

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON



FACULTAD DE PSICOLOGIA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN
PSICOLOGIA DE LA SALUD**

**INSATISFACCIÓN DE IMAGEN CORPORAL E INDICE DE MASA
CORPORAL EN RELACIÓN CON CONDUCTA ALIMENTARIA
DE RIESGO**

TESIS DE MAESTRIA EN CIENCIAS

PRESENTA:

LIC. JUAN CARLOS SANCHEZ SOSA

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. JOSE MORAL DE LA RUBIA

MONTERREY, N.L. MAYO DE 2007

Agradecimientos

La realización del presente trabajo reseña no solamente la culminación de una investigación para obtener un grado, sino que representó también la oportunidad de retomar un camino que por circunstancias de la vida una vez deje pero que estaba seguro que la vida misma me llevaría nuevamente por el derrotero largamente añorado.

Por esta razón, es que expreso en primera instancia mi más profundo agradecimiento al director de la Facultad de Psicología de la UANL el Mtro. Arnoldo Téllez López quien además del valioso apoyo otorgado para realizar mis estudios de maestría y la realización de esta tesis, fue una de las principales personas que me brindaron la oportunidad de regresar a mi casa (la facultad) cuando aun fungía como subdirector académico de nuestra querida institución.

Igualmente quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) el apoyo económico otorgado a un servidor durante mis estudios de maestría.

Mi agradecimiento en general al personal académico–administrativo de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la U.A.N.L. por las facilidades otorgadas para la realización de la presente investigación.

Expreso igualmente, mi agradecimiento al director de esta tesis el Dr. José Moral de la Rubia por sus valiosas aportaciones para la realización de esta investigación, igualmente deseo expresar mi admiración y respeto a la dedicación y el esmero mostrado por el Dr. Moral en la constante construcción de la psicología como disciplina científica.

Aprovecho también para agradecer infinitamente a los revisores de esta tesis la Mtra. Mónica Teresa González Ramírez profesora – investigadora de la Facultad de Psicología de la U.A.N.L. quien coadyuvo con valiosas aportaciones tanto teóricas como metodológicas para llevar a cabo esta investigación y al Dr. Pedro Cesar Cantu Martínez profesor – investigador de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL quien con su visión crítica y objetiva delinea el abordaje de los aspectos antropométricos de esta tesis.

El cursar la maestría en ciencias con opción en psicología de la salud me brindó la oportunidad de interactuar nuevamente en las aulas con mis antiguos maestros y amigos de muchos años del área conductual Víctor, Cony, Enrique y Cirilo, créanme que disfrute mucho el tomar sus cursos con todo y las diferencias teóricas que ahora nos distinguen. Asimismo me dio la oportunidad de conocer a muchos otros a quienes no menciono para no cometer una omisión involuntaria, a todos ellos mi profundo agradecimiento, respeto y admiración a su vocación profesional y docente.

Toca el turno a la reflexión de índole familiar misma que tiene una ingerencia directa en mi caso particular ya que he tenido la oportunidad de compartir este retorno a mi disciplina de la mano de mi esposa Malena de quien debo decir que es literalmente mi compañera en todas y cada una de las actividades que representan los aspectos más importantes de la vida de una persona, el familiar, el personal y el profesional por lo que me siento afortunado de ir construyendo conjuntamente nuestros destinos.

Dedico esta tesis a mi hijo Juan Carlos, quien al parecer ha decidido incursionar también por el sendero de la psicología, lo cual me compromete a que en el plano profesional fomente su interés y dedicación hacia la edificación de una psicología científica y en el plano familiar refrendarle mi apoyo esperando tener siempre la palabra precisa y el consejo oportuno que lo aliente a abrirse paso en la vida.

No quiero despedirme sin mencionar que lo que soy y represento se lo debo a mis padres, ellos son los forjadores de mis principios, sueños y valores, mismos que he tratado de preservar en mi matrimonio mi vida profesional y en mi función de padre, como un tributo en vida a ellos.

Abreviaturas

Abreviatura	Significado
ACAR	Ausencia de Conducta Alimentaria de Riesgo
AN	Anorexia
BN	Bulimia
BSQ	Body Shape Questionnaire
CAR	Conducta Alimentaria de Riesgo
CBCAR	Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud. Décima edición
DSM-IV	Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ESAC	Escala de Satisfacción de Áreas Corporales
IIC	Insatisfacción de Imagen Corporal
IMC	Índice de Masa Corporal
IMCa	Índice de masa Corporal Autoreportado
IMCr	Índice de Masa Corporal Real
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCAR	Presencia de Conducta Alimentaria de Riesgo
TCA	Trastorno de Conducta Alimentaria
TCANE	Trastorno de Conducta Alimentaria no especificado

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue el determinar si la insatisfacción de imagen corporal (IIC) y el índice de masa corporal (IMC) predicen conducta alimentaria de riesgo (CAR) en jóvenes universitarias. Además se evaluó la pertinencia del índice de masa corporal autoreportado (IMCa) como medida antropométrica confiable en estudios de imagen corporal, mediante el análisis de la relación existente entre este y el índice de masa corporal real (IMCr). La muestra fue no probabilística de 126 estudiantes universitarias, con una media de edad de 20.58 años, se determinó la Insatisfacción corporal (IIC) mediante la aplicación de la adaptación española del Body Shape Questionnaire (BSQ). ($\alpha = .97$) También se dividió la muestra en tres grupos de auto percepción corporal: 1) me veo con kilos de mas, 2) me veo en el peso justo, 3) me veo con kilos de menos, la CAR se obtuvo mediante el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo ($\alpha = .71$) para los datos antropométricos se solicitaron medidas de peso y talla autoreportadas, además de someter a un procedimiento de pesaje a los participantes. Los criterios para determinar la correlación entre IMCr – IMCa fueron: 1) la muestra total, 2) grupos de peso percibido, 3) grupos de imagen corporal y 4) grupos de índice de masa corporal. Los resultados arrojaron correlación alta en la muestra total ($r = .95$), mostrando una correlación similar en los grupos por rangos de imagen corporal y de peso percibido, en el grupo por rangos de índice de masa corporal la correlación aunque significativa fue inferior ($r_o = .77$). Estos resultados sugieren que el IMCa no solamente está determinado por una estimación antropométrica, sino que también está asociado a otros factores entre los cuales se destacan los de índole cultural (ideal de delgadez), por lo que se concluye que la estimación de autoreporte de peso y talla no es una medida pertinente de índice de masa corporal. Mediante un análisis de varianza se determinó que los grupos de sobrepeso y obesidad reportaron mayor insatisfacción de imagen corporal (media 98.81 y media 98.88 respectivamente) mientras que los grupos de bajo peso reportaron estar satisfechos con su imagen (media de 70.24) lo cual sugiere que a mayor índice de masa corporal el nivel de insatisfacción se incrementa. Si bien el

modelo de predicción final de CAR sugiere que esta es explicada por IIC (63.1 % de la varianza de CAR), es preciso señalar que la valoración de la conducta alimentaria de riesgo se basa en la determinación de rasgos preclínicos de trastorno de conducta alimentaria (TCA) y que el criterio A de la anorexia según el DSM-IV es la condición de bajo peso, por lo que, se tiene que considerar la disparidad de la relación encontrada entre la condición de infrapeso y la insatisfacción de imagen corporal así como también los resultados de relación entre conducta alimentaria de riesgo e insatisfacción de imagen corporal. Estos hallazgos además de una serie de consideraciones teóricas y socioculturales en torno al concepto de insatisfacción de imagen corporal nos llevan a concluir que si bien es cierto existe una estrecha relación entre IMCr, IIC y CAR, dicha relación no presupone ni predice la presencia de rasgos preclínicos de TCA.

Palabras Clave: Imagen Corporal, insatisfacción de imagen corporal, Conducta alimentaria de riesgo, Índice de masa corporal real, Índice de masa corporal Autoreportado, Ideal de delgadez.

Abstract

The objective of the present investigation was determining if the dissatisfaction of body image (BD) and body mass index (BMI) they predict of risk eating behavior (REB) in university youths. Was also evaluated the relevancy of the perceived body mass index (BMIp) as anthropometrical measured reliable in of body image studies, by means of the existent analysis of the relationship among the real body mass index (BMIr) and the BMIp. The sample no probabilistic with 126 female subject's students, with an average age of 20.58 years. The instrument used for body dissatisfaction (BD) is the adaptation in Spanish of body shape questionnaire BSQ, ($\alpha=.97$) the sample being also divided in three groups of perceived weight: 1) those who thought they were under-weight; 2) those who thought they were just the right weight; and 3) those who thought of themselves as over-weight. The (REB) was obtained by means the short questionnaire of risk eating behavior, ($\alpha= .71$) for the data anthropometrics measures of weight were requested and it carves perceived, besides subjecting to weight procedure to participants. The approaches to determine the correlation among BMIr-BMIp was: 1) the total sample, 2) groups of perceived weight, 3) groups of body image (BSQ) and 4) groups of body mass index. The results threw high correlation in the total sample ($r = .95$), showing a similar correlation in the groups of body image and perceived weight, in the group of body mass index the correlation although significant it was inferior ($r = .77$). These results suggest that the BMIp not only this certain one for an estimate anthropometrical, but rather it is also associated to other factors of among which stand out those of cultural nature (drive for thinness). to concludes that the estimate of self report of weight it is not a pertinent measure of index of corporal mass. By means of a variance analysis it was determined that the groups of overweight and obesity reported bigger body dissatisfaction (means 98.81 and half respectively 98.88) while the groups of under weight they reported to be satisfied with their image (mean 70.24) that which suggests that to more body mass index the level of dissatisfaction is increased. Although the pattern of final prediction of REB suggests that this it is explained by BD (63.1% variance of REB) it is necessary to take the

valuation of REB is based on the determination of features preclínics of risk eating behavior and that the approach A of the anorexia according to the DSM-IV is the condition of under weight, for that, one has to consider the disparity of the opposing relationship between the under weight condition and the dissatisfaction of body image as well as the relationship results between risk eating behavior and dissatisfaction of body image. These discoveries besides a series of theoretical and social considerations around the concept of dissatisfaction of body image take us to conclude that although it is certain a narrow relationship exists among BMI, BD and REB, this relationship doesn't presuppose neither it predicts the presence of features pre clinics of TCA.

Keywords: Body Image, Body Dissatisfaction, Risk Eating Behavior, Real Body Mass Index, Perceived Body Mass Index, Drive for Thinness.

INDICE

CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1 ANTECEDENTES.....	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.3 OBJETIVOS.....	19
1.3.1 Objetivos generales.....	19
1.3.2 Objetivos específicos.....	19
1.4 JUSTIFICACION.....	21
1.5 DEFINICIONES.....	23
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO.....	26
2.1 EL CARÁCTER SOCIOCULTURAL DE LA IMAGEN CORPORAL.....	26
2.2 ABORDAJE TEORICO-METODOLOGICO DE LA IMAGEN CORPORAL.....	39
2.3 EL INDICE DE MASA CORPORAL.....	51
2.4 CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO.....	55
CAPITULO 3. MÉTODO.....	58
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	58
3.2 MUESTRA.....	58
3.3 INSTRUMENTOS.....	58
3.3.1 Cuestionario de datos sociodemográficos.....	58
3.3.2 Grupos de peso percibido y frecuencia de peso.....	58
3.3.3 Escalas de imagen corporal.....	59
3.3.3.1 Escala de satisfacción de áreas corporales (Cash,1990).....	59
3.3.3.2 Body shape questionnaire (Cooper, Fairburn, Cooper y Taylor, 1987).....	60
3.3.4 Índices antropométricos.....	61
3.3.4.1 Índice de masa corporal real.....	61
3.3.4.2 Índice de masa corporal de autoreporte.....	61
3.3.5 Conducta alimentaria de riesgo.....	61
3.4 PROCEDIMIENTO.....	62
3.5 CONSIDERACIONES ETICAS.....	63

CAPITULO 4 RESULTADOS	64
CAPITULO 5 DISCUSION	83
REFERENCIAS	93

Índice de Figuras

Tabla	Descripción	Pagina
Figura 1	Porcentajes de Índice de masa corporal real	65
Figura 2	Frecuencia con la que se pesan los sujetos	65
Figura 3	Grupos de peso percibido	66
Figura 4	Porcentajes de insatisfacción corporal	68
Figura 5	Rangos de conducta alimentaria de riesgo	68
Figura 6	Tendencia de insatisfacción de imagen corporal por grupos de peso	77
Figura 7	Tendencia de IMCr por grupos de peso	78

Índice de Tablas

Tabla	Descripción	Pagina
Tabla 1	Correlación entre IMCa - IMCr	69
Tabla 2	Correlación IMCr-IMCa por grupos de peso percibido	70
Tabla 3	Rangos de índice de masa corporal por grupo de peso percibido	70
Tabla 4	Correlación IMCr-IMCa por grupos de rangos de BSQ	71
Tabla 5	Rangos de IMCr por rangos de insatisfacción corporal	71
Tabla 6	Correlación de IMCr-IMCa por grupos de rangos de IMC	72
Tabla 7	Correlación de la diferencia IMCr-IMCa en relación a IIC y en relación a frecuencia de peso	73

Tabla 8	Correlación entre frecuencia de peso en relación a insatisfacción de imagen corporal y en relación a conducta alimentaria de riesgo.	73
Tabla 9	Diferencias de insatisfacción corporal entre grupos de rangos de índice de masa corporal	74
Tabla 10	Verificación del supuesto de homocedasticidad	75
Tabla 11	Índice de insatisfacción de imagen corporal según rangos de índice de masa corporal	75
Tabla 12	Análisis de la diferencias de insatisfacción de imagen corporal en comparaciones múltiples.	76
Tabla 13	Diferencias de las medias de índice de masa corporal según grupos de percepción de peso	78
Tabla 14	Medias de índice de masa corporal por grupos de percepción de peso	79
Tabla 15	Modelo de predicción final de conducta alimentaria de riesgo	80
Tabla 16	Estimación de la relación lineal entre las variables de la regresión	80
Tabla 17	Comparación de medias de IIC por grupos de IMCr con CAR dicotomizada	82

CAPITULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

Frecuentemente escuchamos frases como “estoy que reviento”, “me siento muy gorda (o)” “me veo fatal”. Si bien este tipo de expresiones pudieran considerarse como normales en una persona que presente sobrepeso u obesidad, cada vez es más común que gente que esta dentro de los parámetros normales de la relación estatura peso, e incluso aquellas que presentan infrapeso, realicen este tipo de comentarios.

La problemática en salud tanto individual como de carácter social en torno a este interés exacerbado en la imagen corporal, motivo el realizar el presente estudio.

Un importante factor a contemplar en los estudios de imagen corporal es el relacionado a la influencia sociocultural, en torno a esta Acosta y Gómez-Péresmitré (2003) comentan que:

La mayoría de los investigadores psicosociales en el campo de los trastornos del comportamiento alimentario otorga un lugar primordial al componente cultural basado en la obsesión colectiva por la imagen corporal y el prestigio que la moda concede a la extrema delgadez, factores considerados por la literatura científica como indicadores de riesgo en este tipo de trastornos. (p. 10)

Por otra parte, la insatisfacción de imagen corporal (IIC) ha sido abordada por una serie de autores quienes sugieren que esta tiene mayor prevalencia entre los adolescentes (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz, 2002). Al respecto, Calado, Lameiras, Rodríguez y Fernández (2003) argumentan que:

Actualmente los adolescentes manifiestan su afinidad hacia una determinada estética corporal impuesta por la sociedad contemporánea; esto hace que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. (p.1)

Rinderknecht y Smith (2002) investigaron sobre las percepciones de imagen corporal en americanos nativos en donde los resultados arrojaron una insatisfacción de la imagen corporal de los niños y jóvenes entrevistados con porcentajes de 41% en hombres y 61% en mujeres.

Las investigaciones sobre imagen corporal se han orientado hacia el género femenino ya que a través de los diversos estudios realizados se ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos de imagen corporal (Herrero y Viña, 2005; Wardle y Watters 2004; Ballester, y colaboradores, 2002; Sánchez, y colaboradores, 2000).

Coincidimos con lo dicho por Merino, Madrid, Pombo y Godas-Otero (2001) quienes argumentan que tanto la insatisfacción corporal como el fuerte deseo de adelgazar, acompañados de la decisión voluntaria de someterse a una dieta hipocalórica, son conductas informadas, con bastante frecuencia, entre los jóvenes, sobre todo los procedentes de la sociedad occidental.

Un factor que permanece constante en las investigaciones en torno a la imagen corporal es el de Índice de Masa corporal (IMC) también conocido como índice de Quetelet el cual se calcula dividiendo el peso corporal (en Kg.) de una persona entre la talla (en metros) elevada al cuadrado.

Fitzgibbon, Blackman y Avellone (2000) investigaron la relación que existe entre IMC y la diferencia de imagen corporal en diferentes etnias, Sands, Maschette y Armatas (2004) utilizando un sofisticado método por computadora

determinaron la satisfacción de la imagen corporal basada en la manipulación de una imagen de uno mismo convertida digitalmente.

En algunas investigaciones, el IMC se calcula a partir del peso y la talla declarados por los sujetos (Madrigal-Fritsch y colaboradores.1999; Paeratakul, White, Williamson, Ryan y Bray 2002; Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006). Este proceder se ha cuestionado al tomar en cuenta las probabilidades de que la imagen corporal se encuentre distorsionada en ciertos sujetos producto del ideal de delgadez prevaleciente en nuestra cultura afectando con esto su percepción de peso y altura.

Rodríguez y Rodríguez (2001), mencionan la utilidad práctica y económica de calcular el IMC a partir del peso percibido y declarado.

Osuna-Ramírez, Hernández-Prado, Campuzano y Salmeron (2006) en un estudio realizado a 934 individuos (en donde el 62.6% fueron sujetos femeninos) reportaron una correlación de .90 entre el IMC autoreportado y el IMC medido. Sin embargo, es preciso aclarar que las medidas directas de peso y talla no se realizaron en el momento de efectuar el cuestionario sino entre cuatro a ocho meses después, debido a que los datos de la submuestra utilizada para esta investigación se tomaron de un estudio de cohorte del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Otra investigación concluye que la auto percepción de peso corresponde a un grado de acuerdo moderado en la población general mediano para varones y moderado para mujeres (Canovas y colaboradores 2001).

En un estudio realizado al principio de los noventa en relación a la sobre estimación entre peso percibido y peso real, consideraron la sobre-estimación del tamaño corporal como un índice de insatisfacción con el propio cuerpo. (Perpiñá y Baños, 1990).

Un estudio realizado por Aguilar-Ye, y Colaboradores (2002) con el fin de determinar la correlación existente entre el IMC y la autoestima concluyo que no existe relación significativa entre las variables, aunque la autoestima parece disminuir al aumentar el IMC.

En un estudio similar Montero, Morales y Carvajal (2004) encontraron que los hombres se auto perciben más correctamente que las mujeres. Las mujeres con valores de IMC real correspondientes a normo peso y sobrepeso (IMC entre 20 y 29,9) se ven más gordas de lo que son en realidad, mientras que las obesas (IMC>30), se auto perciben más delgadas.

Con respecto a la conducta alimentaria de riesgo (CAR) las investigaciones giran en torno a formas parciales (Ballester y colaboradores, 2002) de medidas clínicas de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en donde los criterios giran en torno a los síntomas de los cuadros clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV. De tal manera que los criterios de CAR se basan en puntuaciones bajas de los diferentes rasgos clínicos de TCA o de consideraciones acerca de dietas crónicas restrictivas (Unikel, Bojorquez y Carreño, 2004; Calado y colaboradores, 2004; Acosta y Gómez-Péresmitré 2003).

Lora-Cortez y Saucedo-Molina en el 2006 en un estudio de 659 mujeres adultas reportaron que la percepción (sobrestimación de su tamaño corporal) de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma se encuentran altamente relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo particularmente con conductas compensatorias.

