

ESTATUS DE PESO, CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO E INSATISFACCIÓN CORPORAL EN MUJERES ADOLESCENTES Y JÓVENES

KARINA FRANCO PAREDES¹, FELIPE J. DÍAZ RESÉNDIZ², MARÍA LETICIA BAUTISTA-DÍAZ³

Recibido para publicación: 18-04-2019 - Versión corregida: 09-06-2019 - Aprobado para publicación: 20-06-2019

Franco Paredes K, Díaz Reséndiz FJ, Bautista Díaz ML. **Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes.** *Arch Med (Manizales)* 2019; 19(2):303-2. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3283.2019>

Resumen

Objetivo: evaluar la asociación entre conductas alimentarias de riesgo, estatus de peso e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes mexicanas. **Materiales y métodos:** participaron 487 mujeres, de una preparatoria pública (50,3%; Edad: media = 16,5, desviación estándar = 1,0 años) y de una universidad pública (49,7%; Edad: media = 19,7, desviación estándar = 1,4 años), seleccionadas con un muestreo no-probabilístico de tipo intencional. Considerando la edad se formaron dos grupos etarios (adolescentes y jóvenes). Las participantes contestaron una cédula de datos generales donde se reportó peso y estatura, asimismo, contestaron el Test de Actitudes Alimentarias y el Cuestionario de Imagen Corporal, ambos validados para población mexicana. **Resultados:** se encontró que 11,4% de las adolescentes y 6,6% de las jóvenes reportaron conductas alimentarias de riesgo; las de mayor presencia fueron la dieta restrictiva, evitar alimentos con azúcar y el conteo de calorías. Entre las jóvenes, a mayor índice de masa corporal mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo, no así entre las adolescentes. De manera general, las participantes con exceso de peso presentaron cinco veces mayor probabilidad de desarrollar conductas alimentarias de riesgo. Mientras que 18,8% de las adolescentes y 19,8% de las jóvenes presentaron insatisfacción corporal. Finalmente, en ambos grupos las conductas

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 19 N° 2, Julio-Diciembre 2019, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, Franco Paredes K., Díaz Reséndiz F.J., Bautista Díaz M.L.

- 1 Doctora en Psicología. Cuerpo Académico Comportamiento, Salud y Calidad de Vida, Centro de Investigación en Riesgos y Calidad de Vida. Universidad de Guadalajara, México ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5899-3071>. Correo e: karina.franco@academicos.udg.mx (autora de correspondencia).
- 2 Doctor en Psicología. Cuerpo Académico Comportamiento, Salud y Calidad de Vida, Centro de Investigación en Riesgos y Calidad de Vida, Laboratorio de Análisis Conductual, Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2278-876X>. Correo e: dejesus.diaz@academicos.udg.mx.
- 3 Doctora en Psicología. Área Académica de Psicología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1154-1737>. Correo e: maria_bautista@uaeh.edu.mx.

alimentarias de riesgo se asociaron con la insatisfacción corporal, excepto la conducta de vómito. Conclusiones: es necesario implementar medidas preventivas en esta población considerando el estatus de peso y la presencia de insatisfacción corporal.

Palabras clave: *adolescentes, imagen corporal, dieta, peso corporal, conducta alimentaria, riesgo.*

Weight status, risk eating behaviors and body dissatisfaction in adolescent and young women

Summary

Objective: *to assess the association between risk eating behaviors, weight status and body dissatisfaction in adolescents and young women. Materials and methods:* the sample comprised 487 Mexican students' women at public high school (50.3%; Age: mean = 16.5, standard deviation = 1.0 years) and public university (49.7%; Age: mean = 19.7, standard deviation = 1.4 years) selected according to a non-probabilistic method. Regarding the age two groups were formed (adolescents and young). All the participants completed identification card including weight and height as well as two test validated for Mexican population, Eating Attitude Test and Body Image Questionnaire. **Results:** *between adolescents and young women 11.4 and 6.6% showed risk eating behaviors, respectively being the most frequent restrictive diet, avoiding sugar foods and counting calories. A direct relation between increasing body mass index and presence of risk eating behaviors was found for young women but not for adolescents. All the participants with overweight showed five more risk to develop risk eating behaviors while 18.8% of adolescents and 19.8% of young women showed body dissatisfaction. Finally, for both age groups risk eating behaviors were associated with body dissatisfaction except for vomiting. Conclusions:* *it is necessary preventive efforts in this population taking into account the weight status and the presence of body dissatisfaction.*

