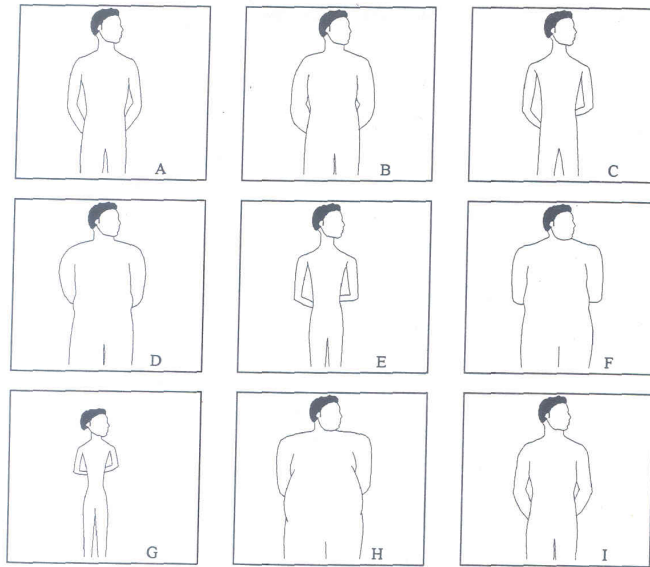
	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1 Me gusta como soy	1	2	3	4
2 Estoy feliz de ser como soy	1	2	3	4
3 Me siento fracasado	4	3	2	1
4 Soy un buen amigo	1	2	3	4
5 Me gusta la forma como me veo	1	2	3	4
6 Me gustaría ser otra persona	4	3	2	1
7 Estoy orgulloso de mí	1	2	3	4
8 Tengo una mala opinión de mi mismo	4	3	2	1
9 Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente	4	3	2	1

SECCIÓN VIII: POR FAVOR MARCA CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A TU EXPERIENCIA

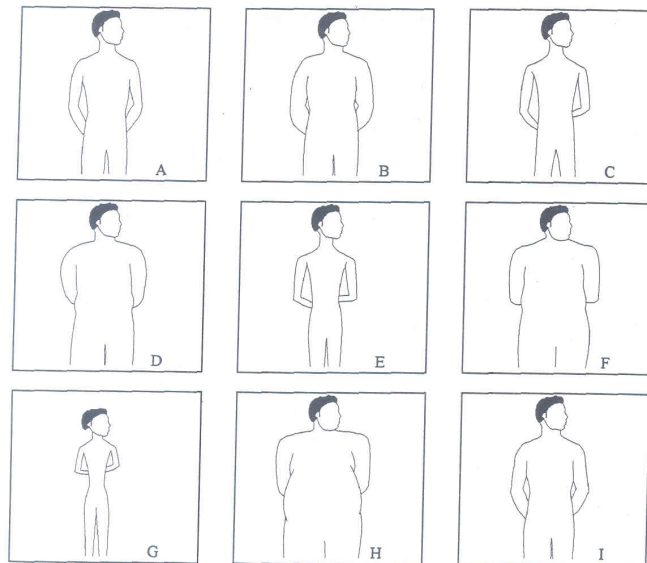
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1 Desearía estar más musculoso	1	2	3	4	5	6
2 Hago pesas para estar más musculoso	1	2	3	4	5	6
3 Uso suplementos energéticos o proteínicos	1	2	3	4	5	6
4 Consumo bebidas proteínicas o bebidas para ganar peso	1	2	3	4	5	6
5 Trato de consumir tantas calorías como me sea posible en un día	1	2	3	4	5	6
6 Me siento culpable cuando falto al gimnasio	1	2	3	4	5	6
7 Pienso que sentiría más confianza si estuviera más musculoso	1	2	3	4	5	6
8 Otras personas piensan que entreno con mucha frecuencia	1	2	3	4	5	6
9 Pienso que me vería mejor si aumentara de peso	1	2	3	4	5	6
10 Pienso en tomar esteroides anabólicos	1	2	3	4	5	6
11 Pienso que me sentiría mas fuerte si ganara un poco mas de masa muscular	1	2	3	4	5	6
12 Pienso que mi horario de entrenamiento no permite el desarrollo de otros aspectos de mi vida	1	2	3	4	5	6
13 Pienso que mis brazos no son lo suficientemente musculosos	1	2	3	4	5	6
14 Pienso que mis pectorales no son lo suficientemente musculosos	1	2	3	4	5	6
15 Pienso que mis piernas no son lo suficientemente musculosas	1	2	3	4	5	6