La presente investigación pretende desde una perspectiva netamente holística estimar si la imagen corporal en términos de Insatisfacción corporal relacionada con el índice de masa corporal podrían ser considerados como factores facilitadores en la instauración de conducta alimentaria de riesgo. Por otra parte, también se pretende determinar si el índice de masa corporal

autoreportado puede ser considerado como una medida antropométrica pertinente en estudios de imagen corporal ya que si consideramos la probabilidad de que una medida de insatisfacción corporal es factor de riesgo en problemas alimenticios también los auto reportes de peso y talla podrían tener estas características de sesgo.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El análisis de los factores, que intervienen en el establecimiento y el mantenimiento de los diversos problemas alimentarios relacionados con infrapeso y sobre peso motivo el presente estudio. A este respecto, el análisis del factor psicológico en estos casos, se ha centrado en la determinación perceptual y/o actitudinal respecto a la imagen corporal en la cual interviene el factor cultural que centra los parámetros estéticos en un modelo de figura corporal que tiene como principal característica el infrapeso.

La población universitaria a adoptado este modelo de delgadez, bajo el auspicio de una nueva "Cultura Alimentaria", no obstante habría que analizar si realmente la incorporación del este modelo propicia realmente hábitos de salud. Por otra parte, y paralelamente a esta cultura alimentaria encontramos una proporción elevada de prevalencia de obesidad en nuestro país considerando a estas como practicas culturales contradictorias dentro de lo que Contreras (2002) denomina "locura de la cultura" producto de una cultura posmodernista.

Dentro de este marco, el presente trabajo establece una serie de preguntas de investigación y objetivos tendientes a determinar cual es la relación que guarda el grado de insatisfacción de imagen corporal, el índice de masa corporal y la conducta alimentaria de riesgo.

Las preguntas de investigación que se plantearon en este estudio fueron las siguientes:

¿La insatisfacción de imagen corporal, y el índice de masa corporal podrían considerarse como predictores de conducta alimentaria de riesgo en jóvenes universitarias?

¿El índice de masa corporal autoreportado es una medida realmente fiable de índice de masa corporal real o existe una discrepancia importante entre estos?

¿Es posible determinar si la discrepancia entre el índice de masa corporal autoreportado y el índice de masa corporal real puede ser un indicador de insatisfacción de imagen corporal o es debida a la frecuencia con que se pesa el sujeto o bien se puede considerar un predictor de conducta alimentaria de riesgo?

¿Existen diferencias entre grupos de sujetos clasificados por rangos de peso respecto a la estimación de insatisfacción de imagen corporal?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivos generales.

Determinar si la insatisfacción de imagen corporal, y el índice de masa corporal predicen conducta alimentaria de riesgo en jóvenes universitarias.

Determinar la pertinencia del índice de masa corporal autoreportado como medida antropométrica confiable de índice de masa corporal.

1.3.2 Objetivos específicos.

De estos objetivos generales se desprenden una serie de objetivos específicos que son:

1. Estimar el índice de masa corporal real y el autoreportado así como la frecuencia con que se pesan los sujetos,.

2. Estimar las autoevaluaciones de imagen corporal de los sujetos de acuerdo a tres parámetros de medición: la percepción general respecto al peso percibido, el grado de insatisfacción respecto a determinadas partes del cuerpo y el grado de insatisfacción general de imagen corporal.
3. Estimar los índices de conducta alimentaria de riesgo de la población estudiada.
4. Comprobar la pertinencia del auto reporte de peso y talla como estimación antropométrica fiable del índice de masa corporal.
5. Evaluar si la diferencia entre índice de masa corporal real y el índice de masa corporal autoreportado, se relaciona con la insatisfacción de imagen corporal y en que grado es atribuible a ese factor.
6. Evaluar si la diferencia entre índice de masa corporal real y el índice de masa corporal autoreportado se relaciona con la frecuencia con que se pesa el sujeto y en que grado es atribuible a ese factor.
7. Evaluar si existe relación entre frecuencia de peso y la insatisfacción de imagen corporal.
8. Evaluar si existe relación entre frecuencia de peso y conducta alimentaria de riesgo.
9. Evaluar si existen diferencias en los grados de insatisfacción corporal al establecer grupos de peso de acuerdo a los rangos de índice de masa corporal.
10. Evaluar si existen diferencias en las medidas de índice de masa corporal al establecer grupos de percepción de peso.
11. Evaluar un modelo de predicción final de conducta alimentaria de riesgo con los predictores (insatisfacción de imagen corporal, índice de masa corporal real, índice de masa corporal autoreportado, frecuencia de peso y

diferencia entre índice de masa corporal real y el índice de masa corporal autoreportado).

1.4 JUSTIFICACION

El problema de carácter alimentario tanto de infrapeso como sobrepeso es uno de los principales temas en la agenda de salud de los países occidentales y occidentalizados, el carácter consumista de estas sociedades ha propiciado problemas de salud relacionados tanto con problemas de desnutrición como aquellos relacionados con la sobrealimentación.

La prevalencia de la obesidad en los Estados Unidos se ha incrementado al doble en los últimos 25 años, y en la misma proporción en los últimos 10 años en el Reino Unido. En Australia, la prevalencia de peso excesivo en la niñez se ha visto duplicada, y triplicada en el caso de obesidad entre 1985 y 1995 (Milne, Simpson, English, Johnston y Giles-Corti, 2007).

Con respecto a la obesidad, en el programa nacional de salud 2001-2006 se contempla a la obesidad como riesgo para la salud el sobrepeso y la obesidad se asocian con un riesgo más alto de padecer diversas enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares consideradas como enfermedades emergentes que constituyen el 52% de muertes en nuestro país. Además, la zona norte del país se identifica como la región con más alta prevalencia en obesidad.

De acuerdo con los resultados de la encuesta nacional de salud y nutrición 2006 (ENSANUT 2006), uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. Esto representa alrededor de 5 757 400 adolescentes en el país. No hay claras tendencias del sobrepeso y la obesidad en relación con la edad, salvo una ligera tendencia de mayor obesidad a mayor edad en el caso de las mujeres.

Al comparar los datos de la encuesta nacional de salud ENSA 2000 con los de la ENSANUT 2006, en hombres mayores de 20 años de edad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad incrementó de 59.7% en 2000 a 66.7% en 2006 (7 pp., 1.2 pp./año), que es una tasa de incremento ligeramente inferior a la observada en mujeres.

Las recomendaciones que ENSANUT 2006 realiza en relación al aumento en la prevalencia de obesidad en los últimos siete años en México la cual como podemos observar es alarmante, se encaminan a la urgencia de establecer estrategias y programas dirigidos a la prevención y control de la obesidad del niño, el adolescente y el adulto.

En los países desarrollados, los niveles de prevalencia de trastornos de conducta alimentaria (TCA) se han incrementado en los últimos años y tomando en cuenta la influencia socio-cultural a la que está expuesto el mundo actual bajo el esquema de globalización en donde los procesos de transculturación están a la orden del día, incrementan de facto la posibilidad de que los valores asociados a la delgadez y la gordura (propios de la cultura anglo-americana y de Europa occidental) estén permeando las estructuras culturales de países como el nuestro. Así parece demostrarlo el estudio de comparación transcultural entre México y España, desarrollado por Acosta y Gómez-Péresmitré (2003) sobre insatisfacción corporal y seguimiento de dieta en donde los resultados concluyeron que no existen diferencias significativas en cuanto a nacionalidad en relación a la insatisfacción corporal.

La anorexia (AN) y la bulimia (BN) son los dos trastornos alimenticios más frecuentes, sobre todo en la población femenina, en un comunicado de prensa de la Secretaría de Salud en el 2005 se presentan datos que declaran que nueve de cada 10 personas que presentan estos trastornos son mujeres entre los 12 y 25 años de edad, según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. Resultados arrojados por ENSANUT 2006 revelaron que la prevalencia de baja talla en población

femenina aumentó progresivamente con la edad. Así, en las mujeres de 12 años la prevalencia fue de 6.5% aumentando hasta 19.7% en las de 17 años. Asimismo, Samano, Flores-Quijano y Casanueva (2005) comentan que los ingresos de primera vez a la clínica de atención de los trastornos de la conducta alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría pasaron de 1.9% a 6.79% en cinco años.

Si bien es cierto que la prevalencia de TCA no representa niveles de carácter epidemiológico como en el caso de la obesidad, es necesario tomar en cuenta que en el caso de la anorexia el trastorno está asociado a un elevado riesgo de mortalidad además de tener la característica de presentar un reducido porcentaje de recuperación, si además aunamos a esto que los TCA constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas (Peláez, Labrador y Raich 2005). Además tenemos que considerar que el aspecto más preocupante es que una proporción significativa de los adolescentes que presentan alteraciones de la conducta alimentaria son adolescentes con normopeso.

Por lo anteriormente expuesto, resulta por demás importante desarrollar investigación en este campo que aborde los posibles factores que faciliten estos trastornos como por ejemplo el contemplado en la presente investigación en cuanto a determinar si la IIC y el IMC conducen a formas preclínicas de TCA, (la evaluación de CAR está basada precisamente en formas parciales de medidas clínicas de TCA) esto con el fin de establecer niveles preventivos acordes al modelo de salud basado en la prevención.

1.4 DEFINICIONES

Antropometría

Saucedo-Molina, Unikel-Santoncini, Villatoro-Velazquez y Fleiz-Bautista (2003) definen la antropometría como las mediciones de las dimensiones y

composición globales del cuerpo humano que se ven afectadas durante el crecimiento y desarrollo a lo largo del ciclo de vida.

Antropometría Nutricional

La medición de las dimensiones físicas y la composición corporal en el cuerpo humano en diferentes edades y grados de nutrición. (Briones y Cantu 2004).

Indicadores Antropométricos

Los indicadores antropométricos son considerados como un reflejo aproximado del estado nutricional, las mediciones utilizadas con mayor frecuencia son el peso corporal y la altura, así como los perímetros craneal y del brazo, y los pliegues cutáneos.

Índices Antropométricos

La combinación de dos o más indicadores antropométricos permite que estos sean más sensibles e independientes de la edad facilitando su interpretación a la vez que permiten hacer una clasificación más precisa sobre las alteraciones nutricionales (Saucedo-Molina y Gómez-Péresmitre, 1998).

Índice de Masa Corporal

Es una medida antropométrica que se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado. La norma oficial mexicana [NOM] (2000, p.398) la define como “al criterio diagnostico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevada al cuadrado”. Los puntos de corte del IMC según la OMS se presentan en la siguiente tabla publicada en el año 2002 por Barajas y Espejo.

MENOR QUE 18.5	Peso debajo de la normalidad
18.5 – 24.9	Normo peso
25.0 – 29.9	Sobrepeso (obesidad grado 1)
30.0 – 39.9	Obesidad (obesidad grado 2)
MAYOR DE 40	Obesidad mórbida (grado 3)

Índice de Masa Corporal Autoreportado

La medida de IMC tomando como referencia el peso y la talla declarados por los sujetos. (Paraetakul y colaboradores, 2002)

Índice de Masa Corporal Real

La medida de IMC tomando como referencia el peso y talla reales recabados a partir de la medición mediante instrumentos especializados y personal capacitado.

Insatisfacción de Imagen Corporal

Es la diferencia entre la imagen corporal percibida y la imagen corporal ideal según el punto de corte determinado por la escala a utilizar.

Conducta Alimentaria de Riesgo

Las conductas caracterizadas por la frecuencia y o recurrencia en el seguimiento de dietas y el grado de restricción de las mismas, así como los valores antropométricos nutricionales de los participantes.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

2.1 EL CARÁCTER SOCIOCULTURAL DE LA IMAGEN CORPORAL

El presente estudio parte del abordaje de una perspectiva sociocultural enmarcada en una posición holística en la que tenemos que considerar los diversos factores interactuantes en este campo, al respecto Moreno (2003) señala que:

Para investigadores y analistas del campo de la alimentación, se hace necesario el comprender y entender las relaciones que tienen los sujetos con los alimentos y en los que predomina una lógica propiciada por las formas de economía, convivencia y de socialización, estas conservadas o bien con diferencias a través de los tiempos, sobre todo de aquellas sociedades compuestas por instituciones y grupos tan diversos y dinámicos que se hacen llamar modernas civilizaciones, denotando la importancia significativa de los alimentos en las estructuras sociales para la funcionalidad de ellas (p1).

Bajo esta perspectiva, resulta imprescindible el análisis del entorno sociocultural que condiciona en parte las pautas comportamentales con respecto a la alimentación, en torno al factor sociocultural y en concordancia con lo dicho por Contreras (2002) consideramos que las pautas culturales han sumergido la capacidad que tenía el hombre para equilibrar su alimentación del modo más beneficioso para su salud y su longevidad; en otras palabras: la “sabiduría del cuerpo” es engañada por la “locura de la cultura.

En relación a esto, Fischler (1979) citado en Contreras (2002) argumenta que:

Lo que el análisis parece indicar es que no es la evolución cultural en sí la que contribuye a perturbar los mecanismos reguladores sino más

bien la crisis de la cultura que atraviesan los países desarrollados fundamentalmente la desestructuración de los sistemas normativos y de los controles sociales que regían, tradicionalmente las prácticas y las representaciones alimentarias (...). Una crisis multidimensional del sistema alimentario se perfila con sus aspectos biológicos, ecológicos, psicológicos, sociológicos, y esta crisis se inscribe en una crisis de civilización. (p. 276)

Respecto a esta perspectiva, Rossell (2003) señala que la evolución social y cultural de los seres humanos se produce con una rapidez que supera en mucho a la capacidad de evolución biológica.

Asimismo Contreras (2002) considera que nuestra sociedad contemporánea comparada con la escasez de las sociedades tradicionales se caracteriza, por una economía de la abundancia. Comemos demasiado, tenemos mucho de todas las cosas, se nos trata como “consumidores” constantemente se nos reclama para comprar más y más cosas y cosas nuevas: alimentos, coches, electrodomésticos, vestidos, etc. Se nos dice que la prosperidad debe de ser mantenida incrementando constantemente el consumo.

En las últimas décadas el patrón alimentario se ha modificado de forma rápida en los países desarrollados actualmente, incluso se detecta esta tendencia en los países en vías de desarrollo. Estos cambios están asociados a un incremento en el consumo de alimentos ricos en grasa y azúcares simples, al tiempo que se reduce el consumo de frutas y verduras. Además, se observa una preocupación creciente en ambos géneros por mantener o bien conseguir una imagen corporal delgada.

Biológicamente la evolución no ha preparado a nuestros organismos para la abundancia. Por el contrario, ha forjado mecanismos de regulación biológica “previsores”, económicos, capaces de preparar y administrar reservas mobilizables en la escasez. Por esta razón el

moderno ideal de la delgadez se hace biológicamente difícil de conseguir. (Contreras, 2002, p. 285)

En relación a esta situación contradictoria en cuanto al ideal de delgadez que impera hoy en día Raich (2001) opina que en la sociedad occidental, a pesar de que paradójicamente se ha producido un aumento de peso, existe una marcada preferencia por la esbeltez que parece que predomina en las clases socioeconómicamente altas.

En un estudio llevado a cabo por Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted en 1980 (en Raich, 2001) se puso de manifiesto que mientras las modelos y mises han perdido una media de 3.4 Kg. en los últimos 20 años, la población, en general, ha ganado 2.8 Kg., situándose, por tanto, estas modelos en un 17.5 % por debajo de la media. Este ideal de belleza, que no se sitúa ya en un normo peso sino en un infrapeso, está llevando a un fenómeno social de auténtica obsesión con el cuerpo y culto al mismo, que más que culto, podríamos llamar tiranía.

Martínez, (2002) considera que la imagen corporal como forma de percibirse a uno mismo esta condicionada por una multitud de factores socioculturales, modelos estéticos, creencias, símbolos, hábitos alimenticios características personales y familiares. Destaca como el modelo de exigencia social de la delgadez y del culto al cuerpo es desencadenante de los trastornos alimenticios (bulimia y anorexia).

Aunado a este ideal de delgadez, Pérez en el 2004 menciona que existe un estigma social respecto a la obesidad que se manifiesta como una atribución social de responsabilidad al obeso por su obesidad, se supone que se es obeso porque uno quiere, porque come sin control y con glotonería por lo que es considerado como un valor negativo por su parte, la delgadez se interpreta como un valor positivo, una meta a alcanzar, ser delgado es lo mismo que triunfar, tener éxito. El aumentar de peso o no perderlo significa alejarse del modelo estético considerado el ideal, la desaprobación del grupo al que

pertenece o al menos la percepción de que no gusta a los demás, fracasar en la demostración de autocontrol y ceder a la presión de los padres.

Así, vemos como la percepción de "gordura" puede desencadenar un patrón de ingestión alimentaria enfocado al adelgazamiento. Dicha percepción de gordura está influida por el modelo corporal que se evidencia en la publicidad y no parece que vaya a cambiar a corto plazo, ya que funciona con la lógica del rendimiento económico.

Esta percepción de gordura "inducida" se asocia con la necesidad de adelgazar. Alcanzando especial relevancia en el sexo femenino. La necesidad de adelgazar puede desencadenar otro comportamiento relacionado con el estilo de vida: la realización de ejercicio físico. El desarrollo de actividad física como medida para controlar el peso del sujeto y modelar el cuerpo se ha desarrollado en la última década con gran intensidad dentro de un contexto cultural marcado por la influencia del estilo de vida norteamericano. Del mismo modo, la ingestión alimentaria de baja calidad frente al televisor es otro de los productos culturales que se han importado a nuestro entorno, al igual que el consumo exacerbado de la denominada "comida rápida". De esta manera se desencadenan una serie de pautas culturales contradictorias que inciden directamente en el comportamiento alimentario, por lo que toda investigación acerca de este fenómeno tiene que tomar en cuenta estos factores culturales contradictorios además del factor psicológico, sin menoscabo de los determinantes biológicos inherentes a la problemática, albergando una concepción holística del fenómeno y abordándolo dentro de un marco interdisciplinar.

Finalmente, consideramos que Moral (2002) resume la problemática que nos agobia hoy en día con respecto a los problemas alimentarios.

Por el estilo de alimentación y vida de la sociedad moderna ha aumentado el problema del sobrepeso y la obesidad. Como formación reactiva se han forjado unos valores estéticos de delgadez y unas

actitudes sociales de marginación a los obesos. Estos valores y actitudes toman más fuerza entre las mujeres, jóvenes y clases altas. Precisamente, en estos grupos ha disminuido el porcentaje de obesidad y sobrepeso y ha aumentado el bajo peso y los trastornos de la conducta alimentaria. Así, la sociedad parece enfrentarse a un dilema de engordar o sufrir un trastorno alimentario. (p.8)

Vera (1998) concede especial importancia al estilo de vida sedentario que hemos asumido las practicas laborales en las cuales la actividad física es casi nula (trabajo de oficina) las distancias que se tienen que desplazar la gente en las grandes urbes hacen necesario el transporte publico, además la incorporación de la mujer en el medio productivo la ha incorporado de lleno a esta dinámica de prisa y desplazamiento esto altera los hábitos alimentarios ya que hoy en día es prácticamente imposible disfrutar de una comida casera, sustituyéndola por las comidas preparadas con un alto predominio en grasas.

Por otra parte Ruiz, Valero y colaboradores (2002) señalan como factor determinante de la imagen corporal los factores de modelado y moldeado sociocultural de hábitos alimentarios inadecuados y de actividad insana producto de un estilo de vida sedentario.

Para Brownll y Napolitano 1995 (en Acosta y Gómez-Péresmitre 2003) estos patrones de modelado y moldeado se van gestando desde la infancia al señalar que los niños desde muy temprana edad y de forma cotidiana se exponen a modelos corporales que representan por ejemplo la famosa *barbie* y el no menos famoso *ken*. Así, se van conformando de forma natural y a través del juego las figuras ideales que más tarde en la preadolescencia o en la adolescencia intentarán poner en práctica.

Es en la infancia y la adolescencia cuando se forman y consolidan los hábitos y comportamientos alimentarios por lo que resulta por demás relevante el conocer estas modificaciones del comportamiento alimentario y sus

determinantes, para, de este modo, poder diseñar y realizar intervenciones sanitarias que pueden incidir a largo plazo en los hábitos alimentarios.