Key words: *adolescents, body image, diet, body weight, eating behavior, risk*

Introducción

El término conductas alimentarias de riesgo (CAR) se refiere a aquellas conductas que intencionalmente se dirigen al control del peso corporal y que son poco saludables, como la dieta restrictiva, el atracón, los ayunos prolongados, saltarse comidas, el vómito autoinducido y el consumo/abuso de laxantes, diuréticos o píldoras, no prescritas por especialistas [1,2]. Estas conductas son más prevalentes entre los jóvenes, pero principalmente en mujeres de casi todos los grupos sociales y culturales

[1], incluso en países en desarrollo o en países orientales en donde hace dos décadas eran poco frecuentes [3–6].

Entre la población femenina mexicana se ha encontrado presencia de CAR en un porcentaje amplio, aunque esto depende del tipo de instrumento que se utilice para la evaluación. Por ejemplo, considerando el punto de corte del Test de Actitudes Alimentarias (EAT, por sus siglas en inglés) de Garner y Garfinkel [7], que es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional y nacional para identificar la

presencia de CAR, se encontró que entre 13,9 y 18,9% de las mujeres presentaban este tipo de conductas [8–10]. En tanto que, utilizando el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo [11], se reportó que entre 5,3 y 26% de las mujeres presentan CAR [12–17]; no obstante, existe mayor prevalencia entre quienes presentan sobrepeso u obesidad en comparación con quienes tienen peso normal [13,15,17,18], en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, en comparación con adolescentes entre 10 y 14 años de edad [13] y en estudiantes de preparatoria en comparación con las de universidad [14].

Algunas investigaciones realizadas en 2010 evidenciaron que las CAR que se presentaban con mayor frecuencia eran las dietas restrictivas, los atracones y los ayunos [14,19,20]. Al respecto, el antecedente nacional más reciente en el que se evaluó el tipo de CAR es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, en la que se encontró que, en adolescentes, las CAR más frecuentes fueron conductas para bajar de peso, como la dieta y ayunos, presentándose en mayor frecuencia en mujeres de 10 a 13 años de edad en comparación con mujeres de 15 a 19 años [21].

Una de las variables detonantes de las CAR es la imagen corporal, definida como la forma en que una persona valora su cuerpo, incluyendo cómo se percibe, siente y actúa respecto al mismo. Esta valoración no es estable, puede variar a lo largo de la vida, ésta puede ser positiva o negativa y adquiere especial trascendencia durante ciertas etapas del desarrollo [22,23]. En las mujeres, las etapas críticas son aquellas en las que experimentan cambios importantes en su cuerpo, los cuales pueden influir para que se presente una alteración de la imagen corporal, tal es el caso de la insatisfacción corporal (IC).

La IC se define como la evaluación negativa que una persona hace sobre el tamaño y la forma de su cuerpo [24], condición que desencadena la práctica de CAR en el intento por

modificar el aspecto corporal. Por ejemplo, en México se ha encontrado que entre 11 y 69% de las mujeres jóvenes presentan IC, específicamente, desean ser más delgadas. No obstante, en cuanto a la composición corporal un mayor porcentaje de mujeres con exceso de peso (sobrepeso u obesidad) presentan IC, aunque un porcentaje bajo, pero importante, de las mujeres con peso normal también están insatisfechas con su figura corporal [12,17,19,20,25]. Ahora bien, en cuanto a la etapa del desarrollo, un mayor porcentaje de mujeres adolescente presenta IC en comparación con las mujeres jóvenes [25].