SECCIÓN X

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



SECCIÓN XII

(No escribas en esta sección. Esta sección es de uso exclusivo para el personal de apoyo de la investigación)

TALLA	PESO
-------	------

Anexo 2

M

**Si no deseas participar, devuelve el cuestionario sin responder;
si deseas hacerlo por favor lee las siguientes instrucciones con**

- Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas.
- Para cada una de las preguntas elige la respuesta que te parezca sea la mejor, algunas veces se te pedirá que escribas directamente y en otras tendrás que colocar una “x” sobre el número que indica la respuesta que hayas escogido.
- Recuerda que **debes leer muy bien cada pregunta antes de contestarla**, y si tienes alguna duda, si no sabes la respuesta a alguna pregunta o si sientes que no puedes contestarla porque no la entiendes, entonces levanta la mano y pregunta tus dudas a los encuestadores.
- Trata de ser lo más veraz posible y de no dejar preguntas sin contestar.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

SECCIÓN I: DATOS PERSONALES

1	Nombre				
	Colonia:	Delegación o Municipio:	Código postal:		
2	Matrícula				
	Grupo	Horario	Salón	Correo-e	Teléfono
3	¿Cuál es tu licenciatura? (anota el nombre en el espacio)				
4	Edad en años cumplidos				
5	Sexo (marca la opción correcta)		Femenino (1)	Masculino (2)	
6	¿Cuál es tu peso actual? (Por favor da tu mejor estimado en kilogramos)				
7	¿Cuál es tu estatura? (Por favor da tu mejor estimado en metros)				

SECCIÓN II: SELECCIONA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA AL NÚMERO O DISPONIBILIDAD DE BIENES, OBJETOS O CARACTERÍSTICAS QUE MEJOR DESCRIBEN TU CASA:

	Ninguno	1	2	3	4 o más
1	TV a color				
2	Automóvil				
3	Baños				
4	Computadora				
5	Piso diferente de tierra o cemento		No tiene		Si tiene
6	Regadera		No tiene		Si tiene
7	Estufa		No tiene		Si tiene
8	Focos	6-10	11-15	16-20	21 o más
9	Habitaciones (contando recámaras, sala, comedor, estancia, cocina, etc., PERO SIN CONTAR BAÑOS)		0-4	5 a 6	7 o más

SEÑALA LA ESCOLARIDAD DEL JEFE o JEFA DE TU FAMILIA :

10	Jefe/jefa de familia	Sin instrucción	Primaria o Secundaria completa o incompleta	Carrera técnica, preparatoria completa o incompleta	Licenciatura completa o incompleta	Postgrado
-----------	-----------------------------	------------------------	--	--	---	------------------

SECCIÓN III: ACTIVIDAD FÍSICA

1	¿Realizas habitualmente algún tipo de ejercicio o actividad física? (Marca una respuesta). Si tu respuesta es NO, deja en blanco la pregunta siguiente y pasa a la sección IV	Sí	No
		(1)	(2)
2	¿Cuánto tiempo A LA SEMANA dedicas al ejercicio o actividad física que realizas habitualmente? (Anota el número de horas y/o minutos A LA SEMANA en los recuadros correspondientes)	Horas	Min.