Moral y Ovejero en el 2004, señalan que actualmente los adolescentes viven en una crisis cuya etiología no descansa, en una revolución tormentosa interior, sino en la propia raigambre multidimensional de sus conflictos, para estos autores el joven vive en un estado de moratoria social producto de la posmodernidad y la globalización que ellos resumen como una sociedad adolescente de adultos el calificativo de adolescente (con toda la carga estereotípica que conlleva) aplicado a la sociedad actual se podría emplear para denotar la ambivalencia, la sucesión de cambios, las contradicciones, el debilitamiento de valores tradicionales, su exasperación ante las tomas de decisiones que ha de adoptar, las tensiones y turbulencias, su egocentrismo, el hedonismo, la inmediatez, la renovación, la búsqueda y redefinición de identidad o, finalmente, el estado de permanente tránsito hacia no se sabe muy bien qué (Moral y Ovejero, 2004).

Producto de esta crisis social el joven contemporáneo no emigra hacia la condición de adulto en el tiempo en que la naturaleza social parecía dictar como conveniente, permaneciendo en un tiempo de conflictos y en una tierra de nadie, ante esta situación el joven puede optar por adaptarse o reaccionar a esta prolongación del tiempo social de la adolescencia al adaptarse el joven hace uso de mecanismos distractores creados al efecto por la misma sociedad que le obstaculiza su inserción, (permanencia en el hogar, difusión de responsabilidades, etc.) sin embargo, este también puede reaccionar ante estas condiciones externas impositivas mediante comportamientos calificados como desviados (neotribalismo, violencia, y consumo de sustancias psicoactivas, etc.) Cuestionarnos sobre si, una vez impuestas semejantes trabas, el postadolescente aprovecha su situación o reacciona desadaptándose es desviar la atención del fenómeno en sí mismo y de su multicausalidad.

Otra característica especialmente importante respecto al cuerpo del adolescente en plena evolución, es decir con toda la capacidad biológica para desarrollarse (tomando en consideración las cualidades étnicas) le plantea no sólo como es, sino cómo desearía ser. El adolescente tiene la sensación de poder elegir entre varias opciones en muchos aspectos de su vida: académico, laboral, deportivo, social, etc. por lo que aparentemente puede elegir el cuerpo que quiere, sin embargo los condicionantes biológicos (y/o étnicos) y socioculturales hacen que esta elección basada en parámetros socialmente aceptados no sea necesariamente la más apropiada para la salud del joven.

Desde esta perspectiva no estaríamos hablando respecto a la insatisfacción de imagen corporal como una conducta desadaptativa o patológica ya que cubre con parámetros convalidados públicamente, lo cual conlleva a que en esta dimensión analítica individual lo que en realidad indicaría el carácter patológico de esa conducta estaría validado solamente por el grado de afectación o disminución de la capacidad biológica del individuo, sin embargo en la dimensión colectiva o grupal es preciso determinar cuáles son los factores que inciden en la determinación de modelos patológicos como sería el ideal de delgadez que es el que nos ocupa en esta temática. Esta postura implicaría que conceptos asociados a la insatisfacción corporal como el de anorexia sean conceptualizados no como una patología individual sino más bien contemplando una re-conceptualización del término como digresivamente constituido dentro de los contextos complejos de la cultura posmodernista (Malson, 1999).

Warren, Gleaves, Cepeda-Benito, Fernández y Rodríguez-Ruiz en el 2005 consideran que dada la prevalencia y las consecuencias potenciales de la insatisfacción corporal, los investigadores han tratado de identificar los factores que influyen en su desarrollo. Los teóricos socioculturales sostienen que los valores culturales occidentales ocupan un papel principal en la etiología de los desórdenes alimenticios y sus hechos concomitantes, tal como

la insatisfacción corporal. La cultura es conceptualizada generalmente como "sistemas de creencias y valores que orientan las normas, las prácticas, y las instituciones sociales, incluyendo los procesos psicológicos (el idioma, las prácticas lingüísticas, los medios, los sistemas de enseñanza) (American Psychological Association, 2003, p. 380).

Estos valores occidentalizados que provienen de la cultura anglo europea denominada cultura de primer mundo, que se distinguen por ser las culturas económicamente poderosas, tal como la cultura estadounidense, valoran entre otras cosas, el individualismo, la competencia, el pensamiento racional, los despliegues económicos de la posición y el poder de una estructura patriarcal de la familia, y de un físico femenino delgado.

Hesse-Biber, Leavy, Quinn y Zoino en el 2006 establecen que los desordenes alimenticios no son solamente de naturaleza psicológica sino que tienen que ver con una problemática de índole social. Para encuadrar la problemática de los desordenes alimenticios desde una perspectiva social estos autores proponen la revisión de cuatro teorías que explican la naturaleza social de la problemática en cuestión siendo estas:

La teoría del cultivo - la teoría del cultivo se centra en la acumulación de satisfacción y la frecuencia de los mensajes para ser difundidos a través de varias formas de medios. Estos cultivos preceptuales están relacionados directamente con la intensidad de exposición ante el medio, con la manera en que estos afectan el comportamiento del consumidor mediático en concordancia con el grado de dependencia que se tenga a ellos. El emisor busca un 'público objetivo' y crea una línea narrativa que lo atrapa (es lo que llama 'resonancia' o 'efecto resonante'), y también por el vector de 'convergencia' (mainstreaming) que se proyecta sobre el conjunto de la sociedad a partir de la visión de los espectadores.

La teoría de usos y gratificaciones Dicha teoría fue desarrollada bajo la creencia de que los miembros de la audiencia tienen ciertas necesidades y que son capaces de elegir, conscientemente, el medio y el contenido que satisficará dichas necesidades. Pacientes con desordenes alimenticios han señalado a modelos en revistas de modas como una fuente de motivo para decrementar su peso.

La teoría de la comparación social - El supuesto básico es que la gente tiende a averiguar si sus opiniones son correctas. Tal tendencia hace también que la gente se comporte para apreciar exactamente sus capacidades, para lo cual se compara con otra gente de capacidades muy parecidas, no muy distintas: ello da exactitud en la apreciación. Otro supuesto de la teoría es que la gente busca criterios objetivos, 'no sociales' para autoevaluar sus opiniones y capacidades, pero cuando no dispone de ellos lo hace por comparación social, es decir comparándose con los demás. Teóricamente, los valores occidentales predisponen a las mujeres a no estar satisfechas con sus cuerpos mediante un proceso de comparación social en donde las mujeres se comparan a sí mismas respecto al ideal femenino socialmente estimado y, debido a que pocas personas alcanza este ideal, se cree a sí misma fallando respecto a como encontrar las esperanzas culturales.

La investigación empírica sostiene esta teoría. Un meta-análisis de 25 estudios experimentales en el que se examinó el efecto de ver su imagen corporal en base al ideal de delgadez se encontró que las participantes se encontraron significativamente más insatisfechas después de observar los modelos delgados que después de ver los modelos promedio, o después de objetos inanimados (Groesz, Levine, y Murnen, 2002).

Teoría de la objetivación - En oposición a las corrientes racionalistas e idealistas esta teoría aboga por una concepción no mentalista del pensamiento y por una idea de aprendizaje tematizado como adquisición

comunitaria de formas de reflexión del mundo guiadas por modos epistémico culturales históricamente formados (Radford, 2006).

Calado, Lameiras y Rodríguez en el 2004 menciona que esta teoría considera a las mujeres occidentales se encuentran más objetivadas que los hombres puesto que los cuerpos delgados de las mujeres son muy utilizados para vender cosas es decir la figura femenina es tratada como objeto de mercado basándose la aprobación social en la apariencia.

Esta breve descripción de las teorías expuestas anteriormente destacan la importancia de no sólo analizar el volumen y el contenido de los mensajes para ser transmitidos, sino también describir y/o explicar cómo estos mensajes son asimilados por una población diversa de mujeres. Para comprender la naturaleza social de los desórdenes alimenticios entre mujeres nosotros debemos examinar críticamente las características estructurales actuales del capitalismo y el patriarcado que promueven el ideal de delgadez (Hesse-Biber, Leavy, Quinn y Zoino 2006)

Para las mujeres, los valores culturales occidentales establecen que la apariencia es un valor central en su rol en la sociedad, un cuerpo delgado es ideal, y la delgadez asegura la satisfacción de éxito y vida en donde un cuerpo extremadamente delgado es presentado como normativo y accesible para las mujeres.

Un estudio realizado por Littlewood en el 2004 asegura que los desordenes alimenticios en países no occidentales se asocian principalmente a tres factores:

1. Un proceso de Aculturación a "el temor de la gordura" y las imágenes penetrantes del cuerpo delgado de influencia occidental

2. La interiorización de conceptos occidentales de autonomía individual e individualismo competitivo, y quizás con ideas asociadas al romanticismo americano respecto al amor y la aceptación social.
3. Algunas modificaciones de pautas dietéticas locales existentes asociadas a una actitud de abnegación en mujeres.

Autores como Lester en el 2004 consideran que en ocasiones al abordar la temática de la aculturación se realiza desde una perspectiva política de tipo anti estadounidense al comentar que hay una proposición implícita en estos modelos de aculturación que argumenta que otra cultura de personas (mexicana, china etc.) es atada directamente a su lugar del origen, mientras la "cultura Americana" es transportable, aterrizando y arraigando una problemática en estos nuevos contextos

Las comprensiones contemporáneas de la aculturación varían pero son generalmente coherentes con la definición clásica propuesta por Redfield y colaboradores 1936 (en Lester, 2004) al considerar que la aculturación se origina cuándo grupos de individuos que tienen diferentes culturas, establecen contactos continuos de primera mano, los cuales originan cambios subsiguientes en la pauta cultural original de uno o ambos grupos o la propuesta por Barnett y colaboradores 1954 (en Lester, 2004) la cual nos dice que el cambio cultural es iniciado por la conjunción de dos o más sistemas culturales autónomos, estas definiciones colocan la aculturación como un proceso lineal, en donde las diversas culturas dentro de un marco de globalización se interrelacionan entre si formando nuevas pautas culturales que se enriquecen mutuamente. Desde nuestra perspectiva personal consideramos una postura muy romántica de la autora en cuestión ya que en el análisis de esta supuesta concatenación cultural que albergaría una especie de evolución o bien una mutación multicultural producto de la globalización supone erróneamente la neutralidad de las intervenciones de las diversas culturas al margen de criterios vinculados al poder y a la moral.

White y Grilo en el 2005 comentan que estudios de prospectiva longitudinal han visto la necesidad de determinar los factores del riesgo y el curso natural del comer así como los problemas de imagen corporal en adolescentes desde perspectivas diferentes. Ellos sugieren que la investigación futura debe incluir medidas de aculturación y/o identificación étnica a fin de determinar la influencia de la cultura en estas problemáticas, además de recomendar el empleo de técnicas de modelos estructurales que generen modelos predictivos más refinados dentro de cada etnia.

Estudios etnográficos demuestran que las culturas difieren extensamente en sus actitudes hacia la obesidad y la forma corporal igualmente un extenso número de estudios psicológicos confirman la existencia de diferencias transculturales en lo que constituye el tamaño deseado o deseable del cuerpo, por ejemplo en el área del pacífico las investigaciones reportan una asociación positiva entre grasa corporal y prestigio social probablemente porque se relaciona con un mayor acceso a recursos alimenticios reflejando a su vez potencial económico y social. (Swami y Tovee, 2006).

Una investigación realizada por Regan y Cachelin en el 2006 reveló diferencias étnicas significativas entre las mujeres estudiadas ya que mientras las mujeres hispanas, negras y blancas informaron haber utilizado vomito autoinducido para el control del peso (con tasas de 8% a 10%) esta conducta no fue muy común entre mujeres asiáticas, igualmente el uso de laxantes, píldoras de dieta, y diuréticos fueron mucho menos comunes entre mujeres asiáticas que entre mujeres de las tres otras etnias.

En una investigación de Willemsen y Hoek (2006) se destaca la contribución de influencias socioculturales en forma de normas locales con respecto al tamaño del cuerpo. En donde el moverse de un país donde el ser voluptuosa es considerado atractivo (Curazao) a un país donde el estar delgada es deseable (Holanda) cambió la manera en que el paciente percibió y modificó su cuerpo de acuerdo al contexto.

Por su parte Arnsperger en el 2007 en un estudio con mujeres afroamericanas reporto que aunque muchas de las participantes reconocieron que la población negra acepta formas más grandes en las dimensiones corporales, la mayor parte de las encuestadas negaron la noción de que las mujeres afroamericanas están protegidos culturalmente respecto a la insatisfacción de su imagen corporal lo parece poner de relieve la importancia que tiene la influencia contextual por sobre la condición étnica.

Lukacs, Muranyi y Tury en un estudio realizado en Hungría en el 2007 destaca un nuevo fenómeno cultural asociado a la imagen corporal que se esta generando en jóvenes del sexo masculino en el área de Europa Central denominado Dismorfia Muscular o Vigorexia estos autores hacen referencia a un ideal cultural atlético al estilo "Schwarzenegger" entre los jóvenes, en su estudio concluyen que el comportamiento característico que desarrollan estos jóvenes están mas asociado a la utilización de esteroides que a conductas relacionadas con desordenes alimenticios. Sin embargo no podemos hablar de un desorden alimenticio que hace referencia solamente a dietas restrictivas o a dietas bajas en calorías o carbohidratos, igualmente una dieta basada en altas concentraciones de proteínas y carbohidratos características de una dieta propia de quienes practican el fisicoconstructivismo también debe ser considerada como desorden alimenticio.

En relación a esto, Soh, Touyz y Surgenor en el 2006 comentan que pocos estudios han medido el nivel de la aculturación y los métodos utilizados no han sido consecuentes a través de la literatura. También, pocos estudios se han realizado en una nación occidental y una no occidental utilizando el mismo conjunto de instrumentos de evaluación. El perfil psicológico en el individuo no occidental no ha sido investigado lo suficiente en relación con desordenes alimenticios y las diferencias en la composición del cuerpo a través de etnias. Igualmente pocos estudios han analizado la penetración cultural en otros ámbitos,

Kneen en el 2004 comenta que la cultura de convertir absolutamente todo en mercancías que puedan comprarse y venderse está impregnando cada resquicio de la vida a este respecto Moreno y Cantu en el 2005, señalan que la declaración de Brewster Kneen nos deja muy en claro su concepto de alimentación en el plano mercantilista al declarar que para que los alimentos se conviertan en un negocio primero deben ser transformados en mercancías, porque la economía de mercado funciona a partir del comercio de mercancías lo cual significa que los alimentos deben dissociarse de sus funciones de aportar a la nutrición, de su relación con la cultura y el ambiente y deben transformarse en una herramienta para generar ganancias ya que en la medida que un alimento se transforma en mercancía adquiere sentido la idea de agregarle valor. El adoptar este objetivo mercantilista de generación de ganancia a la industria alimentaria por sobre el aspecto nutricional explica el porque hoy en día se da mas importancia al proceso, transformación y transportación de los productos alimenticios que al valor nutricional de los mismos lo cual representa también un factor importante en la proliferación de desordenes alimenticios.

2.2. ABORDAJE TEORICO-METODOLOGICO DE LA IMAGEN CORPORAL

En la evaluación de las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios se han usado distintos métodos los cuales son clasificados por Pérez (2004) como métodos de estimación perceptiva y métodos de insatisfacción cognitivo-evaluativa o de alteración actitudinal.

La estimación perceptiva analiza las diferencias existentes entre lo que el sujeto considera que mide su cuerpo o una parte de su cuerpo y la medición objetiva de este, estas diferencias son conceptualizadas como alteraciones perceptivas de la imagen corporal. Estos estudios se subdividen en dos grandes categorías: métodos de estimación de partes corporales y los métodos de estimación corporal global.

Los que evalúan partes o segmentos corporales, o métodos de estimación de partes corporales, requieren que los sujetos estimen la anchura de una o varias partes de su cuerpo entre dos puntos situados en una superficie un ejemplo de este método es la técnica del medidor corporal móvil de Slade y Russell (1973) que consiste en una barra horizontal con dos luces móviles en donde el sujeto debe ajustar la anchura de sus caderas, cintura, etc. en este espacio, comparándose la estimación realizada con la que se lleva a cabo con la medición real.

Los procedimientos que evalúan el cuerpo en su conjunto o métodos de estimación corporal global incluyen los métodos de distorsión de imagen y las siluetas en donde el sujeto se ve confrontado a su imagen real presentada en vídeo, fotografía o espejo. Es posible manipularla haciéndola menor o mayor a la realidad. Los sujetos deben seleccionar la figura que consideran que se adapta mejor a la suya.

Los métodos de insatisfacción cognitivo-evaluativa o de alteraciones actitudinales miden la satisfacción/insatisfacción corporal y pueden ser de dos tipos: auto informes y medidas de discrepancia real/ideal.

Los métodos de auto informes evalúan insatisfacción con la imagen corporal, y como ejemplo de estos se pueden mencionar la subescala del EDI del mismo nombre, el Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Fairburn y Taylor (1987) (el cual se utiliza en esta investigación) y el CIMEC o Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal de Toro, Salamero y Martínez (1994). Todos estos adaptados al idioma español y validado en diferentes países de habla hispana.

Otra modalidad para evaluar la insatisfacción corporal son las escalas de “siluetas” o de figuras, en las que se muestran diferentes números de figuras que van desde muy delgadas hasta muy gruesas, y los sujetos deben escoger aquella que creen que representa mejor su talla y la que les gustaría tener.

Respecto a las medidas de discrepancia real/ideal se pide a los sujetos una estimación de las dimensiones corporales que desearían poseer, la discrepancia entre la estimación de sus dimensiones corporales percibidas y sus dimensiones ideales nos proporciona un índice de insatisfacción corporal. También pueden emplearse escalas de estimación: en una el sujeto indicará como ve su tamaño corporal en una escala del 1 al 7 (desde muy delgado a muy grueso), y en otra se le pedirá que haga una estimación de cómo le gustaría ser. Una gran divergencia entre lo que el sujeto cree que es y lo que desearía ser es síntoma de gran insatisfacción (Raich, 1999).

Haciendo un análisis mas específico respecto al factor psicológico concerniente a la imagen corporal debemos de considerar que este concepto ha sido un elemento crucial tanto en el abordaje etiológico y de diagnóstico de los TCA ya que a decir de Baile (2003) una alteración de la imagen corporal (insatisfacción corporal) se ha considerado clave dentro los posibles factores predisponentes, y otra alteración (distorsiones perceptivas del tamaño corporal) como un criterio diagnóstico. Sin embargo, esto ha provocado que se estudie la imagen corporal casi exclusivamente como una variable asociada a trastornos de comportamiento alimentario.

La Dra. Hilde Bruch fue quien destaco la importancia de la imagen corporal en los trastornos de alimentación. Desde entonces, se considera un criterio diagnóstico la alteración de la imagen corporal (Morales, 2006).

La Dra. Bruch parece partir de una postura neofreudiana en la que si bien es cierto reconoce que el psicoanálisis tradicional, con su énfasis en la interpretación de procesos inconscientes, es bastante ineficaz (Bruch, 1982) esta autora atribuye los trastornos de imagen corporal a la predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal. Para esta autora la distorsión de la imagen corporal así como las disfunciones alimentarias tienen un carácter simbólico considerándolos como formas de

camuflaje (Bruch, 1973) de diversos problemas que por otros medios no ha sido posible resolver.

Bruch, en 1981 menciona una serie de características que distinguen el síndrome de anorexia nerviosa: una persecución implacable por la delgadez; una preocupación casi delirante por la imagen corporal; una incapacidad para identificar el hambre con otros estados de tensión corporal; falta de identidad y un sentido de ineficacia paralizador.

Algunos autores como Aguinaga, Fernández y Varo en el 2000 mencionan también una serie de trastornos psicológicos asociados a los TCA en donde la psicopatología de estos trastornos describe a su vez la presencia de sentimientos de incompetencia, de falta de autonomía y baja autoestima, centrada ésta en el percepción negativa del propio cuerpo, déficit en el autocontrol, menor asertividad, mayor inhibición para manifestar los sentimientos, tanto positivos como negativos, y tendencia a evitar situaciones sociales que impliquen relaciones interpersonales, ya que se consideran poco divertidas y se sienten poco aceptadas socialmente.