La importancia de estudiar las CAR en mujeres radica en que se sabe que cuando están presentes en la adolescencia tienden a persistir en la adultez [23,26], resultando en cuadros crónicos y de riesgo latente para el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria. Las evidencias muestran que entre las mujeres mexicanas la presencia de CAR se encuentra en porcentajes importantes y su detección temprana coadyuvará a la intervención futura a nivel primario. Como se observó, dos variables que han tenido influencia en la caracterización de estas conductas son la edad y el estatus de peso; no obstante, en la mayoría de las investigaciones el análisis de estas variables se ha realizado por separado. Por lo que, el propósito de esta investigación fue evaluar la asociación entre conductas alimentarias de riesgo, estatus de peso e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes mexicanas.

Materiales y métodos

Muestra

Participaron 487 mujeres, con un rango de edad de 15 a 22 años, de dos instituciones de educación pública (con una población total de aproximadamente 4,000 mujeres estudiantes) en Ciudad Guzmán, ubicada en el Sur del Estado de Jalisco, México, considerada el principal polo de desarrollo de la

región. Las participantes asistían a escuelas de educación media superior (50,3%) con edad promedio de 16,5 años (*Desviación estándar [DE]* = 1,01) o la universidad (49,7%), edad promedio de 19,7 años (*DE* = 1,4). El tamaño de la muestra fue determinado por conveniencia y el tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional. De acuerdo con el nivel educativo se conformaron dos grupos de edad, el primero de 15 a 18 años y el segundo de 19 a 22 años.

Variables: en el estudio se trabajó con las siguientes variables: conductas alimentarias de riesgo (unidad de medida: ordinal. Categoría: con o sin riesgo); insatisfacción corporal (unidad de medida: ordinal. Categoría: con o sin insatisfacción corporal); grupo etario (unidad de medida: nominal. Categoría: adolescentes o jóvenes) y estatus de peso (unidad de medida: nominal. Categoría: bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad).

Instrumentos

Conductas alimentarias de riesgo

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26, por sus siglas en inglés) es un instrumento frecuentemente utilizado para identificar CAR. El EAT-26 está conformado por 26 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert (desde nunca = 0 a siempre = 3). Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel [27] establecieron como punto de corte para la puntuación total una calificación igual o mayor de 20 puntos, lo que indica la presencia de CAR. El estudio de validación en México mostró adecuada consistencia interna (*Alfa de Cronbach* = ,83) en mujeres universitarias y en cuanto a su validez se identificó una estructura de tres factores: Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida y Control Oral [28]. El *Alfa de Cronbach* para la muestra del presente estudio fue de ,82.

Insatisfacción corporal

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés), evalúa la expe-

riencia de “sentirse obeso” e insatisfacción con el tamaño y la forma del cuerpo. El BSQ está conformado por 34 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert que se califican en una escala de 1 = nunca a 6 = siempre. El estudio de la validación en México mostró que la consistencia interna del instrumento en mujeres es excelente (*Alfa de Cronbach* = ,98) y se estableció un punto de corte de 110 para la puntuación total, el cual indica presencia de insatisfacción corporal [29]. La consistencia interna con el coeficiente *Alfa* para la muestra del presente estudio fue de ,97.

Índice de Masa Corporal (IMC), para calcular este indicador se utilizó la estatura y peso autoinformados con la fórmula ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$).

Estatus de peso

Para las mujeres entre 15 y 19 años el estatus de peso se estableció utilizando las tablas de referencia, de acuerdo a la edad, para mujeres de 2 a 19 años de la Organización Mundial de la Salud [30]. Los valores de IMC menores al percentil 5 fueron considerados con bajo peso, del percentil 5 a menos de 85 peso normal, sobrepeso del percentil 85 a menos de 95 y de 95 en adelante obesidad. Para las mujeres de 20 años o más el estatus de peso se estableció de acuerdo a los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud [31], bajo peso ($IMC < 18,5$), peso normal ($IMC \geq 18,5$ a $24,99$), sobrepeso ($IMC \geq 25$ a $29,99$) u obesidad ($IMC \geq 30$).