SECCIÓN IV: POR FAVOR MARCA CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A TU EXPERIENCIA

En los últimos 3 meses (*marca una opción para cada inciso*)

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1 Me ha preocupado engordar	0	1	2	3
2 En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	0	1	2	3
3 He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	0	1	2	3
4 He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
5 He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
6 He hecho dietas para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
7 He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
8 He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____	0	1	2	3
9 He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____	0	1	2	3
10 He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____	0	1	2	3

SECCIÓN V: POR FAVOR MARCA CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A SU EXPERIENCIA

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1 Las mujeres delgadas son más femeninas	1	2	3	4
2 Me deprime sentirme gorda	1	2	3	4
3 Estar delgada es un logro muy importante para mí	1	2	3	4
4 Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo	1	2	3	4
5 El peso corporal es importante para ser aceptada	1	2	3	4
6 El peso corporal es importante para sentirme bien	1	2	3	4
7 El peso corporal es importante para conseguir pareja	1	2	3	4
8 Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo estoy	1	2	3	4
9 Estar gorda es sinónimo de imperfección	1	2	3	4
10 Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa	1	2	3	4
11 Cuando estas gorda los hombres no se te acercan	1	2	3	4
12 Las mujeres gordas son menos femeninas	1	2	3	4
13 El aspecto físico es importante para sentirme bien	1	2	3	4
14 El peso corporal es importante para conseguir ropa	1	2	3	4
15 Cuando estoy delgada me siento en control	1	2	3	4

SECCIÓN VI

Las siguientes preguntas son acerca de la relación que has llevado con tu PAPÁ o con la persona que lo ha sustituido, responde las preguntas pensando en el tiempo que has convivido con él ya sea que hayas vivido con él o no y sin importar si esto ya no sigue ocurriendo. Si nadie ha fungido como figura paterna en tu vida, pasa a la siguiente sección.

	En general, tu papá o sustituto:	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucho
1	Te demuestra afecto o cariño	4	3	2	1
2	Realiza alguna actividad agradable contigo	4	3	2	1
3	Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)	4	3	2	1
4	Habla contigo de tus problemas	4	3	2	1
5	Se muestra interesado en ayudarte	4	3	2	1
6	Muestra que se preocupa por ti	4	3	2	1
7	Es justo contigo	4	3	2	1
8	Te expresa el amor que siente por ti	4	3	2	1
9	Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	4	3	2	1
10	Eres importante para él	4	3	2	1
11	Compara tu forma de ser con la de tus hermanos (as)	1	2	3	4
12	Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)	1	2	3	4
13	Controla o critica tu forma de vestir	1	2	3	4
14	Te ha tratado como si fueras una sirvienta	1	2	3	4
15	Se molesta si te portas cariñosa con él	1	2	3	4
16	Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas (os)	1	2	3	4
17	Te ha hecho sentir menos	1	2	3	4
18	Desconfía de ti	1	2	3	4
19	Te exige demasiado	1	2	3	4
20	Es difícil complacerlo	1	2	3	4
21	Se enoja si lo contradices o no estás de acuerdo con él	1	2	3	4
22	Te exige obediencia a sus antojos o caprichos	1	2	3	4
23	Te exige que te quedes en casa	1	2	3	4
24	Ha amenazado a alguien que quieres o estimas	1	2	3	4

Las siguientes preguntas son acerca de la relación que has llevado con tu MAMÁ o con la persona que la ha sustituido, responde las preguntas pensando en el tiempo que has convivido con ella ya sea que hayas vivido con ella o no y sin importar si esto ya no sigue ocurriendo. Si nadie ha fungido como figura materna en tu vida, pasa a la siguiente sección.

	En general, tu mamá o sustituta:	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha
1	Te demuestra afecto o cariño	4	3	2	1
2	Realiza alguna actividad agradable contigo	4	3	2	1
3	Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)	4	3	2	1
4	Habla contigo de tus problemas	4	3	2	1
5	Se muestra interesada en ayudarte	4	3	2	1
6	Muestra que se preocupa por ti	4	3	2	1
7	Es justa contigo	4	3	2	1
8	Te expresa el amor que siente por ti	4	3	2	1
9	Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	4	3	2	1
10	Eres importante para ella	4	3	2	1
11	Compara tu forma de ser con la de tus hermanos (as)	1	2	3	4
12	Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)	1	2	3	4
13	Controla o critica tu forma de vestir	1	2	3	4
14	Te ha tratado como si fueras una sirvienta	1	2	3	4
15	Se molesta si te portas cariñosa con ella	1	2	3	4
16	Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas (os)	1	2	3	4
17	Te ha hecho sentir menos	1	2	3	4
18	Desconfía de ti	1	2	3	4
19	Te exige demasiado	1	2	3	4
20	Es difícil complacerla	1	2	3	4
21	Se enoja si la contradices o no estás de acuerdo con ella	1	2	3	4
22	Te exige obediencia a sus antojos o caprichos	1	2	3	4
23	Te exige que te quedes en casa	1	2	3	4
24	Ha amenazado a alguien que quieres o estimas	1	2	3	4