En relación a lo expresado por Baile, cabe señalar que gran parte de las investigaciones sobre imagen corporal se centran en la consideración de la insatisfacción de imagen corporal como indicador de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario (Sánchez, Hurtado, Colomer, Saravia, Monleon y Soriano, 2000; Mahíques, 2000; Ballester, de Gracia, Patiño, Suñol y Ferrer, 2002; Baile, Guillen, Garrido 2002; Acosta y Gómez-Péresmitré, 2003; Baile, Raich y Garrido, 2003; Monleon, Perpiñá, Botella, y Baños, 2003; Suárez y Vaz, 2003; Sepúlveda, Carrobles y Gandarillas, 2005)

Asimismo, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición (DSM-IV) en su versión castellana de 1995 señala dentro de las características diagnósticas de la anorexia que:

Existe una alteración de la percepción del peso y de las siluetas corporales (criterio C). Algunas personas se encuentran <<obesas>>, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. (DSM-IV, 1995 p. 554)

El mismo manual en relación a la bulimia respecto a los criterios diagnósticos señala que:

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen de anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. (DSM-IV, 1995 p. 560).

No obstante, es necesario tomar en cuenta que la IIC se encuentra también asociada al sobrepeso, Delgado Calvete, y colaboradores (2002) concluye en su estudio que los obesos mórbidos presentan una frecuencia significativa de conductas bulímicas, una elevada insatisfacción corporal, una importante tendencia hacia la delgadez y una frecuencia intermedia de psicopatología en grado leve, especialmente ansiosa. En un estudio realizado en el 2003, Úbeda y colaboradores, observaron como la excesiva preocupación corporal en adolescentes obesos puede ocasionar graves problemas de salud como el síncope vasovagal. En una investigación de 659 mujeres adultas Lora-Cortez y Saucedo-Molina en el 2006 encontraron que a mayor IMC mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo, respecto al IMC y la insatisfacción corporal el 68% de las mujeres encuestadas reporto estar insatisfecha con su imagen corporal mientras que el 96% de las participantes que mostraban sobrepeso reportaban estar insatisfechas con su imagen en

contraste, en las encuestadas que presentaban bajo peso la insatisfacción de imagen corporal respecto a pretender ser más delgada fue del 14%.

Los datos anteriores son contradictorios con lo expresado respecto a la insatisfacción de imagen corporal (IIC) como categoría diagnóstica de TCA (anorexia y bulimia) ya que al parecer la IIC podría ser considerada como factor de riesgo de problemas alimenticios que abarcarían no solamente a problemáticas relacionadas con el infrapeso, sino que estarían igualmente asociadas a actividades en donde el sobrepeso estaría presente. Por otra parte, la insatisfacción de imagen corporal podría considerarse como una aceptación social de acuerdo a parámetros preestablecidos.

De lo anteriormente comentado se desprende una pregunta en relación a que es lo que realmente evaluamos cuando medimos la insatisfacción de la imagen corporal, una distorsión perceptiva o cognitiva de la imagen corporal en términos de representaciones mentales (Rivarola, 2003) derivadas de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y autorechazo (Baile, Guillen y Garrido, 2002) o bien una determinación individual respecto al grado de aceptación y adopción al modelo de la delgadez lo cual implica conceptualizar a esta no como distorsión perceptual o cognitiva sino como una adaptación a los parámetros sociales impuestos respecto al ideal de la figura femenina.

Como observamos anteriormente existen diversas formas de evaluar la imagen corporal de acuerdo a la naturaleza o dimensión de cómo se conceptualice a esta, sin embargo a la hora de medir la imagen corporal es preciso tomar en cuenta que no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, ni cómo se manifiesta una alteración de ella (Baile, Guillen y Garrido, 2002). Algunos autores han señalado tantas definiciones como perspectivas teóricas existen, por lo que el consenso y la definición precisa del concepto queda aun pendiente (Sepúlveda León y Botella, 2004).

Respecto a esta falta de consenso en torno a la naturaleza de la imagen corporal Baile en el 2003 intenta justificarla argumentando que estamos ante un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados podemos intuir a qué a nos referimos. Resulta evidente que el autor pretende bajo el manto del holismo realizar un análisis conceptual que lejos de intentar explicar el término bajo una estructura multifactorial termina aglutinando diferentes criterios teóricos en una ensalada de conceptos que sugiere un eclecticismo mas que la adopción de una postura holista.

Empezaremos por clarificar el concepto de holismo, el cual es muy recurrido hoy en día por las diversas disciplinas teóricas en psicología pero que según nuestro particular punto de vista a menudo se confunde o peor aun facilita las posturas eclécticas.

La holística es considerada como una corriente filosófica contemporánea el primero en utilizar formalmente el término fue el filósofo sudafricano Smuts (1926), en su libro *Holismo y Evolución*. La raíz *holos*, procede del griego y significa "todo", "íntegro", "entero", "completo", y el sufijo *ismo* se emplea para designar una doctrina o práctica.

La acepción de holismo como doctrina filosófica cobra un significado diferente en torno a la investigación entendida ésta como una forma integrativa de la vida y del conocimiento que advierte sobre la importancia de apreciar los eventos desde la integralidad y su contexto.

Esta característica de apreciar los eventos desde la integralidad y su contexto es precisamente el sentido de integración con el que se pretende dotar a la investigación holística. Cuando al enmarcar la presente investigación se señala la pertinencia de abordar la problemática desde una perspectiva holística nos referimos precisamente a la necesidad de contemplar desde un

marco interdisciplinar los diversos factores interactuantes tanto de carácter psicológico, como biológico, nutricionales y socioculturales.

Sin embargo, al adentrarnos en el factor psicológico es muy frecuente que se confunda lo holístico con lo ecléctico ya que el pretender realizar un maridaje de múltiples conceptos de diferentes posturas teóricas para conformar y/o complementar un concepto (en este caso imagen corporal) no significa precisamente el contemplar diferentes factores (holismo) en la formulación del término sino que más bien es una mezcla o hibridación ecléctica de diversas explicaciones en torno a lo psicológico, lo cual nos conduce no a una explicación más amplia del concepto (como lo sugiere Baile) sino más bien nos hunde en una confusión conceptual al plantear integraciones conceptuales espurias de teorías inconmensurables.

El concepto tradicional que presupone la existencia de una psicología que contempla que los diferentes abordajes teóricos se refieren a campos de fenómenos complementarios de un universo empírico coherente, y al suponer que los conceptos y datos de las teorías amparadas por distintos paradigmas son complementarias e integrables sin considerar su inconmensurabilidad debido sus características ontológicas y epistemológicas totalmente divergentes, nos lleva irremediamente al eclecticismo, que es el resultado de esta suposición llevado a sus últimas consecuencias esto, no es más que un producto aberrante de la confusión conceptual y de la carencia de un compromiso explícito con los supuestos que fundamentan a cada psicología y su aplicabilidad Ribes (2002).

Esta maraña o raigambre conceptual que caracteriza a la psicología contemporánea parece expresarse plenamente al definir una supuesta forma de integralidad en torno al concepto de imagen corporal Según Raich (2001) quien probablemente sea la investigadora más representativa de habla hispana en estudios sobre imagen corporal expresa que la imagen corporal consta de varias facetas, especialmente las que se refieren a aspectos perceptivos, emocionales, cognitivos y comportamentales. Por otra parte,

Gardner, 1996 (citado en Espina, Ortego, Ochoa, Yenes & Alemán, 2001) opina que la imagen corporal incluye dos componentes uno perceptivo, que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia y otro actitudinal, que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Viviani en el 2006 habla de dos niveles de representación corporal una objetiva (antropométrica) y otra subjetiva (que se subdivide en cognitiva y afectiva). En cuanto a las alteraciones de la imagen corporal Garner y Garfinkel 1981 (citado en Espina, y colaboradores 2001) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados: distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.

Sin embargo esta ensalada conceptual en torno al concepto imagen corporal parece no rendir muy buenos frutos pues en un estudio de meta análisis realizado por Cash y Deagle en 1997 (en Pérez, 2004) sobre más de 60 trabajos de investigación en este campo, investigaron qué métodos de evaluación son más eficaces para discriminar el trastorno dismórfico llegando a la conclusión de que los más eficaces son los que valoran la insatisfacción corporal a través de los métodos cognitivos-evaluativos o de alteraciones actitudinales. En otra investigación de meta análisis Sepúlveda, Botella y León (2001) definen a la alteración de la imagen corporal como la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales. El hecho de conceptualizar a la alteración de imagen corporal aduciendo a la presencia de juicios valorativos descalifica el carácter perceptivo como un factor importante a considerar y así lo expresan cuando argumentan que hay que tomar con precaución los aspectos perceptivos de la denominada distorsión de la imagen corporal, al estar influidos por los aspectos actitudinales ante el propio cuerpo. Estos mismos autores en otro estudio de meta análisis en el 2004 afirman que una gran parte de los métodos evaluativos usados respecto a la distorsión perceptiva hasta ahora parten de una posición errónea ya que la mayoría de los cuestionarios y

pruebas de percepción se basan en la presunción de que la imagen corporal es un fenómeno estático.

Lo anteriormente expresado sugiere que la delimitación entre lo perceptual y lo cognitivo como factores independientes o interactuantes no es muy clara argumentando que el aspecto perceptual de la imagen corporal no refiere a una distorsión meramente perceptiva sino que más bien referencian aspectos actitudinales hacia el propio cuerpo. Esta consideración puede tornarse preocupante para aquellos profesionales de la psicología que adoptan los criterios del DSM-IV como si fuese el libro sagrado de nuestra disciplina pues tendrían que considerar que sus criterios diagnósticos hacen referencia a alteraciones de la percepción del peso y de la silueta corporales como ya mencionamos anteriormente.

Atendiendo a los factores o diversas facetas que componen la imagen corporal según Raich (perceptivos, emocionales, cognitivos y comportamentales) de los cuales ya se ha descartado el componente perceptual (Cash y Deagle 1997; Sepúlveda, Botella y León 2001; Sepúlveda, León y Botella 2004) es preciso analizar los demás componentes. Los aspectos cognitivos y emocionales han sido objeto de profundos análisis y una diversidad de posiciones teóricas respecto a la naturaleza y sus formas de interrelación, desde una perspectiva cognitiva de la emoción es factible considerar un aspecto central en las diversas teorías cognitivas sobre la emoción que es el de la valoración (appraisal), este postulado basado en la concepción de la intencionalidad de Brentano (1838-1917) filósofo alemán que expuso un sistema filosófico que propone una doctrina idealista saturada de espíritu teísta y escolasticismo católico supone que una emoción cognitivamente hablando es una evaluación en pro o en contra de un estado de cosas que es causada por creencias y que esta conectada semánticamente con sus contenidos (Reisenzein y Schönplflug, 1992). Estos autores afirman que las emociones como sus elementos internos son estados representacionales mentales, lo que supone que existe un sistema interno de

representaciones, lo cual conlleva que las emociones como valoración son una función cognitiva y no un proceso diferente a la cognición, desde esta perspectiva la faceta emotiva de la imagen corporal antes mencionada sería un componente del proceso cognitivo y por consiguiente teóricamente no sería posible considerarlo como un factor distinto al cognitivo.

Al parecer de los cuatro elementos mencionados por Raich solo sería factible el considerar dos el aspecto cognitivo (el cual podría incluir o no una valoración emotiva) y el comportamental lo cual nos lleva irremediamente al eterno dilema en psicología respecto a la dualidad mente-cuerpo y todos sus derivados: interno-externo, objetivo-subjetivo, público-privado.

Partiendo de la suposición platónico-cartesiana en la que se asume que lo psicológico está compuesto de dos instancias o elementos tal y como lo dicta la tradición intelectualista en psicología (Ribes, 2002), hablamos entonces que la mayoría de las posturas teóricas en psicología conceptualizan a lo mental y lo comportamental como dos entidades diferentes aunque complementarias el problema de tal asunción no es solo el considerarlas como entidades distintas sino establecer y esclarecer cuáles son las propiedades que delimiten características propias a cada una de estas instancias que las validen como factores independientes aunque interactuantes. Tal problema al parecer no ha sido resuelto aun por la psicología mentalista propiciando con esto confusiones a la hora de conceptualizar y evaluar sus constructos, así parecen expresarlo Sepúlveda, León y Botella (2004) cuando hablan de los métodos de evaluación cognitivo-afectiva argumentando que estos tratan de evaluar la actitud y sentimiento del individuo hacia su propio cuerpo, que refleja variables actitudinales y afectivas, obteniéndose con ello, un índice de insatisfacción corporal, sin embargo, advierten que la principal desventaja de estas evaluaciones es que los encuestados puedan falsear los autoinformes, lo cual nos lleva a cuestionar que es lo que realmente miden dichos autoinformes si los pensamientos, sentimientos, actitudes del entrevistado o más bien lo que el sujeto considere pertinente informar en función de las

circunstancias y el contexto (llámese personales, históricas, culturales, institucionales etc.) en los que se presenta el autoinforme. El suponer que lo mental, lo cognitivo y lo emocional son disposiciones internas que condicionan o delimitan la acción y que estas pueden ser medidas excluyendo la influencia tanto biológica como ambiental contextual y de historia personal, es la principal limitante de la psicología mentalista, puesto que no podemos conceptualizar lo interno como algo separado o aislado de la acción y por lo tanto no puede distinguirse del comportamiento, puesto que lo que realmente medimos es precisamente el resultado de la interacción de todos estos factores es decir el comportamiento psicológico y no una parcial y confusa reducción categorial de atributos internos.

En relación a esto Arbinaga y Caracuel en el 2003 mencionan que si bien las alteraciones de la imagen corporal se habían relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria, no es hasta los últimos años del siglo XX cuando se constata que dicha alteración podía presentarse relacionada con determinadas actividades deportivas y la forma en que éstas se practican. Es en este contexto, de relación entre imagen corporal y actividad deportiva, donde se enmarca la dismorfia muscular.

Para especificar las relaciones funcionales que regulan la anorexia Epling y Pierce en 1992 desarrollaron la teoría de la anorexia por actividad.

La teoría de la anorexia por actividad de Epling y Pierce (Gutiérrez y Pellon, 2002; Noreña, Rojas y Novoa, 2006) refiere a un proceso bioconductual el cual procede de la investigación infrahumana en laboratorio en donde a dos grupos de ratas se les sometió a restricción alimentaria, al grupo control solo se le aplicaba la condición de restricción alimentándolas una vez al día observándose que estas se adaptaban rápidamente a nuevo régimen alimenticio, por otra parte el grupo experimental recibía las mismas restricciones alimenticias en cantidad y horario pero adicionalmente se les permitía correr en una rueda de actividad los resultados mostrados por el

grupo experimental mostraron que a mayor actividad en la rueda se decrementaba el consumo de alimento propiciando la muerte de los sujetos experimentales.

Para comprobar la generalidad del modelo de anorexia por actividad en animales es necesario especificar las condiciones que imponen el ejercicio y la restricción de comida en los seres humanos. Estos autores sostienen que la anorexia por actividad es el resultado de procesos conductuales y biológicos que, en sociedades occidentales, se inician y desencadenan como una práctica cultural basada en los valores sobre los cánones de la delgadez (estándar de belleza actual en las sociedades occidentales). El argumento que proponen es que son las contingencias de reforzamiento instauradas en la cultura occidental las que estimulan y animan a las personas a realizar ejercicio y a ponerse a dieta, con lo cual algunos individuos pueden realizar la combinación de restricción de alimento y ejercicio, el ciclo “actividad-restricción de alimento” favorece que con el paso del tiempo la ingestión de comida sea cada vez menor, a la vez que se va aumentando la actividad física. Este ciclo explica porqué atletas, gimnastas y anoréxicos tienen problemas de carácter alimenticio.

Si bien es cierto, aun son incipientes este tipo de investigaciones en donde se contemplen los diversos factores intervinientes en los problemas de índole alimentaria es necesario esclarecer y de ser preciso replantear y/o eliminar constructos teóricos que lejos de explicar este tipo de problemáticas solo propician confusión conceptual.

2.3. EL INDICE DE MASA CORPORAL

A través de las técnicas antropométricas se refleja de manera aproximada el estado nutricional de las personas. Los indicadores antropométricos más frecuentemente utilizados son: el peso corporal, la altura, circunferencias y pliegues cutáneos referidos a la edad y al sexo del sujeto Otros indicadores

que han demostrado ser de gran utilidad para valorar el estado de nutrición son el perímetro cefálico y el perímetro del brazo

Las mediciones que se consideran mas adecuadas de acuerdo la calidad de información que aportan y la factibilidad de su recolección son el peso y la talla, mismos que, referidos a la edad y el sexo permiten establecer las adecuaciones respecto a la norma de peso para la talla (nutrición actual), talla para la edad (nutrición histórica) y peso para la edad (nutrición actual e histórica) (Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré, 1998).

Los índices antropométricos son una combinación de los indicadores antropométricos cuya función principal es permitir la interpretación de las mediciones antropométricas así como la clasificación y agrupación de los individuos que nos permitan estimar grados de desnutrición o de obesidad mediante el establecimiento de estándares de normalidad y límites (Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré, 1998). Dicha estandarización ha tenido una serie de problemas en cuanto a la delimitación de rangos en púberes y adolescentes, debido a que es una etapa en la que se gestan cambios fisiológicos y corporales drásticos presentando serias dificultades en su evaluación. Los índices antropométricos más utilizados en salud pública son el índice de masa corporal y el índice nutricional.

Saucedo-Molina, Ocampo, Mancilla, y Gómez-Peresmitré en el 2001 señalan que el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso} / \text{estatura}$) se considera como un indicador del equilibrio o desequilibrio funcional corporal al combinar dos parámetros: uno ponderal y otro lineal. Al establecer una relación de proporción del peso respecto a la estatura, es posible el realizar un diagnóstico del déficit o del exceso ponderal. Estos autores señalan algunos problemas relacionados con la utilización del IMC como medida antropométrica fiable de entre los cuales cabe destacar los siguientes:

- 1) No existe un consenso en cuanto a los puntos de corte propuestos, complicando el manejo de la evaluación corporal además de generar diferencias en su interpretación.
- 2) No es sensible a los cambios en la composición corporal propios de la niñez, la adolescencia y la ancianidad. Lo cual implica que muy probablemente encontremos un incremento en el IMC de acuerdo a la edad (mayor edad, mayor IMC).
- 3) El IMC como representativo de grasa corporal no toma en cuenta las diferencias tanto de género como de etnia.

Asimismo, estos autores recomiendan el empleo del IMC como medida antropométrica tomando en cuenta algunas consideraciones sobre todo en el sexo femenino en el que hay un mayor acumulo de grasa por lo que su utilización deberá de tomarse con reserva y contemplando las consideraciones señaladas.

Otra característica importante que se tiene que tomar en cuenta respecto a los índices antropométricos es que comúnmente las dimensiones corporales utilizadas hacen referencia a las normas internacionales, sin embargo autores como Vidaillet, Rodríguez, Carnot, Pérez y Duane (2003) sugieren utilizar las normas nacionales debido a que estas reflejan mejor la interacción de los factores genéticos y ambientales y por ende, el criterio de referencia permitirá una evaluación más acertada.

Saucedo-Molina y Gómez Peresmitre realizaron en 1997 un estudio sobre Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de 540 adolescentes mexicanos a quienes se registró peso, talla, edad y sexo comparando tres diferentes criterios para la clasificación del estado nutricional: bajo peso, obesidad y sobrepeso. Se utilizó el método de sensibilidad y especificidad estableciendo como estándar de oro al IMC tomando los valores de peso y talla de las tablas NCHS y de la NOM-088 SSA2. Los resultados de esta investigación para el diagnóstico de bajo peso reportaron altos niveles de especificidad (77.8%) y sensibilidad (98.6%) para el criterio de Vargas y

Casillas, mientras que para el diagnóstico de sobrepeso el criterio empleado por Gómez-Péresmitré y Colaboradores fue el más adecuado (Sensibilidad 94%, especificidad, 87.9%). En la identificación de la obesidad, el de Sepúlveda Amor (sensibilidad = 61.5%; especificidad = 99.7%) fue el que mejor equilibrio registró. Finalmente estas autoras recomiendan la selección del criterio más pertinente de acuerdo a los objetivos de la investigación o bien efectuar combinaciones entre los IMC validados. De acuerdo a estos puntos de corte Saucedo- Molina, Ocampo, Mancilla, y Gómez-Peresmitre en el 2001 implementaron el índice de masa corporal combinado para población adolescente con los siguientes valores. Bajo peso 15 – 18.9 Kg./m²; Normal 19 – 22.9 Kg./m²; Sobrepeso 23 – 27 Kg./m²; Obesidad Mayor a 27 Kg./m².