Procedimiento

Las autoridades escolares correspondientes autorizaron realizar el estudio en las instalaciones de las instituciones educativas. La aplicación de los cuestionarios se realizó dentro del horario escolar, fue grupal y en aulas de cómputo; durante los meses de marzo a septiembre de 2018. Al inicio de la aplicación se explicó el propósito de la investigación y quienes aceptaban participar voluntariamente

firmaron el consentimiento informado. En el caso de las mujeres de nivel medio superior se solicitó el consentimiento informado de sus padres y el asentimiento de ellas. Las participantes contestaron los instrumentos en un tiempo aproximado de 15 minutos y en presencia de alguno de los investigadores responsables con apoyo de asistentes de investigación debidamente capacitadas.

El análisis de los datos se llevó a cabo con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales, SPSS versión 18 (IBM Corp.). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para conocer las características de la muestra y se calcularon los porcentajes e intervalos de confianza al 95% para la cantidad de participantes que presentaron CAR e IC. Se calculó la *t* de Student para identificar si había diferencias significativas entre adolescentes y jóvenes respecto al IMC. Para evaluar la asociación entre CAR e IC se realizó un análisis de regresión logística ordinal.

Control de sesgos

Uno de los investigadores permaneció en el aula de cómputo para responder cualquier pregunta y para vigilar que las participantes no compartieran sus respuestas o realizaran comentarios en voz alta. No se ofreció ningún incentivo por la participación en el estudio.

Consideraciones éticas

El procedimiento realizado atendió los principios del código ético del psicólogo [32]. La presente investigación se consideró de bajo riesgo según la Ley General de Salud de México, debido a que sólo se emplearon pruebas psicológicas en las personas y no se manipuló su conducta [33]. Todas las participantes o sus padres firmaron el consentimiento informado. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética del Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara (México).

Resultados

En la Tabla 1 se observa que el IMC de las mujeres jóvenes fue mayor que el de las adolescentes ($t = 3,37$, $p < ,001$). Considerando el estatus de peso se encontró que el porcentaje de mujeres con bajo peso fue mayor en el grupo de adolescentes en comparación con el grupo de jóvenes, el exceso de peso (sobrepeso u obesidad) fue mayor en éste último grupo ($X^2 = 9,19$, $p < ,027$). Asimismo, 11,4% y 6,6% de las mujeres de ambos grupos respectivamente presentaron CAR. Al analizar los tipos de conductas se presentó un comportamiento diferencial de acuerdo con el grupo etario, para las adolescentes la CAR de mayor frecuencia fue el conteo de calorías (13,1%), seguida de las dietas restrictivas (12,7), mientras que en las jóvenes las conductas con mayor frecuencia fueron las dietas restrictivas (16,5%), seguida de evitar alimentos con azúcar (9,1%). Respecto a la insatisfacción corporal, aproximadamente una quinta parte de ambas muestras la presentó.

En el grupo de mujeres jóvenes se encontró que a medida que aumenta el IMC también aumentan las CAR ($X^2 = 18,72$, $p < ,001$). Es decir, 3,3%, 8,8% y 27,3% de las estudiantes con peso normal, sobrepeso u obesidad, respectivamente, presentaron CAR. Las mujeres con exceso de peso (sobrepeso u obesidad) tuvieron cinco veces más probabilidad de presentar CAR ($OR = 5,01$ [IC 1,67 – 14,98]) en comparación con quienes tenían un IMC ≤ 25 . En tanto que, en las mujeres adolescentes, el estatus nutricional no se asoció con la presencia de CAR. No obstante, el mayor porcentaje de CAR se presentó en los dos extremos del continuo, bajo peso y obesidad (Tabla 2). La insatisfacción corporal se asoció con la presencia de CAR tanto en las adolescentes ($X^2 = 42,93$, $p < ,001$) como en las jóvenes ($X^2 = 58,69$, $p < ,001$). En ambos casos las mujeres con IC tuvieron mayor probabilidad de presentar CAR: $OR = 12,15$ (IC 5,09 – 28,97) si son adolescentes y $OR = 27,72$ (IC 11,20 – 86,68) si son jóvenes.