SECCIÓN VII: Ahora te haremos algunas preguntas sobre tu forma de ser

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1 Me gusta como soy	1	2	3	4
2 Estoy feliz de ser como soy	1	2	3	4
3 Me siento fracasada	4	3	2	1
4 Soy una buena amiga	1	2	3	4
5 Me gusta la forma como me veo	1	2	3	4
6 Me gustaría ser otra persona	4	3	2	1
7 Estoy orgullosa de mí	1	2	3	4
8 Tengo una mala opinión de mi misma	4	3	2	1
9 Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente	4	3	2	1

SECCIÓN VIII: POR FAVOR MARCA CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A TU EXPERIENCIA

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1 Desearía estar más musculosa	1	2	3	4	5	6
2 Hago pesas para estar más musculosa	1	2	3	4	5	6
3 Uso suplementos energéticos o proteínicos	1	2	3	4	5	6
4 Consumo bebidas proteínicas o bebidas para ganar peso	1	2	3	4	5	6
5 Trato de consumir tantas calorías como me sea posible en un día	1	2	3	4	5	6
6 Me siento culpable cuando falto al gimnasio	1	2	3	4	5	6
7 Pienso que sentiría más confianza si estuviera más musculosa	1	2	3	4	5	6
8 Otras personas piensan que entreno con mucha frecuencia	1	2	3	4	5	6
9 Pienso que me vería mejor si aumentara de peso	1	2	3	4	5	6
10 Pienso en tomar esteroides anabólicos	1	2	3	4	5	6
11 Pienso que me sentiría mas fuerte si ganara un poco mas de masa muscular	1	2	3	4	5	6
12 Pienso que mi horario de entrenamiento no permite el desarrollo de otros aspectos de mi vida	1	2	3	4	5	6
13 Pienso que mis brazos no son lo suficientemente musculosos	1	2	3	4	5	6

En los últimos 3-4 meses, ¿te ha faltado algún período menstrual?

Sí No

Si tu contestación es "sí", ¿cuántos?

¿Has estado tomando "la píldora" (pastillas anticonceptivas)?

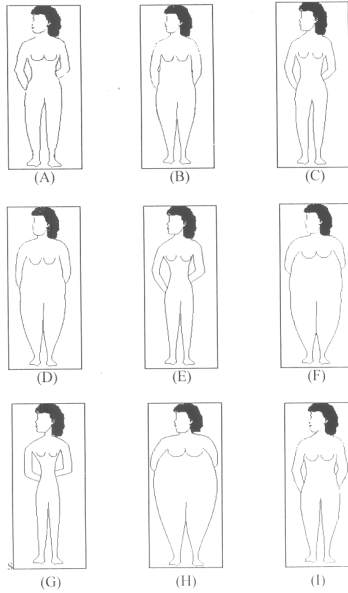
Sí No

¿Ya tuviste la menopausia?

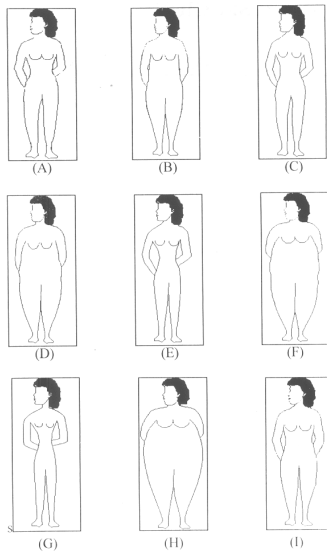
Sí No

SECCIÓN X

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



SECCIÓN XII

(No escribas en esta sección. Esta sección es de uso exclusivo para el personal de apoyo de la investigación)

TALLA	PESO
-------	------