En relación a lo anteriormente señalado Ross, Tremblay, Khan, Crouse, Tremblay y Berthelot en el 2007 consideran que el índice de masa corporal está asociado además de la edad con múltiples factores individuales e inclusive con el genotipo, metabolismo, y el nivel de actividad física, además los factores socioeconómicos, culturales y ambientales influyen también en las conductas de salud relacionados directamente con el peso del individuo. Estas influencias producto de la interacción entre el índice de masa corporal, la posición social, la conducta, y el ambiente conforman un enfoque en que el índice de masa corporal, es una función de características individuales (edad, nivel de ingresos, patrones de ejercicio, dieta, etc.) asociadas con contextos comunitarios específicos (vecindario, nivel educativo, etc.) y los contextos metropolitanos de área (patrones culturales de una comunidad urbana). Estos autores realizaron una investigación en Canadá con el fin de corroborar este enfoque llegando a la conclusión de que el índice de masa corporal es modelado totalmente por la posición social de individuo según los parámetros urbanos de Canadá además de establecer que una condición social de contextos comunitarios específicos (vecindario) tienen también una influencia de incremento en el índice de masa corporal medio de sus residentes.

Todas estas consideraciones respecto a la estimación del IMC sugieren que la determinación de los puntos de corte deberán de contemplar factores

biológicos tanto de carácter genético como de carácter evolutivo, así como factores socioculturales y contextuales y en algunas culturas hasta aspectos de índole religioso como sería la práctica religiosa del Ramadan en los musulmanes en la que se incrementa considerablemente el aporte de lípidos (Oliveras-López y Colaboradores, 2006). Entonces los valores de índice de masa corporal serán lo suficientemente sensibles a una población si se toman en cuenta condiciones específicas asociadas con la etnia como serían su conformación ósea, la constitución física, así como también el considerar las diversas etapas de desarrollo biológico (niñez, adolescencia edad adulta y vejez) además del género y finalmente ajustándose a los parámetros socioculturales y de contexto específico. De tal manera que lo ideal sería tener un IMC validado para población mexicana pero no solamente para adolescentes como el sugerido por las autoras antes mencionadas sino considerando diversos grupos de edades y género, lo cual implicaría numerosos estudios de validación, mismos que aun son incipientes si no tomamos en cuenta los diversos aspectos que hemos señalado estaríamos validando lo expresado por Himes en 1999 quien considera que a menudo la adopción de indicadores antropométricos es orientada más por criterios de conveniencia que por criterios de carácter científico.

2.4 CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Respecto a la conducta alimentaria de riesgo, es preciso aclarar que tampoco existe un criterio unificado para este término de igual manera no existe una delimitación clara entre CAR y los trastornos alimentarios subclínicos, parciales, atípicos o no especificados. La única característica que tienen en común estos trastornos es que hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA por consiguiente en índice de prevalencia de este tipo de problemas alimenticios es mucho mayor. Unikel-Santocini, Bojorquez-Chapela y Carreño-García en el 2004 reportan que en México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en

muestras de mujeres estudiantes universitarias, adolescentes, y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México.

Tanto en el DSM-IV como en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10) identifican un grupo heterogéneo agrupados como *trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)* (DSM-IV) o como *formas atípicas* de anorexia o bulimia nerviosa (CIE-10).

Esta consideración de identificar los TCANE a través de puntuaciones bajas de los diferentes rasgos clínicos de TCA sugiere que estos tienen la característica de ser síndromes parciales de TCA es decir, que serían aquellos trastornos que no cumplen con todos los criterios diagnósticos de TCA , así parece quedar establecido en el DSM-IV el cual señala que los TCANE se refieren a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen con los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica como por ejemplo:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Por su parte La CIE-10 identifica a la anorexia nerviosa y a la bulimia como entidades diagnósticas específicas básicas; pero también reserva un lugar para las formas atípicas y subclínicas de anorexia y bulimia como categorías diagnósticas. De acuerdo con el manual la anorexia y la bulimia nerviosa atípicas serían aquellas formas de anorexia y bulimia respectivamente en las que faltan una o más de las características principales del trastorno.

El considerar a los TCANE como formas subclínicas de TCA implica necesariamente el conceptualizar estos trastornos no como rasgos preclínicos sino mas bien como estados evolutivos del trastorno por lo tanto el considerar la conducta alimentaria de riesgo como una actividad que nos indique la posibilidad de que un individuo pueda estar propenso a padecer un TCA es decir que denote rasgos preclínicos, no deberá medirse a partir de formas subclínicas del trastorno. Sin embargo, los instrumentos que miden CAR generalmente toman como criterio el que los sujetos puntúen por encima del corte en cuestionarios que detectan alteraciones en actitudes y comportamientos alimentarios lo cual puede resultar poco fiable ya que por ejemplo los cuestionarios que miden el grado de insatisfacción corporal (que como mencionamos antes es un criterio diagnostico de TCA) reflejan porcentajes muy altos de insatisfacción en la población estudiada independientemente de sus valores antropométricos y sus hábitos alimenticios.

CAPITULO 3

METODO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo correlacional con un diseño no experimental transversal.

3.2 MUESTRA

La muestra se constituyo en 126 participantes del sexo femenino estudiantes universitarias de nivel superior, (media de edad de 20.58 años y desviación estándar de 2.26) con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 31 años. Se utilizo una muestra no probabilística de tipo incidental o por conveniencia.

3.3 INSTRUMENTOS

Mediante la aplicación de un cuestionario se utilizaron los siguientes instrumentos:

3.3.1 Cuestionario de datos Sociodemográficos

Se realizan una serie de preguntas sociodemográficas de las cuales se ha eliminado la selección de genero puesto que la aplicación corresponde solamente a sujetos del sexo femenino.

3.3.2 Grupos de peso percibido y frecuencia de peso

Con el fin de agrupar a los sujetos según su peso percibido y analizar la relación de cada uno de estos grupos con el peso de autoreporte, se integro al cuestionario un ítem del instrumento utilizado por Perpiña y Baños (1990). En el cual, se les pide a las participantes que elijan entre tres alternativas ofrecidas por el experimentador siendo estas:

- A) Me veo con kilos de más (grupo A: exceso de peso percibido)
- B) Creo que estoy en el peso justo (grupo B: peso justo percibido)
- C) Creo que tengo kilos de menos (grupo C: kilos de menos percibidos).

Igualmente, se agrega un ítem con el fin de identificar la frecuencia con que el Sujeto se ha pesado tomando como referencia al tiempo transcurrido con el fin de determinar si el factor frecuencia de pesaje en el tiempo es un factor relacionado al IMCa.

3.3.3 Escalas de imagen corporal

Para medir la dimensión Satisfacción–Insatisfacción corporal se utilizaron dos instrumentos: la Escala de Satisfacción de Áreas Corporales de Cash (1990) (ESAC) y el Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper Fairburn y Taylor (1987) en su adaptación española denominada Cuestionario de la forma corporal de Raich, (2001).

3.3.3.1 Escala de Satisfacción de Áreas Corporales de Cash (1990)

Esta escala esta relacionada con la insatisfacción o el malestar que causan diferentes partes del cuerpo, con lo que pretendemos ubicar si existe de manera generalizada alguna o algunas partes del cuerpo en las que se centre la insatisfacción corporal. La insatisfacción o el malestar que causan diferentes partes del cuerpo puede ser jerarquizada en orden de menor a mayor malestar. Respecto al ESAC los datos de validez interna arrojados fueron de $\alpha = .83$

La escala de satisfacción de áreas corporales es una escala autoevaluativa que valora el grado de satisfacción que tiene el sujeto respecto a diferentes partes de su cuerpo. Hemos utilizado la versión traducida al castellano que presenta Raich (2001). Consta de 12 ítems, cada uno de los cuales hace referencia a un área o aspecto corporal concreto (cara, cabello, parte del cuerpo por debajo de la cintura, cintura, estómago, tórax, pecho, hombros y

brazos, tono muscular, peso, altura, apariencia general, y otras partes del cuerpo que desagraden al sujeto). Para la valoración de cada ítem se proponen cinco posibilidades de respuesta que están graduadas desde muy baja satisfacción hasta muy alta satisfacción (muy insatisfecho, bastante insatisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, bastante satisfecho y muy satisfecho). Se considera insatisfacción cuando al ítem se ha respondido demasiado insatisfecho o bastante insatisfecho. El resto de opciones de respuesta se incluyen como satisfacción.

3.3.3.2 *Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Fairburn, Cooper y Taylor 1987)*

En su adaptación a población española (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996) *Cuestionario de la Forma Corporal*. Es un cuestionario diseñado para valorar la insatisfacción corporal de TCA (anorexia y bulimia), el cual ha mostrado su capacidad para evaluar la figura en personas que no sufren de estos trastornos (Raich, 2001). Consta de 34 ítems que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción / preocupación por el peso y línea. El cual es muy útil según Raich (2001) para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios. El BSQ parece ser un buen instrumento para medir la imagen corporal, pero no deja de ser una escala elaborada para población no latina en la adaptación latina se encontraron cinco factores principales es una escala tipo likert con 6 opciones de respuesta pudiéndose obtener una puntuación entre 34 y 204 puntos (Baile, Raich y Garrido, 2003). Sus puntuaciones se clasifican en cuatro categorías <81 no hay insatisfacción corporal; 81-110 leve insatisfacción corporal; 111-140 moderada insatisfacción corporal; >140 extrema insatisfacción corporal. (Espina, Ortego, Ochoa, Alemán y Juaniz, 2001). Dicho instrumento cuenta con un coeficiente de consistencia interna (alfa de cronbach) obtenido en una muestra no clínica de en población española es de $\alpha = 0.97$. (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Alemán 2001).

3.3.4 Índices antropométricos

3.3.4.1 *Índice de masa corporal real (IMCr)*

Para medir el IMCr se utilizaron los instrumentos de medición recomendados por la Norma Oficial Mexicana con respecto a la precisión de los mismos. Para la medición del peso de los sujetos se utilizó una báscula calibrada con pesos estándar además de utilizar una vara métrica fija sobre un muro.

3.3.4.2 *Índice de masa corporal de autoreporte (IMCr)*

El IMCa se determinó a partir del auto reporte de peso y talla de los participantes de la investigación. Asimismo se tomaron los criterios estipulados por la OMS para determinar los grupos de rangos de índice de masa corporal.

3.3.5 Conducta alimentaria de riesgo

Para determinar la conducta alimentaria de riesgo se aplicó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) validado en México por Unikel-Santocini, Bojorquez-Chapela y Carreño-García (2004). Dicho instrumento cuenta con una confiabilidad de alfa .83 y una estructura interna de tres factores con una varianza explicada de 64.7%, el análisis discriminante mostró que casi el 90% de los casos fueron correctamente agrupados. Además de esto se realizaron preguntas con respecto a información nutricional.

El cuestionario fue elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de 11 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos), cuenta con 4 opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana), y la mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor

cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. A partir de los análisis el punto de corte de 10 fue el que mostró los mejores resultados: arrojó una sensibilidad de 0.81 y una especificidad de 0.78, con un valor predictivo positivo de 0.38 y un valor predictivo negativo de 0.96. Cabe mencionar que este instrumento establece preguntas principalmente por conductas, y la frecuencia con la que éstas se manifiestan, con lo cual permite obtener datos sobre prácticas dañinas sin importar con qué elementos psicológicos se relacionen.

3.4 PROCEDIMIENTO

Se procedió a aplicar el instrumento a los alumnos de clases regulares de la institución académica seleccionada. Además, se les instruyó sobre la manera de contestar el cuestionario, posteriormente al término del cuestionario se procedió a pesar y medir a cada uno de los estudiantes, para lo cual se contó con la colaboración de antropometristas capacitados utilizando como criterio para determinar la talla el 0.5 cm. más cercano sin zapatos, usando una vara métrica fija sobre el muro. Inmediatamente después de la medición, se procedió a pesar a los sujetos con ropa ligera (sin zapatos, saco o suéter) usando una balanza calibrada con pesos estándar anotando en los espacios determinados para ello en cada uno de los cuestionarios la talla y peso de cada uno de los participantes.

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el SPSS versión 12. Se contrasta por la prueba de Kolmogorov-Smirnov, el ajuste a una curva normal de las distribuciones de las variables: Índice de Masa Corporal Real e Índice de Masa Corporal Auto-reportado. Ya que las distribuciones de estas dos variables, se ajustan a una curva normal, se emplea una prueba de correlación, paramétrica para el análisis de la muestra total, el coeficiente de correlación producto momento de Pearson. Para el análisis de los grupos de todos los contrastes son bilaterales o a dos colas y el nivel de significación estadístico se fija en .05 en las distintas muestras. En el caso del análisis por

grupos respecto a la relación entre IMCr–IMCa se utilizó la prueba de correlación r_s de Spearman debido a que por el tamaño de los grupos no se presentó una distribución normal en las variables.

En los análisis de comparación de grupos se utiliza un análisis de varianza ANOVA con la finalidad de evaluar si existen diferencias significativas en los grados de insatisfacción corporal que expresan los encuestados agrupados por grupos de peso de acuerdo a los rangos de IMC (bajo peso, normopeso, sobrepeso, obesidad). De la misma manera, se recurrió al ANOVA para evaluar si existen diferencias significativas en los valores de IMCr de los sujetos agrupados según la percepción en cuanto a peso (me veo con kilos de mas, me veo con el peso justo, me veo con kilos de menos)

En la determinación del modelo de predicción final de la conducta alimentaria de riesgo se corrió la prueba de regresión lineal múltiple utilizando el método stepwise.

La consistencia interna de las escalas se calcula por el coeficiente alpha de cronbach.

La significación estadística en las pruebas de contraste se fijan en una p menor o igual a .05 y se habla de tendencia a la significación estadística con una p con valores entre .051 y .099.

3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Considerando las implicaciones que las respuestas de los encuestados pudieran tener en torno a posibles rasgos preclínicos o clínicos relacionados con problemas de TCA, se decidió guardar completa confidencialidad con respecto a los resultados arrojados, asimismo la identidad de la institución de la cual se extrajeron la muestra también quedaron bajo el resguardo del anonimato.

CAPITULO 4

RESULTADOS

DATOS DESCRIPTIVOS

Datos descriptivos de los índices antropométricos

Se establecieron los índices antropométricos mediante la estimación del IMCr y el IMCa con la finalidad de dar respuesta al primer objetivo planteado obteniendo una media de IMCr de 22.31 (DE 4.29) y de IMCa de 22.43 (DE 4.01). Posteriormente se calculó la distribución porcentual del IMCr de acuerdo a los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicados por Barajas y Espejo (2002) quienes recomiendan los siguientes valores para la clasificación del estado nutricional: < 18.5 Bajo peso; 18.5 – 24.9 Normopeso; 25.0 – 29.9 Sobrepeso; 30.0 – 39.9 Obesidad; >40.0 Obesidad mórbida.

De los resultados observados se encontró que el 44.45% (n=56) de los sujetos investigados obtuvo un IMCr normal mientras que el resto 55.55% (n=70) se presentan fuera del rango normal.

La figura 1 presenta los valores porcentuales del IMCr de la muestra estudiada, en la que podemos observar que el 32.50% (n=41) presentan bajo peso, el 44.45% (n=56) como lo indicamos anteriormente reportan normopeso, el 16.75% (n=21) obtuvieron índices de sobrepeso y el 6.30% (n=8) tienen niveles de obesidad, es preciso indicar que en la muestra estudiada no se reportó ningún caso de obesidad mórbida de acuerdo a los parámetros estipulados previamente.

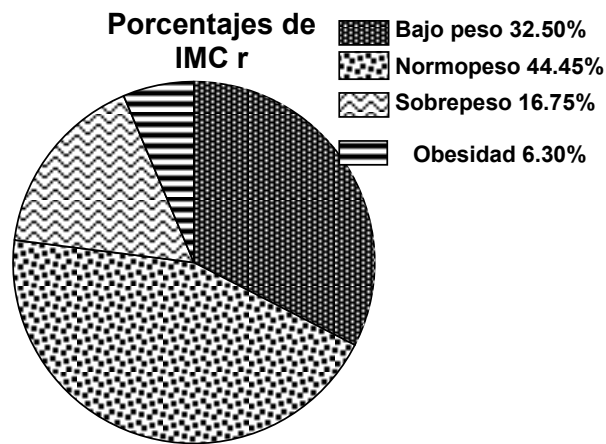


Figura 1. Porcentajes de Índice de masa corporal real

Datos descriptivos Frecuencia de Peso

Atendiendo a lo planteado en el primer objetivo, se determinó la frecuencia con la que los integrantes de la muestra se pesaban teniendo como resultado que un 61.10% reportó que casi nunca se pesa seguido de aquellos que se pesan una vez al mes con un 11.1%, los sujetos que reportaron pesarse dos veces al mes y cada tres meses tuvieron porcentajes similares de 7.9%. (Ver figura 2)

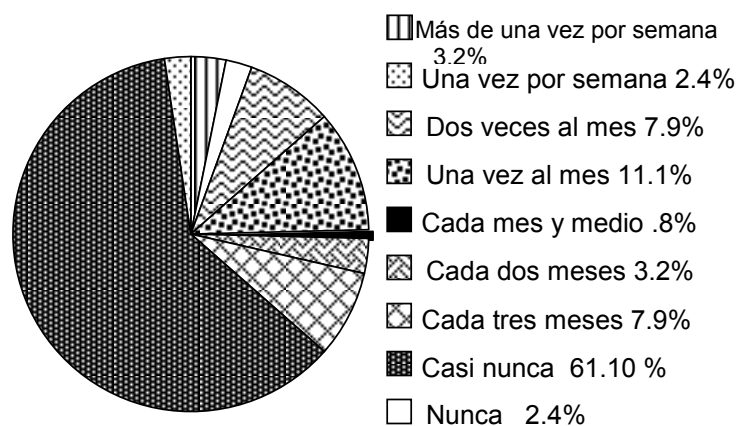


Figura2. Frecuencia con la que se pesan los sujetos

Datos Descriptivos Imagen corporal

En relación a la variable de imagen corporal esta se midió tomando en cuenta tres aspectos como se señala en el segundo objetivo de la investigación el primero relacionado con una percepción general respecto al peso percibido (Perpiña y Baños, 1990), el segundo haciendo referencia al grado de insatisfacción respecto a determinadas partes del cuerpo mediante el ESAC (Cash, 1990) el cual cuenta con un coeficiente de consistencia interna de $\alpha=.83$ y finalmente una determinación general de satisfacción – insatisfacción corporal proporcionada mediante la aplicación de BSQ (adaptación de Raich, 1996), este instrumento cuenta con un coeficiente alpha de cronbach de $\alpha=.97$.

A continuación presentamos los datos descriptivos de estos tres aspectos, tocante al primero de ellos, se establecieron tres categorías generales entre las cuales los participantes opinaban respecto a si se veían con kilos de mas, si se veían en su peso justo o bien se veían con kilos de menos de tal manera que los datos arrojados nos conglomeró la muestra en tres grandes grupos cuyos resultados podemos apreciar en la figura 3. En la cual observamos que el 38.10% (n=48) se ve en el peso justo mientras que el 55.55 % (n=70) se ve con kilos de mas para finalmente el 6.35% (n=8) de la muestras se ve con kilos de menos.