Tabla 1. Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo insatisfacción corporal de acuerdo con dos grupos de edad

	Adolescentes n = 245	Jóvenes n = 242	Total n = 487
Media (Desviación Estándar)			
Peso (kg)	59,58 (11,61)	62,22 (11,60)	61,19 (11,65)
Estatura (m)	1,61 (0,06)	1,61 (0,07)	1,60 (0,06)
Índice de Masa Corporal	22,82 (3,87)	24,21 (4,20)	23,67 (4,13)
Porcentaje			
Bajo peso	8,4	3,8	5,6
Normopeso	70,3	63,2	66
Sobrepeso	14,2	23,8	20,2
Obesidad	7,1	9,2	8,4
Conductas alimentarias de Riesgo			
Si	11,4	6,6	9
No	88,6	93,4	91
Atracón	5,7	3,7	4,7
Contar calorías	13,1	7,0	10,1
Evitar carbohidratos	9,8	8,7	9,2
Evitar alimentos con azúcar	9,8	9,1	9,4
Vómito	0,4	2,1	1,2
Dietas	12,7	16,5	14,6
Insatisfacción corporal			
Si	18,8	19,8	19,3
No	81,2	80,2	80,3

Fuente: datos propios de la investigación

Tabla 2. Presencia-ausencia de conductas alimentarias de riesgo de adolescentes y jóvenes de acuerdo con el estatus de peso y a la insatisfacción corporal.

	Adolescentes n = 245		Jóvenes n = 242	
	No CAR	CAR	No CAR	CAR
Porcentaje				
Estatus de peso				
Bajo peso	76,9	23,1	100	0
Normopeso	86,2	13,8	96,7	3,3
Sobrepeso	90,9	9,1	91,2	8,8
Obesidad	81,8	18,2	72,7	27,3
Insatisfacción corporal				
	Porcentaje			
Si	12,9	64,3	14,6	93,8
No	87,5	37,5	85,4	6,2

Nota: CAR = Conductas alimentarias de riesgo

Fuente: datos propios de la investigación

Se analizó el tipo de CAR que presentaron las mujeres con presencia o ausencia de insatisfacción corporal (Tabla 3). Para ambos grupos de edad el porcentaje de CAR fue significativamente mayor en el grupo de mujeres con IC en comparación con quienes no

presentaron IC. Siendo mayor la presencia de la conducta de dieta, seguida de evitación de alimentos específicos y conteo de calorías. En todos los casos el tamaño del efecto fue pequeño (rango de ,15 a ,38 en las adolescentes y de ,17 a ,39 en las jóvenes).

Tabla 3. Asociación entre conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal de acuerdo al grupo de edad

Conductas	Adolescentes n = 245		p	V de Crammer	Jóvenes n = 242		p	V de Crammer
	No IC	IC			No IC	IC		
Atracón	3,5	15,2	,01	,18	1,7	18,8	,001	,39
Contar calorías	10,6	23,9	,05	,15	4,1	18,8	,001	,23
Evitar carbohidratos	6,5	23,9	,001	,23	5,2	22,9	,001	,25
Evitar alimentos con azúcar	7	21,7	,01	,19	6,7	18,8	,01	,17
Vómito	0	2,2	,37	--	1,5	4,2	,25	--
Dietas	6,5	39,1	,001	,38	9,3	45,8	,001	,39