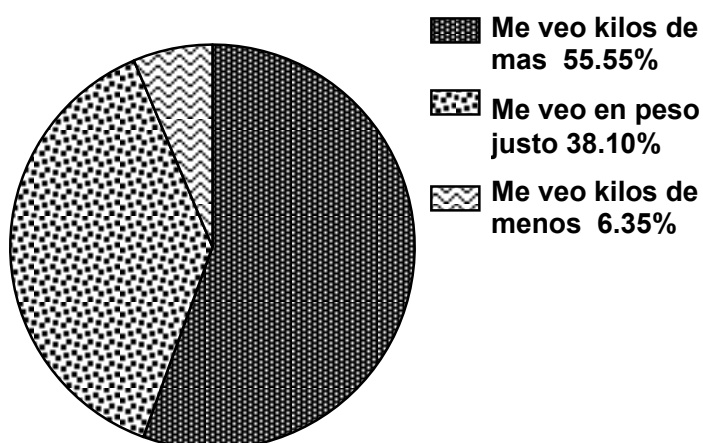
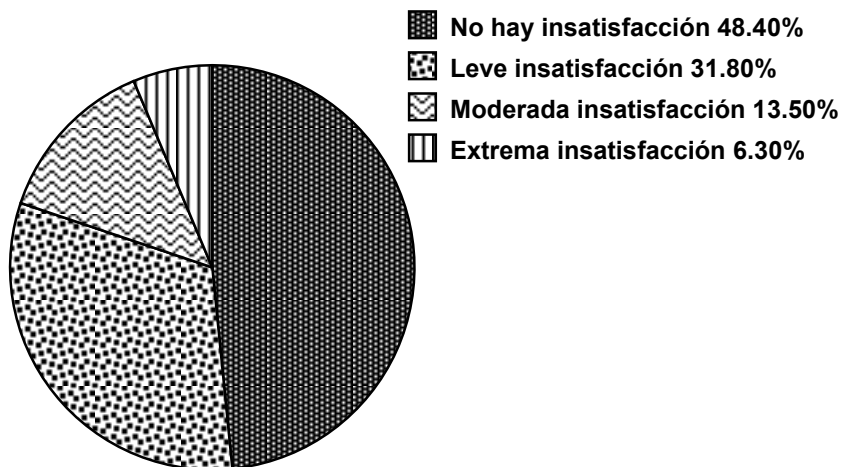


Figura 3._Grupos de peso percibido

Siguiendo con lo estipulado en el segundo objetivo se procedió a jerarquizar la insatisfacción que causan diferentes partes del cuerpo mediante la aplicación del ESAC, el cual determino que la parte del cuerpo con la que los sujetos de estudio expresaron mayor insatisfacción fue con la cintura y el estomago con un 39.7% acumulado de las opciones demasiado y bastante insatisfecha, seguida de la parte corporal correspondiente a la parte del cuerpo inferior a la cintura: nalgas, caderas, muslos y piernas, con un 27.8% de insatisfacción acumulada (demasiado/bastante), otra categoría que también puntuó alto en el grado de insatisfacción fue el relacionado en cuanto al peso que aun y cuando no corresponde a un área específica del cuerpo representa un dato importante en cuanto a la insatisfacción la cual se presento en un 29.4 % de insatisfacción acumulada.

Finalmente los datos descriptivos producto de la administración del BSQ que dan respuesta al tercer parámetro mencionado en el segundo objetivo, nos muestran que el 48.40% (n=61) de la muestra analizada no reporta preocupación por su imagen corporal mientras que el resto de la muestra 51.59% expresan su insatisfacción en la imagen corporal en distintos niveles de los cuales tenemos que un 31.80%(n=40) admite tener una leve insatisfacción por su imagen, el 13.50% (n=17) expresa una insatisfacción moderada, y finalmente el 6.30% (n=8) manifiesta tener una insatisfacción extrema respecto a su imagen corporal tal y como lo podemos apreciar en la figura 4.



Fig

Datos Descriptivos de Conducta Alimentaria de Riesgo

Se midió esta variable para dar respuesta al tercer objetivo de esta investigación a través del CBCAR ($\alpha = .71$) los datos descriptivos arrojados nos muestran que el 78.60 % de la muestra presenta una conducta alimentaria de riesgo en un rango medio, mientras que el 10.30 % presenta conducta alimentaria de riesgo en un rango alto, finalmente el 9.5% de la muestra estudiada reporta un índice bajo de CAR. (Ver figura 5).

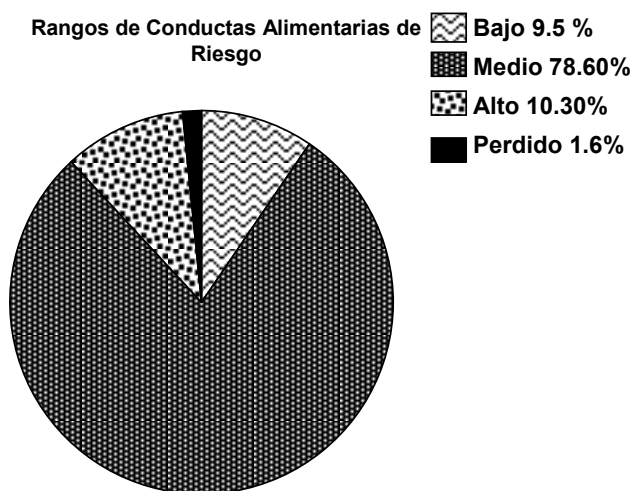


Figura 5. Rangos de conducta alimentaria de riesgo

CORRELACIÓN ÍNDICE DE MASA CORPORAL REAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL AUTOREPORTADA.

Estimación general de la correlación entre índice de masa corporal real e índice de masa corporal autoreportada.

Con la finalidad de responder al tercer objetivo del estudio se procedió a determinar la fiabilidad del auto reporte de peso y talla (IMCa) como estimación antropométrica del índice de masa corporal (IMCr) a través de la estimación del grado de correlación de estas variables.

Una vez que se determino que las variables a correlacionar mostraban una distribución normal se procedió a utilizar la prueba de correlación de Pearson, misma que arrojó una correlación significativa ($r=.953$, $p=.001$) (Tabla 1)

(n=126)	Índice de masa corporal autoreportada
Índice de masa corporal real	.953

Tabla 1. Correlación entre IMCr-IMCa

ESTIMACIÓN DE CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL REAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL AUTOREPORTADA POR GRUPOS

Correlación IMCr – IMCa por grupos de percepción de peso

El análisis de correlación por grupos de peso percibido reportó correlaciones significativas de niveles similares a la correlación del total de la muestra, con la característica que a mayor percepción de peso, mayor correlación IMCr-IMCa, ver tabla 2. Por otra parte podemos observar que todas las participantes del grupo que se percibían con kilos de menos presentaban infrapeso, el 56.3% de quienes se percibían con el peso justo estaban dentro del rango de infrapeso mientras que del grupo que se percibían con kilos de mas el 52.9% estaban dentro del rango de normopeso (Ver tabla 3)

	Muestra Total	Percepción Kilos de menos	Percepción Peso justo	Percepción Exceso de peso
Correlación	r= .95	ro= .85	ro= .89	ro= .92
IMCr-IMCa	n= 126	n= 8	n= 48	n= 70

Tabla 2. Correlación IMCr-IMCa por grupos de peso percibido

	Percepción Kilos de menos	Percepción Peso justo	Percepción Exceso de peso
	Infrapeso 100% n= 8	Infrapeso 56.3% n= 27	Normopeso 52.9% n= 37
Rangos IMCr		Normopeso 39.6% n= 19	Sobrepeso 27.1% n=19
		Sobrepeso 4.2% n=2	Obesidad 11.4% n= 8
			Infrapeso 8.6% n=6

Tabla 3. Rangos de índice de masa corporal por grupos de peso percibido

Correlación IMCr – IMCa por grupos de rangos de imagen corporal

Se analizó la correlación entre IMCr-IMCa a partir de los grupos formados tomando como parámetro los rangos del BSQ, en la que observamos que al igual que en el análisis anterior se presentan correlaciones significativas altas. En esta distribución también apreciamos que a mayor insatisfacción de imagen corporal es mayor la correlación entre IMCr-IMCa. (Ver tabla 4)

	No IIC	Leve IIC	Moderada IIC	Extrema IIC
Correlación	ro= .94	ro= .95	ro= .96	Ro= .98
IMCr-IMCa	n= 61	n= 40	n= 17	n= 8

Tabla 4. Correlación IMCr-IMCa por grupos de rangos de BSQ

Respecto a la relación que guardan estos grupos conformados según rangos de Satisfacción-Insatisfacción corporal con los rangos de Índice de masa Corporal vemos que el 46% de sujetos que no presentan preocupación respecto a su imagen corporal presentan infrapeso, para los grupos de leve y moderada satisfacción el 55% (leve) y el 52.9 % (moderada) están dentro del rango normal (normopeso) los valores altos de IMCr se ubican con 37.5 % en normopeso y 37.5% en sobrepeso. (Ver tabla 5).

	No IIC	Leve IIC	Moderada IIC	Extrema IIC
Rangos IMCr	Infrapeso 46% n= 28	Normopeso 55% n= 27	Normopeso 52.9% n= 9	Normopeso 37.5% n= 3
	Normopeso 36 % n= 22	Infrapeso .20% n= 8	Infrapeso 23.5% n= 4	Sobrepeso 37.5% n= 3
	Sobrepeso 13.1% n= 8	Sobrepeso 20% n= 8	Sobrepeso 11.8% n= 2	Obesidad 12.5% n= 1
	Obesidad 4.9% n= 3	Obesidad 5% n= 2	Obesidad 11.8% n= 2	Infrapeso 12.5% n= 1

Tabla 5. Rangos de IMCr por rangos de insatisfacción corporal

Correlación IMCr–IMCa por grupos de rangos IMC

Finalmente al realizar las correlaciones respecto a los grupos de índice de masa corporal producto de la medición antropométrica realizada, encontramos que las correlaciones, aunque siguen siendo significativas son inferiores que las de los grupos anteriores y la correlación obtenida de la muestra total. (Ver tabla 6).

	Muestra Total	Infrapeso	Normopeso	Sobrepeso Obesidad
Correlación	r= .95	ro= .76	ro= .76	ro= .77
IMCr-IMCa	n= 126	n= 41	n= 56	n= 29

Tabla 6. Correlación de IMCr–IMCa por grupos de rangos de IMC

CORRELACION ENTRE DISCREPANCIA DE INDICE DE MASA CORPORAL REAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL AUTOREPORTADA CON INSATISFACCION DE IMAGEN CORPORAL

Para dar respuesta al quinto y sexto objetivo, se creó la variable de diferencia entre IMCr–IMCa para poder determinar si estas discrepancias se encuentran relacionadas a las variables IIC y frecuencia de peso. En el caso de la IIC no encontramos ninguna asociación ($r = -.076$, $p=.398$) o efecto explicativo (ver tabla 7).

CORRELACION ENTRE DISCREPANCIA DE INDICE DE MASA CORPORAL REAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL AUTOREPORTADA CON FRECUENCIA DE PESO

Respecto al objetivo planteado en torno a establecer si la diferencia entre IMCr-IMCa se relaciona con la frecuencia con que se pesa el sujeto y en que grado es atribuible a ese factor encontramos que hay una correlación significativa directa y de pequeña magnitud entre la diferencia entre el IMCr-IMCa y la frecuencia con la que se pesa el sujeto ($r= .206$, $p=.021$) (Ver tabla 7).

(n= 126)	Insatisfacción de imagen corporal	Frecuencia de peso
	-.076	.206
Diferencia IMCr-IMCa	P= .398	p= .021

Tabla 7. Correlación de la diferencia IMCr-IMCa en relación a IIC y en relación a frecuencia de peso

CORRELACION ENTRE FRECUENCIA DE PESO E INSATISFACCION DE IMAGEN CORPORAL. Y ENTRE FRECUENCIA DE PESO CON CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO.

Con el fin de determinar si existe una relación entre la frecuencia con la que se pesan los sujetos encuestados y los rangos de insatisfacción corporal que reportan dichos sujetos, se encontró como lo muestra la tabla 8 una correlación negativa ($r = -.227$, $p = .010$) baja lo que nos indica que la insatisfacción de imagen corporal reportada por los encuestados no tiene una relación directa con la frecuencia de peso de los sujetos. Igualmente, la relación entre frecuencia de peso y conducta alimentaria de riesgo presenta niveles de correlación negativa con valores similares ($r = -.246$, $p = .010$) (Tabla 8). Por lo que en relación al séptimo y octavo objetivos, se puede asumir que la frecuencia con la que se pesa el sujeto no tiene una relación directa con las variables insatisfacción de imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo.

(n= 126)	Insatisfacción de imagen corporal	Conducta alimentaria de riesgo
	R= -.227	ro= -.246
Frecuencia de peso	P= .010	p= .006

Tabla 8. Correlación entre frecuencia de peso en relación a insatisfacción de imagen corporal y en relación a conducta alimentaria de riesgo.

ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE INSATISFACCIÓN DE IMAGEN CORPORAL POR GRUPOS DE PESO.

Para dar respuesta a la novena pregunta de investigación misma que hace referencia a las diferencias que podrían encontrarse en los grados de IIC al establecer grupos de peso. Una vez determinada la curva de normalidad se procedieron a correr los análisis estadísticos utilizando pruebas paramétricas se aplicó una prueba de ANOVA tomando como VD las puntuaciones de Insatisfacción de imagen corporal obtenidas mediante el BSQ, tomando como factores los grupos de peso determinados por el IMCr clasificado de acuerdo a los parámetros estipulados previamente. En relación a la hipótesis nula (H_0) que nos dice que no existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones de IIC, por grupos de peso, encontramos que al calcular las sumas de cuadrados con el fin de determinar la varianza inter e intra grupos nos arroja cuadrados medios (inter) de 5096.439 e intra de 858.819, obteniendo un valor de F de 5.934 el cual estimado con 3 y 122 grados de libertad a un nivel de confianza de 95% da como resultante un nivel de significancia de .001, por lo que se rechaza la H_0 concluyéndose que existen diferencias significativas en las medias de las puntuaciones de IIC por grupos de peso. (Ver tabla 9).

Índice de insatisfacción de imagen corporal	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	15289.318	3	5096.439	5.934	.001
Intra-grupos	104775.888	122	858.819		

Tabla 9. Diferencias de insatisfacción corporal entre grupos de rangos de índice de masa corporal

Se realizó la prueba de Levene sobre la homogeneidad de las varianzas con la finalidad de verificar el supuesto de homocedasticidad dicha prueba confirmó la igualdad de varianzas ajustándose a este supuesto ($L = .256$, $p = .857$) (Ver tabla 10)

Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
.256	3	122	.857

Tabla 10. Verificación del supuesto de homocedasticidad

Al analizar descriptivamente los datos, se observó que las medias indican que el grupo de bajo peso no expresa una insatisfacción respecto a su imagen corporal (70.24) por su parte el grupo de peso normal reportó una media (88.82) que corresponde a una leve preocupación por su imagen corporal mientras que los grupos de sobrepeso (98.81) y obesidad (98.88) puntuaron medias que expresan una preocupación mayor que las del grupo normal aun y cuando no exceden el rango de leve preocupación. (Ver tabla 11)

Rangos de peso	N	Media IIC
Infrapeso	41	70.24
Normo peso	56	88.82
Sobrepeso	21	98.81
Obesidad	8	98.88

Tabla 11. Índice de insatisfacción de imagen corporal según rangos de índice de masa corporal

En el análisis de comparaciones múltiples encontramos que la diferencia de medias entre los grupos nos revela que para la prueba Tukey existen diferencias significativas entre los grupos: infrapeso–sobrepeso, infrapeso–normopeso. Por otra parte no se encontraron diferencias significativas entre los grupos: obesidad–infrapeso, sobrepeso–normopeso, obesidad–normopeso y sobrepeso–obesidad. (Ver tabla 12).

Rangos del IMC r	Rangos del IMC r	Diferencias de medias	Error estandar	Sig.
Infrapeso	Normopeso	-18.578(*)	6.024	.013
	Sobrepeso	-28.566(*)	7.864	.002
	Obesidad	-28.631	11.327	.061
Normopeso	Infrapeso	18.578(*)	6.024	.013
	Sobrepeso	-9.988	7.499	.544
	Obesidad	-10.054	11.076	.801
Sobrepeso	Infrapeso	28.566(*)	7.864	.002
	Normopeso	9.988	7.499	.544
	Obesidad	-.065	12.176	1.000
Obesidad	Infrapeso	28.631	11.327	.061
	Normopeso	10.054	11.076	.801
	Sobrepeso	.065	12.176	1.000

Tabla 12. Análisis de la diferencias de insatisfacción de imagen corporal en comparaciones múltiples.

La conformación de las medias de los diferentes grupos se pueden apreciar claramente al observar la figura 6 en la cual se aprecia claramente la tendencia ascendente que muestras que a mayor índice de masa corporal se incrementa la insatisfacción de imagen corporal.

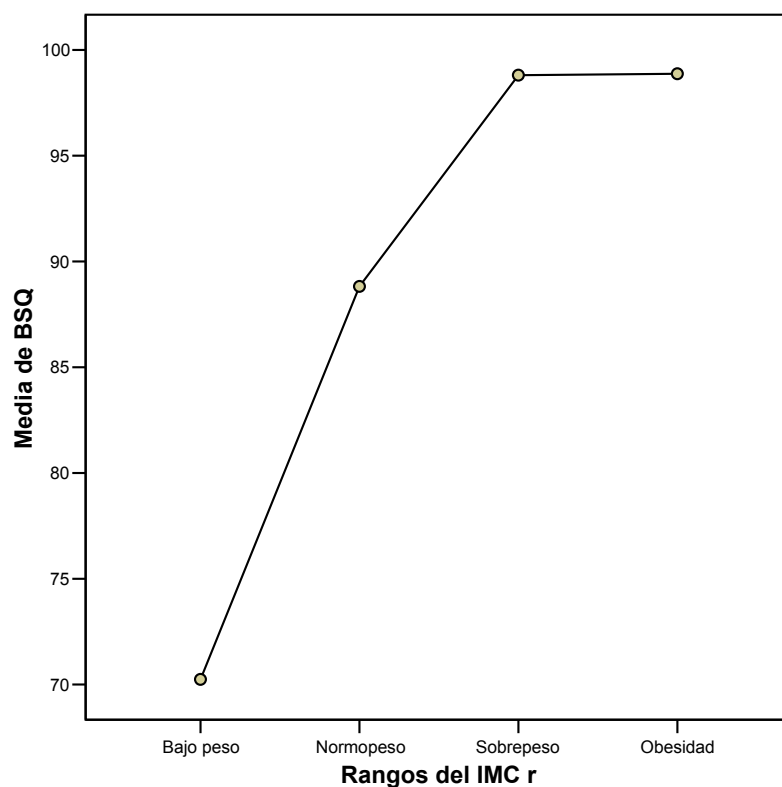


Figura 6. Tendencia de insatisfacción de imagen corporal por grupos de peso

ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS EN LAS MEDIDAS DE INDICE DE MASA CORPORAL POR GRUPOS DE PERCEPCIÓN DE PESO

Para dar respuesta al décimo objetivo planteado, se realizó una prueba de análisis de varianza (ANOVA) en donde ahora se tomó como variable dependiente a los valores de IMCr y como factor se utilizó a los grupos de percepción de peso, los resultados nos muestran que existen diferencias significativas entre los grupos, puesto que al calcular las sumas de cuadrados que determinan la varianza inter e intra grupos, los resultados de cuadrados medios inter de 788.459 e intra de 1,514.296, nos arrojó un valor de F de 32.022 el cual estimado con 2 y 123 grados de libertad a un nivel de confianza de 95% da como resultado un nivel de significancia de .000, por lo que se rechaza la H_0 concluyéndose que existen diferencias significativas en las medias de las puntuaciones de IMC por grupos de percepción de peso (Tabla 12).

Índice de masa corporal real	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	788.459	2	394.22	32.022	.000
Intra-grupos	1514.296	123	12.311		

Tabla 13. Diferencias de las medias de índice de masa corporal según grupos de percepción de peso

Aun y cuando el estadístico de Levene (12.04, $p = .000$) no confirma la igualdad de varianzas como en el caso anterior, la relación IMCr con las diversas estimaciones de imagen corporal presentan una tendencia similar en este caso, podemos observar que a mayor IMCr mayor percepción de kilos de mas. (Ver figura 7).