Nota: IC = Insatisfacción corporal

Fuente: Datos propios de la investigación

Discusión

El propósito de esta investigación fue evaluar la asociación entre CAR, estatus de peso e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes mexicanas. En primer lugar, los resultados obtenidos confirman la presencia de CAR en los dos grupos de edad (11,4% de las adolescentes y 6,6% de las jóvenes). Estos datos se encuentran por abajo del rango reportado en otras investigaciones que han utilizado el EAT [8–10]. No obstante, los hallazgos son relevantes debido a que las participantes de este estudio viven en una ciudad media, es decir, un espacio *urbano* que cuenta con una población mayor a 100.000 y menor a 1.000.000 [34]; y se demuestra que las CAR no sólo están presentes en mujeres que viven en grandes ciudades (espacios urbanos con una población mayor a 1.000.000 de habitantes) y que están expuestas en mayor medida al modelo de delgadez y a la influencia de los medios de comunicación. La presencia de estas conductas se ha propagado en mujeres de diversos grupos culturales y no se limitan a las zonas industrializadas o con un desarrollo económico alto [35].

La dieta restrictiva fue la CAR que se presentó con mayor frecuencia tanto en las adolescentes (12,7%) como en las jóvenes (16,5%). Si bien estos porcentajes fueron menores a los encontrados en otros estudios, en el caso específico de las jóvenes el porcentaje fue casi el doble del encontrado hace ocho años en una

muestra de jóvenes universitarias (9,8%) en la misma región [19]. Asimismo, Saucedo [36] también encontró un aumento en la presencia de esta conducta en muestras diferentes de mujeres de la Ciudad de México evaluadas en dos momentos diferentes. Ambos hallazgos indican que la dieta se realiza cada vez más como una forma de controlar el peso corporal o bien como una medida para la reducción del mismo.

Las otras dos conductas que se presentaron en mayor porcentaje fueron contar calorías (13,1% de las adolescentes) y evitar alimentos con azúcar (9,1% de las jóvenes). Ambas conductas están relacionadas con la dieta restrictiva, por lo que estos hallazgos confirman la importancia de esta conducta para las mujeres participantes en el estudio. Por tanto, es necesaria la intervención del psicólogo de la salud para implementar estrategias que concienticen a las estudiantes de preparatoria y universidad sobre los riesgos y consecuencias de las dietas restrictivas, para que dejen de considerarlas como una conducta normal, ya que se sabe que quienes realizan dietas restrictivas en la adolescencia incrementan el riesgo de continuar con esta conducta 10 años después [26].

Ahora bien, en cuanto al objetivo central, las CAR estuvieron asociadas con el IMC. Específicamente en las mujeres jóvenes se encontró que a medida que aumenta el IMC también aumentan la presencia de CAR (3,3%, 8,8%

y 27,3% de las estudiantes con peso normal, sobrepeso u obesidad, respectivamente). Las mujeres con exceso de peso (sobrepeso u obesidad) tuvieron cinco veces más probabilidad de presentar CAR. Este hallazgo coincide con otros estudios en los que se han encontrado mayores porcentajes de CAR en mujeres con obesidad [14], incluso se sabe que mujeres con IMC alto tuvieron dos veces más riesgo de presentar CAR [37]. No obstante, se puntualiza que en las mujeres adolescentes no se asoció el IMC con las CAR.

En la presente investigación también se encontró que la IC está presente en la quinta parte de las mujeres independientemente del grupo etario (18,8% adolescentes y 19,8% jóvenes). Como en el caso de las CAR estos porcentajes fueron menores a los encontrados en mujeres que viven en grandes ciudades [12,14,17,25]; sin embargo, en el caso de las jóvenes representa un aumento de cuatro puntos porcentuales respecto a los resultados obtenidos por Franco *et al.* [19] en jóvenes de la misma región (14%). Por lo que se demuestra que la presencia de IC aumentó en ocho años y se espera que este aumento se sostenga debido a fenómenos como el acceso a internet, las redes sociales y el uso de los teléfonos inteligentes. De hecho, se ha demostrado que el acceso a internet puede provocar diferentes síntomas físicos y psicológicos en los jóvenes, entre los que están los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria [38].