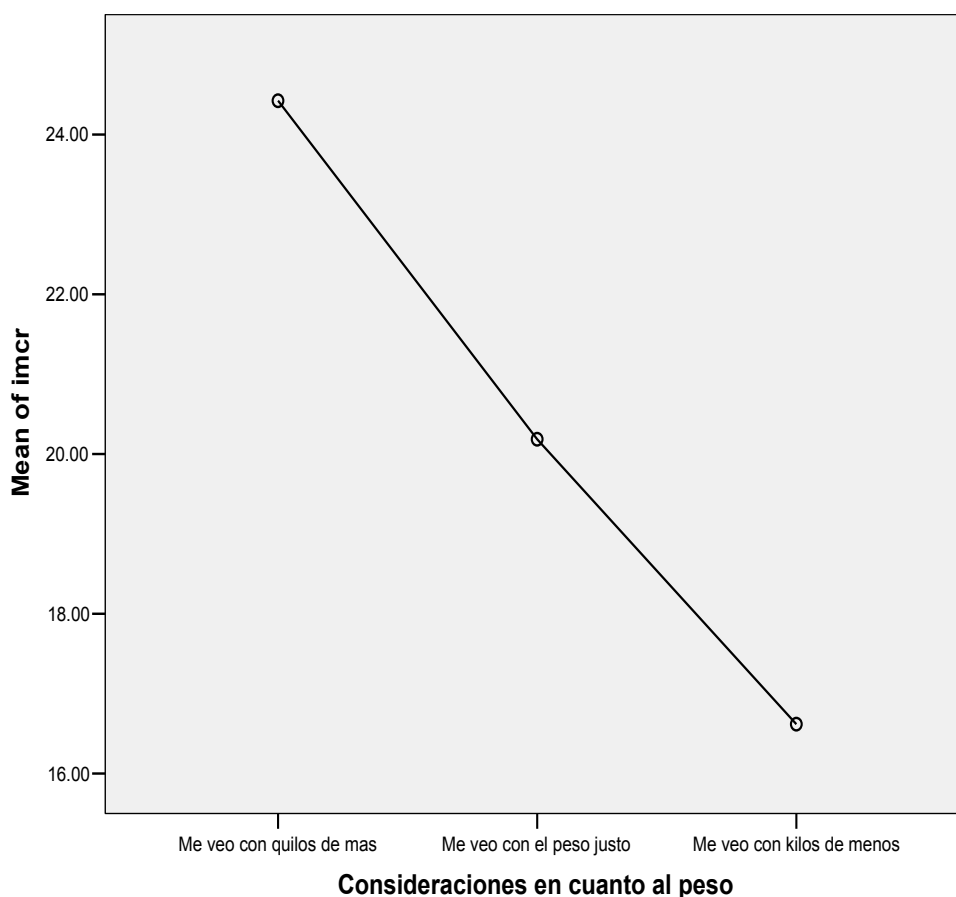


Figura 7. Tendencia de IMCr por grupos de peso

Los datos descriptivos respecto a las medias de IMCr reportadas para estos grupos nos dicen que el grupo que se ve con kilos de mas tiene una media de 24.42 misma que entra en los limites (superiores) del rango de normopeso mientras el grupo que considera estar en el peso justo reporta una media de 20.18 la cual si bien es cierto que se ubica también dentro de los limites (inferiores) del normo peso expresa probablemente una relación entre Infrapeso y satisfacción corporal. Tabla 14

Grupos percepción de peso	N	Media
Me veo con kilos de mas	70	24.42
Me veo en el peso justo	48	20.18
Me veo con kilos de menos	8	16.61

Tabla 14. Medias de índice de masa corporal por grupos de percepción de peso

ANÁLISIS DE PREDICTORES DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Finalmente se estableció un modelo de predicción final de CAR que respondiera al ultimo objetivo específico de la presente investigación tomando en cuenta la insatisfacción de imagen corporal y el índice de masa corporal, las cuales fueron las variables principales de estudio además de incluir los predictores IMCa, frecuencia de peso y diferencia de peso entre IMCa-IMCr.

Compostela en el 2003, recomienda que para realizar una regresión lineal el tamaño de la muestra se debe de ajustar a la formula ($n = 20 \times n_0 \text{ VI}$). Si consideramos que el modelo de predicción propuesto considero cinco variables, la muestra que se utilizo para la presente investigación cumple con esta asunción

Se efectuó la regresión introduciendo todas las variables independientes como posibles predictoras de conducta alimentaria de riesgo utilizando el método Stepwise, en donde encontramos que solamente IIC permanece constante explicando el 63.1 % de la varianza de CAR (Tabla 15) por lo que se excluyen las cuatro variables restantes

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico. estimación
1 Índice de insatisfacción de imagen corporal (Constante),	.796(a)	.634	.631	2.293

Tabla 15. Modelo de predicción final de conducta alimentaria de riesgo

Se realizó la estimación de F para establecer si existe relación lineal significativa entre la conducta alimentaria de riesgo y las variables predictoras, encontrando un valor de F de 209.414 el cual estimado con 1 y 121 grados de libertad a un nivel de confianza de 95% da como resultante un nivel de significancia de .000, por lo que se rechaza la H_0 concluyéndose que si existe relación lineal significativa entre las variables. (ver tabla 16)

Predictor constante IIC Variable Dependiente CAR	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regression	1101.316	1	1101.316	209.414	.000
Residual	636.342	121	5.259		

Tabla 16. Estimación de la relación lineal entre las variables de la regresión

COMPARACIÓN GRUPOS DE IMC RESPECTO IIC DICOTOMIZANDO CAR

Con la finalidad de determinar si las puntuaciones de IIC por grupos de IMC guardan alguna relación respecto a la conducta alimentaria de riesgo, se procedió a dicotomizar la variable CAR mediante la determinación de la mediana, con la finalidad de realizar una comparación de medias de insatisfacción de imagen corporal por grupos de rangos de índice de masa corporal tomando en consideración sub grupos de ausencia de conducta alimentaria de riesgo (ACAR) y presencia de conducta alimentaria de riesgo dentro de cada rango (PCAR).

Se utilizó una T de grupos independientes para determinar la media de IIC por cada grupo de peso y por cada subgrupo según los criterios ACAR (no) y

PCAR (si). Los resultados nos muestran que los sujetos que manifiestan ausencia de conducta alimentaria de riesgo 66% (n=26) en el grupo de infrapeso obtuvieron una media de insatisfacción de imagen corporal de 54 puntos que, de acuerdo a los rangos de puntuación de la escala denota una falta de insatisfacción corporal. Por otra parte, el 33.33% restante que presento conducta alimentaria de riesgo en el grupo de infrapeso obtuvo una puntuación media de 102.69 respecto a IIC lo que equivale a una leve insatisfacción de imagen corporal. Un asunto importante a considerar es que en este grupo se presento la mayor diferencia entre medias DM 48.69.

Por lo que respecta al grupo de normopeso se observa que la tendencia en cuanto a CAR se invierte ya que el 35.71% (n=20) esta dentro del subgrupo ACAR mientras que el 64.29% se ubica en el subgrupo PCAR. En cuanto a las medias de IIC, el subgrupo ACAR se muestra con puntuaciones que no representan insatisfacción de imagen corporal (70.70), asimismo, el subgrupo PCAR manifiesta una leve insatisfacción corporal en su puntuación media (98.89). Manifestándose en el grupo de normopeso una tendencia similar en cuanto a insatisfacción de imagen corporal respecto al grupo de infrapeso.

En el grupo de sobrepeso observamos una tendencia aun mayor respecto a la conducta alimentaria de riesgo, así lo manifiesta el 19.04% (n=04) de sujetos en el subgrupo ACAR y el 80.96% (n=17) que se ubican con PCAR. Respecto a la IIC se observa la misma tendencia en cuanto ausencia de insatisfacción corporal para el subgrupo ACAR (68.25) y moderada insatisfacción corporal para el subgrupo PCAR (106.00).

Finalmente en el grupo de obesidad la tendencia ACAR y PCAR se presenta en la misma proporción 50% (n=4). Sin embargo, aun y cuando las puntuaciones medias del subgrupo ACAR se mantienen en el rango de no insatisfacción corporal, dicha puntuación (76.25) se acerca al limite inferior del rango de leve insatisfacción de imagen corporal, de igual manera la media de insatisfacción de imagen corporal del subgrupo PCAR en este rango de peso

reporta la mayor puntuación media de todos los grupos analizados con 121.50 entrando al rango de moderada insatisfacción corporal. (Ver tabla 17)

Rangos de IMCr	CAR	CAR		IIC		Comparación de medias	
		N	%	Media	±DE	T	p
Infrapeso	No	26	66.66	54.00	±13.42	6.939,	000,
	Si	13	33.33	102.69	±23.45		
Normopeso	No	20	35.71	70.70	±18.68	3.942, ,	000,
	Si	36	64.29	98.89	±28.72		
Sobrepeso	No	04	19.04	68.25	±11.95	2.475, ,	023
	Si	17	80.96	106.00	±29.45		
Obesidad	No	4	50.00	76.25	±19.77	2.635, ,	039,
	Si	4	50.00	121.50	±28.07		

Tabla 17. Comparación de medias de IIC por grupos de IMCr con CAR dicotomizada

CAPITULO 5

DISCUSION

De los datos descriptivos arrojados en relación al primer objetivo de investigación, podemos destacar el hecho de que el 55.55% (n=70) de la población estudiada, presenta un IMC fuera del rango normal situación que sugiere prestar un especial cuidado a esta estimación antropométrica ya que al parecer estos datos nos indican que mas de la mitad de los sujetos de investigación podrían estar manifestando desordenes alimenticios de diversa índole e intensidad. Resulta de especial interés que el 32.5% (n= 41) de la muestra se encuentren en el rango de bajo peso, mientras que en el rubro de obesidad solo se reporte el 6.30% (n= 8), en especial si consideramos que en el programa nacional de salud 2001-2006 se identifico a la zona norte del país como la región con más prevalencia en obesidad. Esta tendencia hacia el bajo peso podría estar asociada con los datos reportados por la secretaria de salud (2005) que indican que nueve de cada 10 personas que presentan TCA son mujeres entre los 12 y 25 años de edad lo cual coincide con las características generales de nuestra muestra cuya población es de genero femenino con una media de edad de 20.58 años. Tomando en cuenta estas consideraciones seria factible que este 32.5% este llevando a cabo practicas de restricción alimentaria mismas que serian un factor de riesgo de TCA. Sin embargo, el considerar que casi un tercio de la población estudiada que presenta infrapeso representa una población de riesgo, no concuerda con los datos de prevalencia de anorexia reportados por la asociación americana de psiquiatría, la cual señala que la prevalencia de la anorexia nerviosa en la población femenina adolescente y juvenil es de 0,5 y la de la bulimia del 1%.

Por otra parte, respecto a los datos descriptivos en torno a la imagen corporal que se señala en el segundo objetivo de este trabajo el 55.55% (n=70) de los participantes reportan percibirse con kilos de mas, mientras que un promedio ponderado de los diferentes rangos de insatisfacción corporal del BSQ arrojan un porcentaje similar de 51.59% (n=65) estos datos concuerdan con los

reportados por Rinderknecht y Smith (2002) quienes encontraron 61% de insatisfacción corporal en su muestra femenina y Lora-Cortez y Saucedo-Molina quienes en el 2006 reportaron que el 68% de las mujeres encuestadas reporto estar insatisfecha con su imagen corporal .

Respecto a la región corporal que es el segundo parámetro del segundo objetivo, en la cual los sujetos expresaban mayor grado de insatisfacción observamos que se centran en la región abdominal lo cual podría sugerir que en futuras investigaciones se tomaran en cuenta mediciones antropométricas de pliegues cutáneos (Briones y Cantu, 2004) relacionadas con esta región corporal, específicamente nos referimos a el registro de la circunferencia de la cintura o la razón cintura-cadera (Berdasco, 2002).

Cuando se cuantifica el análisis descriptivo para la conducta alimentaria de riesgo (objetivo 3) observamos que esta se presenta en mayor proporción 78.60% en un rango medio, si consideramos que las medidas de CAR giran en formas parciales de categorías diagnosticas de TCA cobra especial importancia este rango medio ya que al hablar de porcentajes altos de CAR que en nuestra muestra alcanza un porcentaje de casi 10% implicaría rasgos clínicos de TCA.

Estos elevados porcentajes que se alejan de los índices de normalidad para cada uno de los factores señalados magnifica la importancia del análisis respecto a las relaciones entre estas variables.

La determinación de la pertinencia de la utilización de peso y talla de autoreporte como medida valida para cuantificar el IMC en estudios de imagen corporal no solo compete al análisis generalizado de la correlación entre IMCr-IMCa, es necesario dilucidar si el peso y talla autoreportados tiene una relación con criterios que implican solamente una estimación antropométrica o si están asociados a criterios relacionados con factores de otra índole.

Tomando en cuenta la anterior consideración esta investigación abordó desde diferentes perspectivas el análisis de la correlación IMCr-IMCa.

Al igual que otras investigaciones Osuna-Ramírez y Col (2006) los cuales reportan una correlación de .90 en esta investigación encontramos una correlación significativamente alta (.95) de la muestra en general igualmente se reportaron correlaciones altas en los grupos de peso percibido y los grupos de imagen corporal.

Sin embargo los resultados del análisis por grupos de rangos de IMC muestran correlaciones menores aunque significativas, esta diferencia aunada a la relación encontrada en los grupos de peso e imagen corporal en donde observamos que a mayor insatisfacción y mayor percepción de peso se presenta una mayor correlación IMCa – IMCr, nos lleva a la conclusión de que los hallazgos encontrados asumen que una persona percibe con mayor precisión su peso y talla en la medida en que su insatisfacción de imagen corporal es mayor.

Por otra parte en relación al objetivo cinco se realizó un análisis con la variable denominada diferencia entre IMCr-IMCa en donde se determinó que esta diferencia no guarda relación con la insatisfacción de imagen corporal, estos datos refutan lo dicho por Perpiña y baños quienes en un estudio realizado en 1990 concluían que la sobreestimación del tamaño corporal puede considerarse como un índice de insatisfacción con el propio cuerpo, insatisfacción que está más relacionada con el peso percibido que con el real.

Los resultados obtenidos respecto al objetivo número cuatro de la investigación, sugieren que la estimación de peso y talla de autoreporte no depende solamente de una percepción de índole antropométrico sino que también tenemos que considerar otros factores asociados entre los cuales se pueden destacar aquellos de índole cultural (ideal de delgadez) que a su vez propician el establecimiento de parámetros de belleza basados en el infrapeso

lo que propicia insatisfacción de imagen corporal en las personas que por diversas circunstancias toman como normativa dichos parámetros, por lo que se concluye que la estimación de autoreporte de peso y talla no es una medida pertinente de índice de masa corporal. Igualmente, se sugiere realizar estudios con muestras más grandes que nos permitan eliminar el sesgo que representa un estudio correlacional en grupos pequeños ya que los grupos pequeños inflan la correlación.

En el análisis de las diferencias entre los grupos de peso respecto a la insatisfacción de imagen corporal así como en el análisis de las diferencias de las medidas de índice de masa corporal respecto grupos de percepción de peso se encontró que a niveles bajos de índice de masa corporal se reportaron índices menores de insatisfacción corporal y que los grupos que se perciben con kilos de mas son aquellos que tienen mas alto índice de masa corporal. Los resultados del noveno y décimo objetivo del presente trabajo concuerdan con los hallazgos reportados por Casillas-Estrella y Colaboradores. en el 2006 quienes encontraron que a mayor índice de masa corporal mayor grado de insatisfacción de imagen corporal. Asimismo, apoyan la preocupación expresada por Baile (2003) quien comenta que los estudios sobre imagen corporal se han centrado en considerar a esta como una variable asociada exclusivamente a trastornos de conducta alimentaria cuando los datos parecen contradecir la consideración generalizada de que la insatisfacción de imagen corporal sea considerada como una categoría diagnóstica de anorexia (DSMIV) o bien sea utilizado como un indicador de riesgo en trastorno de conducta alimentaria.

En relación al objetivo general de esta investigación respecto a determinar si la insatisfacción de imagen corporal y el índice de masa corporal predicen conducta alimentaria de riesgo en jóvenes universitarias los datos arrojados mediante un modelo de regresión lineal múltiple concluyeron que la insatisfacción de imagen corporal explica el 63.1% de la varianza de la conducta alimentaria de riesgo

Los datos encontrados en el modelo de predicción parecen ser contundentes en considerar a la insatisfacción de imagen corporal como una variable estrechamente asociada a la conducta alimentaria de riesgo. Sin embargo, es preciso señalar que la valoración de la conducta alimentaria de riesgo se basa en la determinación de rasgos preclínicos de trastornos de conducta alimentaria y que el criterio A de la anorexia según el DSM-IV es la condición de bajo peso, por lo que tendríamos que considerar que existen en la presente investigación resultados contradictorios ya que según lo expuesto en párrafos anteriores la relación entre infrapeso e insatisfacción de imagen corporal no parece favorecer un modelo explicativo de la conducta alimentaria de riesgo.

Con la finalidad de acotar y analizar conjuntamente la relación de nuestras variables principales IIC, IMCr y CAR se procedió crear dos nuevas variables al dicotomizar CAR que indican la ausencia (ACAR) o la presencia (PCAR) de dicha variable los datos mostraron por una parte que a mayor rango de IMCr se presenta mayor porcentaje de sujetos con PCAR (infrapeso 33.33%; normopeso 64.29%; sobrepeso 80.96 %) aunque en el rango de obesidad se presenta un 50% para ambas variables (ACAR – PCAR) lo cual podría explicarse tomando en cuenta que en este grupo solo puntuaron 8 personas. Referente a la insatisfacción de imagen corporal encontramos que las medias de IIC del subgrupo PCAR son mayores en los rangos de sobrepeso (106.00) y obesidad (121.50) que en el rango de infrapeso (102.69).

Estos datos, apoyan los resultados obtenidos en el análisis de las diferencias entre los grupos de peso respecto a la IIC que reportan que a mayor índice de masa corporal habrá mayor insatisfacción de imagen corporal, además este último análisis nos reporta que aunado a esta relación se asocia también la presencia de conducta alimentaria de riesgo.

En resumen, los resultados nos muestran que a mayor índice de masa corporal encontramos mayor insatisfacción de imagen corporal y también mayor presencia de conducta alimentaria de riesgo, por lo que concluimos que

para esta población si bien es cierto existe una estrecha relación entre IMCr, IIC y CAR, dicha relación no presupone la presencia de rasgos preclínicos de anorexia. Por otra parte, tampoco podemos presuponer que la relación entre estas variables este relacionada con la bulimia ya que si consideramos que el criterio A de este trastorno es la presencia de atracones vemos que en el análisis de las características que marca el DSM-IV para los atracones se presento poca incidencia entre los encuestados, en el primero de ellos que es la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, que corresponde a la pregunta 2 del CBCAR (en ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida) el 7% (n=9) de los encuestados respondió *con mucha frecuencia mas de dos veces por semana*, cabe mencionar que la pregunta del CBCAR no hace referencia al componente de comparación que señala el DSM-IV lo que limita el criterio de respuesta del encuestado. Respecto a la segunda condición que marca el DSM-IV que refiere la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, la pregunta 3 del CBCAR (He perdido el control sobre lo que como. Tengo la sensación de no poder parar de comer) el 4% (n=5) señalo la opción *con mucha frecuencia mas de dos veces por semana*.

En torno a los hallazgos encontrados en relación a la pertinencia del IMCr como medida antropométrica eficaz en la determinación de diversos problemas de índole alimentario y de los resultados emanados en torno a los diversos factores conceptualizados como categorías diagnosticas de TCA, en donde en ambas circunstancias se han encontrado diferencias respecto a importantes concepciones que presuponen implicaciones teóricas que son generalmente aceptadas por la comunidad científica que aborda la temática en cuestión, hemos considerado conveniente realizar una serie de consideraciones teóricas, tendientes a esclarecer estas confusiones.

Consideraciones teóricas respecto a los resultados

Los datos descriptivos que nos arrojan que más de la mitad de la población estudiada presentan problemas con su IMC aunado a que los índices de bajo peso representan más del 30 % de los encuestados, nos podría conducir a determinar que estamos ante una población de riesgo de padecer TCA. Sin embargo antes de emitir un juicio de tal naturaleza es preciso tomar en cuenta una serie de consideraciones en torno a la utilización del IMC como medida antropométrica pertinente para determinar niveles de riesgo de TCA.

Los principales problemas en torno a la determinación del IMC se centran en que: A) no existe un consenso respecto de los puntos de corte; B) no se toman en cuenta los cambios en la composición corporal producto del desarrollo biológico, y C) no se contemplan las diferencias de género y etnia, (Saucedo-Molina y Col. 2001) además de ignorar la influencia de los factores ambientales, de posición social y comportamentales que mencionan Tremblay & Berthelot (2007).