El estudio e identificación de la IC es relevante para la prevención de los TCA debido a que se ha documentado que es uno de los principales factores de riesgo para los mismos. En esta investigación se encontró que la presencia de IC está relacionada de manera importante con la presencia de CAR tanto en las mujeres adolescentes como en las mujeres jóvenes, siendo mayor el riesgo de presentar CAR en las mujeres jóvenes con IC y la predicción en

los años siguientes para este mismo grupo es que se mantendrá e incluso que empeorará.

Los hallazgos obtenidos en la presente investigación muestran que las CAR están relacionadas con el estatus de peso y la IC en mujeres jóvenes y que en las mujeres adolescentes sólo están relacionadas con la IC. No obstante, debe considerarse que el IMC fue calculado considerando el peso y talla informado por las participantes, por lo que se sugiere que en futuras investigaciones se realice una medida directa de estas variables. Se concluye que es importante que los profesionales de la salud encargados del diseño de estrategias de prevención tomen en cuenta estos resultados con la finalidad de implementar programas que consideren las variables relevantes en cada caso. Por otro lado, se encontró que tanto la presencia de CAR como de IC aumentó en las mujeres jóvenes en comparación con los resultados obtenidos en un estudio previo en mujeres jóvenes de la misma ciudad, por lo que es evidente la necesidad de implementar medidas preventivas en esta población, y dado que, no existen estudios antecedentes en la misma región con los cuales comparar los resultados obtenidos con las adolescentes, es necesario llevar a cabo investigaciones que permitan documentar la presencia de estas conductas a largo plazo durante las diferentes etapas del desarrollo de las mujeres.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Gabriela Flores Miguel, Karla Saraí García Solís, Violeta Rubí Castro López y Adriana Patricia Velasco Moncada por el apoyo en la aplicación de los instrumentos.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Fuentes de financiamiento: Universidad de Guadalajara, PRO-SNI 2018.

Literatura citada

1. Austin SB, Spadano-Gasbarro J, Greaney ML, Richmond TK, Feldman HA, Osganian SK, et al. **Disordered weight control behaviors in early adolescent boys and girls of color: An under-recognized factor in the epidemic of childhood overweight.** *J Adolesc Heal* 2011; 48(1):109–12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.05.017>
2. Chacón G, Angelucci L, Quintero G. **Autoconcepto físico y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios** Autoconcepto físico y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios. *Rev Cienc UNEMI* 2016; 9(17):108–16. DOI: <http://dx.doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol9iss17.2016pp108-116p>
3. Eapen V, Mabrouk AA, Bin-Othman S. **Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates.** *Eat Behav* 2006; 7(1):53–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.07.001>
4. Musaiger AO, Al-Mannai M, Tayyem R, Al-Lalla O, Ali EYA, Kalam F, et al. **Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: A cross-cultural study.** *Appetite* 2013; 60(1):162–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.10.012>
5. Musaiger AO, Al-Mannai M, Al-Lalla O. **Risk of disordered eating attitudes among male adolescents in five emirates of the United Arab Emirates.** *Int J Eat Disord* 2014; 47(8):898–900. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22256>
6. Tam CK, Ng CF, Yu CM, Young BW. **Disordered eating attitudes and behaviours among adolescents in Hong Kong: Prevalence and correlates.** *J Paediatr Child Health* 2007; 43(12):811–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.01195.x>
7. Garner D, Garfinkel PE. **The Eating Attitudes Test: and index of the symptoms of anorexia nervosa.** *Psychol Med* 1979; 9:273–9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
8. Alvarez G, Franco K, Vázquez R, Escarria A, Haro M, Mancilla M. **Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombre y mujeres estudiantes.** *Psicol y Salud* 2003; 13(2):245–55.
9. Ortega-Luyando M, Alvarez-Rayón G, Garner DM, Amaya-Hernández A, Bautista-Díaz ML, Mancilla-Díaz JM. **Systematic review of disordered eating behaviors: Methodological considerations for epidemiological research.** *Rev Mex Trastor Aliment* 2015; 6(1):51–63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.001>
10. Vázquez R, López X, Álvarez G, Franco K, Mancilla JM. **Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados.** *Psicología Conductual* 2004; 12:415–27.
11. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. **Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo.** *Salud Pública Mex* 2004; 46(6):509–15.
12. Martínez MBA, Lamotte BV, Santoncini CU. **Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México.** *Rev Panam Salud Pública* 2012; 30(5):401–7.
13. Palma-Coca O, Hernández-Serrato MI, Villalobos-Hernández A, Unikel-Santoncini C, Olaiz-Fernández G, Bojórquez-Chapela I. **Association of socioeconomic status, problem behaviors, and disordered eating in Mexican adolescents: Results of the Mexican national health and nutrition survey 2006.** *J Adolesc Heal* 2011; 49(4):400–6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.01.019>
14. Saucedo-Molina T, Unikel Santoncini C. **Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada.** *Salud Ment* 2010; 33(1):11–9.
15. Unikel-Santoncini C, Nuño-Gutiérrez B, Celis-De la Rosa A, Saucedo-Molina TDJ, Trujillo E, García-Castro F, et al. **Conductas alimentarias de riesgo: Prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años.** *Rev Investig Clin* 2010; 62(5):424–32.
16. Rodríguez B, Oudhof B, González-Arratia N, Unikel C, Becerril, M. **Conductas alimentarias de riesgo: Prevalencia en mujeres de nivel superior del estado de México.** *Rev Científica Electrónica Psicol ICSa - UAEH* 2008; 6:159–70.
17. Unikel C, Díaz C, Rivera JA. **Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad.** *Salud Ment* 2016; 39(3):141–8. DOI: <https://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.012>
18. González-González A, Betancourt-Ocampo D, Tavel-Gelrud D, Martínez-Lanz P. **Risk eating behaviors in male and female students: A longitudinal study.** *Eat Behav* 2014; 15(2):252–4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.03.006>
19. Franco K, Martínez A, Díaz F, López A, Aguilera V, Valdés E. **Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, Mexico.** *Rev Mex Trastor Aliment* 2010; 1:102–11.