En relación a esto, es preciso tomar en cuenta que durante la pubertad y la adolescencia media se presentan una serie de cambios naturales como el incremento en las mujeres de la grasa subcutánea, el ensanchamiento de la cadera propiciado por el crecimiento de la pelvis, y la acumulación de grasa en esta zona además de que se presenta un incremento de las necesidades nutricias debido a una mayor cantidad de estrógeno y progesterona (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz 2002). Estos cambios naturales propician cambios en la constitución física que pueden ser causa de sobrepeso, dando lugar a conductas alimentarias alteradas que se reflejan en restricciones y modificaciones en la calidad y en la cantidad de nutrientes que repercuten en que esta población llegue a niveles de bajo peso.

La falta de pertinencia respecto a los criterios de medida del IMC aunado a que los cambios biológicos, de estructura ósea y de hábitos alimenticios

propios de este rango de edades parecen tener un carácter pasajero ya que los altos índices de infrapeso no parecen corresponder en la misma proporción a los índices de prevalencia generalmente bajos de TCA, conlleva a que la estimación de los datos descriptivos en torno a los datos encontrados en relación al bajo peso de la muestra de investigación sean tomados con reserva.

En relación a esto, se propone desarrollar investigaciones longitudinales que proporcionen datos fidedignos en torno a la consideración de que los cambios estructurales y alimenticios de los adolescentes y jóvenes puedan ser conceptualizados como edad de riesgo de TCA o solo como una serie de cambios y ajustes tanto biológicos como sociales y psicológicos que el individuo experimenta en esta etapa cronológica de su vida en donde dichos cambios podrían tener un carácter efímero.

La determinación de las categorías diagnósticas para la anorexia que según el DSM-IV clasifica como criterio A el infrapeso, criterio B al miedo a convertirse en obeso y como criterio C a la alteración en la percepción y preocupación (insatisfacción) corporal, no parece ser apoyada por los hallazgos encontrados en esta investigación, si bien es cierto no debemos olvidar que no estamos trabajando con una muestra clínica, se esperaría observar en una muestra normal una tendencia que nos indicara una relación directa entre infrapeso, insatisfacción de imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en la que de acuerdo a los diferentes puntos de corte pudiésemos determinar rasgos preclínicos de TCA de tal manera que esto nos permitiría identificar sujetos proclives a un trastorno de conducta alimentaria o bien detectar población de riesgo en este tipo de problemas de acuerdo a lo expresado por Pérez, quien en el 2004 asume que tanto la anorexia como la bulimia nerviosa serían el punto final de un continuum a lo largo del cual existen diferentes niveles de alteraciones subclínicas y preclínicas de la conducta alimentaria.

Sin embargo, los hallazgos encontrados nos indican que tanto la insatisfacción de imagen corporal como la conducta alimentaria de riesgo esta mas asociada con el sobrepeso que con el infrapeso.

Bien se podría argumentar que esta tendencia seria característica de individuos a los cuales se les catalogaría como normales y que en los casos denominados como trastornos se tendría que identificar una relación directa entre infrapeso, IIC y CAR, situación con la cual estamos en completo acuerdo, sin embargo, tendríamos también que tomar en cuenta que en el análisis de los factores que intervienen en un TCA no se deben considerar como plausible una simple descripción reduccionista que conceptualice al factor de riesgo como la simple suma de resultados aislados de diversas variables.

Respecto a la llamada alteración, distorsión y/o insatisfacción de imagen corporal no podemos mencionar que solo este relacionada con la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales como lo sugieren Sepúlveda, Botella y León (2001) puesto que al parecer una correcta estimación de la IIC tendrá que contemplar factores de índole cultural lo cual apoya lo mencionado por Gismero (2001) al señalar que la delgadez se ha impuesto como modelo ideal de belleza, por lo que la insatisfacción corporal y el seguimiento de dietas se han llegado a convertir en conducta normativa misma que se apega a parámetros reales en la medida que han sido validados por una comunidad, desde esta perspectiva resulta fundamental considerar que el sujeto no distorsiona una realidad sino que intenta adaptarse a esta realidad conceptualizada como normatividad social. Producto de esa "adaptación" es donde devienen los problemas de índole alimenticio.

De estas consideraciones se desprende que mas que trabajar sobre los grados de distorsión y/o insatisfacción de imagen corporal las investigaciones en este campo deberán de ir encaminadas hacia el análisis de los parámetros

que determinan los modelos y como estos a su vez conforman una “cultura alimentaria” que lejos de propiciar hábitos saludables facilitan la adopción de modelos enfermizos basados en el infrapeso.

Por otra parte, se retoma lo dicho por Moral y Ovejero, quienes en el 2004 comentan que es preciso hacer énfasis en que el pretender individualizar, e incluso patologizar, los problemas de los postadolescentes representa un ejercicio mediante el que, al desvincular cada caso de sus multideterminaciones, se reduce de forma intencional la responsabilidad de otras agencias y poderes implicados a nivel social, familiar, académico, mediático e institucional, como consecuencia del intento de personalizar un conflicto heterocondicionado.

REFERENCIAS

- Acosta García, M. & Gómez Péresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3 (1), 9-21.
- Aguilar-Ye, A. Puig-sosa, P.J. Luna, L.A. Sánchez, P. Rodríguez, R. Rodríguez, L.M. (2002). La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. *Revista mexicana de pediatría*. 69 (5), 190-193.
- Aguinaga, M. Fernández, L. Varo, J. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización Anales del sistema sanitario de Navarra. 23 (2) 279- 292.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (cuarta edición en español). Masson. España.
- Arbinaga, F. Caracuel, J. (2003). Aproximación a la dismorfia Muscular. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 65. 7-15.
- Arnsperger, R. (2007) .The Experience and Meaning of Body Image: Hearing the Voices of African American Sorority Women. *Body Image, an International Journal of Research*. 4 (1).
- Baile, J. (2006). Qué es la imagen corporal? *Revista humanidades*. Cuadernos del marqués de san adrián. 2

- Baile, J. Guillen, F. Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad.
- Baile, J. Raich, R. Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*. 19 (2). *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2 (3) 439 – 450.
- Ballester, D. de Gracia, M. Patiño, J. Suñol, C. & Ferrer, M. (2002). Actitudes Alimentarias y Satisfacción Corporal en Adolescentes: Un Estudio de Prevalencia. *Universidad de Girona (Depto. de Psicología)*.
- Barajas, M.A. & Espejo, M. (2002) *Cribado de la obesidad*. Centro de Salud Dr. Mendiguchía. Leganés. Madrid. España. Recuperado el 22 de mayo de 2004, de Ebsco Host
- Benedito, M.C. Perpiñá, C. Botella, C & Baños, R.M. (2003) Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España* 58(3). 268-72.
- Berdasco, A. (2002). Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría. *Revista Cubana Alimentación y Nutrición*. 16 (2) 146 - 152.
- Briones, N.P. Cantu, P.C. (2004) Comparación Diagnóstica De Dos Métodos Antropométricos Para La Evaluación Nutricional En Preadolescentes Del Municipio De Guadalupe N.L. México. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 5 (4). *Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León*.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *The American Journal Of Psychiatry*. 139 (12) 1531-1538.

- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Persons Within*. New Cork: Basic Book.
- Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*. 26 (4). 212 – 217
- Calado, M. Lameiras, M. & Rodríguez, Y. (2004) Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 4(2). 357-370.
- Canovas, R. Mendoza, E. Koning, M. Martin, E. Segurola, H. Garriga, M. Vázquez, G. (2001). Concordancia entre la autopercepcion corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV día nacional de la persona obesa. *Nutrición Hospitalaria*. 16 (4). 116-120.
- Contreras, J. La Obesidad: una perspectiva Cultural. (2002) *Formación Continua en Nutrición y Obesidad*. 5 (6), 275-86.
- Cooper, P.J. Taylor, M.J. Cooper, Z. (1987) The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disor*. 6, 485-494.
- Casillas-Estrella, M. Montaña-Castrejon, N. Reyes-Velásquez, V. Bacardi-Gascon, M. Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomed*. 17 (4) 243-249.
- Delgado Calvete, C. Morales Gorria, M.J. MaruriChimeno, I. Rodríguez del Toro, C. Benavente Martín, J.I. & Núñez Bahamonte, S. (2002) Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas esp. De psiquiatría*. 30 (6), 376-381.

- Espina, A. Ortego, M.A. Ochoa, I. Yenes, F. Alemán, A. (2001) La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*. 13 (4), 533-538.
- Espina, A. Ortego, M. Ochoa, I. Alemán, A. Juaniz, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del país vasco: Un estudio piloto. *Clínica y salud*. 12 (2). 217 – 235.
- Fitzgibbon, M. L. Blackman L. R. & Avellone, M. E. (2000). The Relationship between Body Image Discrepancy and Body Mass Index across Ethnic Groups. *Obesity Research*. 8. 582-589.
- Gismero, E. (2001) Evaluación del auto concepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y salud*. 12 (3), 289-304.
- Groesz, L. Levine, M. & Murnen, S. (2002). The effect of experimental presentation of thin images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1–16.
- Gutiérrez, M. y Pellon, R. (2002) Anorexia por actividad: una revisión teórica y experimental *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2, (2) 131-145
- Herrero, M. y Viña, C.M. (2005) Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *Internacional journal of clinical and health psychology*. 5 (1), 67-86.
- Hesse-Biber, S. Leavy, P. Quinn, C. Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture) *Women's Studies International Forum* 29 208–224

- Himes, J. (1999). Agreement among anthropometric indicators identifying the fattest adolescents. *Internacional journal of obesity*. 23 (2)
- Kneen, B. (2004). Redefiniendo la propiedad. Sobre la propiedad privada, lo comunal y el dominio público. *Biodiversidad*. 40. 33-38
- Lameiras Fernández, M. Calado Otero, M. Rodríguez Castro, Y. Fernández Prieto, M. (2003) Hábitos Alimentarios e Imagen Corporal en Estudiantes Universitarios sin Trastornos Alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3 (1), 23-33.
- Lester, R. (2004). Commentary: eating disorders and the problem of “culture” in acculturation. *Culture, Medicine and Psychiatry* 28: 607–615.
- Littlewood, R. (2004). Commentary: globalization, culture, body image, and eating disorders. *Culture, Medicine and Psychiatry* 28: 597–602.
- Lora-Cortez, C. Saucedo-Molina, T. (2006) Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*. 29 (3). 60-67
- Lukacs, L. Muranyi, I. Tury, F. (2007). Eating and Body attitudes related to noncompetitive body building in military and general Hungarian male student populations. *Military medicine*. 172. 152 -156.
- Madrigal-Fritsch, H. de Irala-Estévez, J. Martínez-González, M.A. Kearney, J. Gibney, M. & Martínez Hernández, J.A. (1999) Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Revista Salud Pública de México*. 41 (6), 479-486.

- Malson, H. (1999). Woman under erasure: anorexic bodies in postmodern context. *Journal of Community & Applied Social Psychology. J. Community Appl. Soc. Psychol.* 9: 137-153.
- Martínez Álvarez, B. (2002) Tratamiento Psicológico De La Obesidad. *Jano, Medicina y Humanidades.* 62 (14) 32-38.
- Mahiques, P. (2000) Nuevas tecnologías y tratamiento de los trastornos de la alimentación, ¿la realidad virtual o la virtud de la realidad? Recuperado el 15 Agosto de 2004 disponible en: I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000.
- Merino Madrid, H. Pombo, M.G. Godas Otero A. (2001) Evaluación de las Actitudes Alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema.* 13 (4), 529-545
- Milne, E. Simpson, J. English, D. Johnston, R. Giles-Corti, B. (2007). Time Spent Outdoors at Midday and Children's Body Mass Index., *American Journal of Public Health*, 97, (2).
- Monleon, B. Perpiñá, C. Botella, C. y Baños, R. (2003) Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de pediatría.* 58 (3). 268-272.
- Montero, P. Morales, E. M. Carbajal, A. (2004) Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116.
- Moral, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista Salud Pública y Nutrición.* 3 (3) julio sep. 2002. *Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León.*

- Moral, M. Ovejero, A. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo*. 87. Colegio oficial de psicólogos. España.
- Morales, L. (2006). La imagen corporal desde terapia ocupacional. Una actividad terapéutica en piscina. *Revista gallega de terapia ocupacional*. 3
- Moreno, D. (2003). Cultura alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición.. Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León*. 4 (3)
- Moreno, D y Cantú, P. (2005). La sustentabilidad alimentaria, una visión antropológica. *Revista Salud Pública y Nutrición. Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León*. 6 (4).
- Noreña, M. Rojas, N. y Novoa, M. (2006). Análisis relacional de las contingencias asociadas a las prácticas deportivas con los trastornos de alimentación en adolescentes entre los 16 a 18 años. *Diversitas*. 2 (2) 229 -240
- Norma Oficial Mexicana NOM – 174 – SSA1 – (1998) Para el tratamiento integral de la obesidad. Publicada el 12 de Abril del 2000 en el Diario Oficial de la Federación. Distrito Federal, México. Fuente: Revista Medica Del IMSS, (2002) 30 (5), 397– 403
- Oláis, G. Rivera, J. Shamah, T. Rojas, R. Villalpando, S. Hernández, M. Sepúlveda, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

- Oliveras-López, M. Agudo, E. Nieto, P. Martines, F. López, H. López, M. (2006). Evaluación nutricional de una población universitaria marroquí en el tiempo de Ramadan. *Nutricion Hospitalaria*. 21(3). 313-316
- Osuna-Ramirez, I. Hernandez-Prado, B. Campuzano, JC. Salmeron, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Revista Salud Pública de México*. 48 (2) 94-103.
- Paeratakul, S. White, M.A. Williamson, D.A. Ryan, D.H. & Bray, G.A. (2002) Sex, Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, And BMI In Relation To Self-Perception Of Overweight . *Obesity Research*. 10, 345-350.
- Peláez M., Labrador, F. Raich, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 5 (2) 135-148.
- Pérez, S. (2004). Estado nutricional y psicosocial en adolescentes con alteración de la conducta alimentaria. Tesis doctoral. *Departament de medicina i cirurgia facultat de medicina i ciències de la salut*. Universitat rovíra i virgili.
- Perpiñá, C. & Baños, M.R. (1990) Distorsión de la Imagen Corporal: Un Estudio en Adolescentes. *Anales de Psicología*. 6 (1), 1- 9
- Programa nacional de salud (2001-2006). Presidencia de la Republica. Secretaria de salud. México.
- Radford, L. (2006). Elementos de una teoría cultural de la objetivación. *Revista latinoamericana de investigación en matemática educativa*. Numero especial. 103-129.

- Regan, P. Cachelin, F. (2006) Binge eating and purging in a multi-ethnic community sample. *International Journal of Eating Disorders* 39 (6) 523–526
- Ribes, E. (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Rev. Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 365-382.
- Ribes I, Emilio (2002). *Psicología del aprendizaje*. Manual Moderno. México.
- Raich, R. imagen corporal (2001). Conocer y valorar el propio cuerpo. Ed. Pirámide. España.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*. 2 (8). 149 -161.
- Reisenzein, R. y Schöpfung, W. (1992). Stumpf's Cognitive-Evaluative Theory of Emotion. *American Psychologists*, 47, 34-45.
- Rinderknecht, K. & Smith C. (2002) Body-Image perceptions among urban native american youth. *Obesity Research*. 10, 315-327
- Rodríguez Guzmán, L. & Rodríguez García, R. (2001) Percepción de la Imagen Corporal, Índice de Masa Corporal y Sobrepeso en Estudiantes Universitarios del Sureste. *Revista Mexicana de Pediatría*. 135-138.
- Ross, N. Tremblay, S. Khan, S. Crouse, D. Tremblay, M. Berthelot, J. (2007) Body mass index in urban Canada: Neighborhood and metropolitan area effects. *American journal of public health*. 97 (3)

- Rossell.R. (2003) Obesidad. Quien Es El Culpable. *Jano Medicina y Humanidades*; 65 (1490), 9-11
- Ruiz Moreno, M. Berrocal Montiel, C. Valero Aguayo, L. (2002) cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14 (3) 577 – 582
- Samano, R. Flores-Quijano, M.E. & Casanueva, E. (2005). Conocimientos de nutrición, hábitos alimentarios y riesgo de anorexia en una muestra de adolescentes en la ciudad de México. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 6 (2) Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sánchez, A. Hurtado, F. Colomer, J. Saravia, S. Monleon, J. & Soriano, A. (2000) Actitud Alimentaria Anómala Y Su Relación Con La Imagen Corporal en Una Muestra Urbana De Adolescentes Valencianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 5 (3), 191-207.
- Sands, R. Maschette, W. & Armatas, C. (2004) Measurement of Body Image Satisfaction Using Computer Manipulation of a Digital Image. *Journal of Psychology* 138 (4), 325-337.
- Saucedo-Molina TJ, Gómez-Peres-mitré G. (1997) Validez diagnóstica del índice de masa corporal en adolescentes mexicanos. *Acta Pediátrica Mex*;18(1):19-27.
- Saucedo-Molina, T., Gómez-Peresmitré, G. (1998). Validación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. *Salud Pública Méx.* 40. 392-397.

- Saucedo-Molina, T. Ocampo, M. Mancilla, J. Gómez-Peresmitré. (2001). Índice de masa corporal en preadolescentes y adolescentes mexicanas. *Acta pediátrica mexicana*. 22 (3) 184-190
- Saucedo-Molina, T. Unikel-Santoncini, C. Villatoro-Velazquez, J. Fleiz-Bautista, C (2003). Curvas porcentilares del índice de masa corporal. Auto-informe de peso y estatura de estudiantes mexicanos. *Acta pediátrica mexicana*. 24 (1) 23-28
- Secretaría de Salud (2001) Programa Nacional de Salud 2001-2006. Primera edición, .D.R. Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F.
- Secretaria de Salud (2005). Comunicado de prensa numero 355. Miércoles 13 de julio del 2005. <http://www.insp.mx/2005/noticias/noticia130705.htm>
- Sepúlveda, A.R. Botella, J. & León, J.A. (2001). La Alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*. 13 (1), 7-16.
- Sepúlveda, A.R. León, J.A. & Botella, J. (2004). Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud*, 15 (1) 55-74.
- Sepúlveda, A. R. Carrobles, J. A. & Gandarillas, A. (2005). Factores asociados a la población universitaria de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario. *Interpsiquis* 2005.
- Soh, N. Touyz, S. & Surgenor, L. (2006). Eating and Body Image Disturbances Across Cultures: A Review. *European Eating Disorders Review*. 14. 54–65.

- Suárez González, F. Y Vaz Leal F.J. (2003) Conducta alimentaria y trastornos alimentarios en población femenina. *Semergen*. 29 (4), 179-182.
- Swami, V. Martin, T. (2006) Does hunger influence judgments of female physical attractiveness? *British Journal of Psychology*, 97, 353–363
- Ubeda, M. I. Rico, E. Martínez, R. Gandia, A. Chorro, F. J. Diez, J. El adolescente y su imagen corporal. (2003). Factores ocultos de confusión diagnóstica. *Revista pediátrica de atención primaria*. 5 (20) 583-587.
- Vera, M. (1998) el cuerpo culto o tiranía. *Psicothema*.10 (1), 111-125
- Vidaillet, E. Rodríguez, G. Carnot, J. Pérez, A. Duane, O. (2003) Indicadores antropométricos en la evaluación nutricional en adolescentes del sexo masculino. *Revista cubana pediátrica*. 76 (2) Universidad de la habana. Facultad de ciencias medicas “Doctor Miguel Enríquez”.
- Unikel, C. Saucedo-Molina, T. Villatoro, J. Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud mental*. 25 (2) 49 – 57.
- Unikel-Santoncini, C. Bojórquez-Chapela, I. Carreño-García, S. (2004) Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Revista Salud Pública México* 46, 509-515.
- Viviani. F. (2006). Some aspects of the body image and self-perception in adolescents. *Papers on Anthropology*. 15. 302-309.

- Wardle, J. and Watters R. (2004) Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: Results of a natural experiment. *International journal of eating disorders*. 35 (4), 589-596.
- Warren, C. Gleaves, D. Cepeda-Benito, A. Fernández, M. & Rodríguez-Ruiz, S. (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *International journal of eating disorders*. 37 (3), 241-249.
- White, M. Grilo, C. (2005). Ethnic differences in the prediction of eating and body image disturbances among female adolescent psychiatric inpatients. *Internacional journal of Eat Disord*. 38. 78–84.
- Willemsen, E. y Hoek, H. (2006). Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa in a Black Woman. *Internacional journal of Eat Disord*. 39 (4). 353 – 355.