20. Saucedo-Molina, T, Amanda PI, Cortés F, Lorena T, Aurora GR, et al. **Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud.** *Rev Med UV* 2010; 1:16–23.
21. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M Hernández-Ávila M. **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales.** Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
22. Raich RM. **Una Perspectiva desde la Psicología de la Salud de la Imagen Corporal.** *Av en Psicol Latinoam* 2004; 22(1):15–27.
23. Ramos-Jiménez A. **The body shape as body image determinant in university students.** *Nutr Hosp* 2017; 34(5):1112–28. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.744>
24. Kong P, Harris LM. **The sporting body: Body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports.** *J Psychol Interdiscip Appl* 2015; 149(2):141–60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2013.846291>
25. Álvarez-Rayón G, Franco-Paredes K, López-Aguilar X, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R. **Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria.** *Rev Salud Pública* 2009;11(4):568–78.
26. Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson NI, Eisenberg ME, Loth K. **Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study.** *J Am Diet Assoc* 2011; 111(7):1004–11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012>
27. Garner D, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. **The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates.** *Psychol Med* 1982; 12:871–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700049163>
28. Franco K, Solorzano M, Díaz F, Hidalgo-Rasmussen C. **Confiabilidad y estructura factorial del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) en mujeres mexicanas.** *Rev Mex Psicol* 2016; Número especial: 30–1.
29. Vázquez R, Galán J, López X, Alvarez G, Mancilla-Díaz JM, Caballero A, et al. **Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas.** *Rev Mex Trastor Aliment* 2011; 2:42–52.
30. World Health Organization. **Growth reference 5-19 years.** Geneva: World Health Organization technical report; 2007.
31. World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation.** Geneva: World Health Organization technical report series; 2000.
32. Sociedad Mexicana de Psicología. **Código ético del psicólogo.** 4º ed. México D.F.: Trillas; 2010.
33. Secretaría de Salud. **Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.** México D.F.:Gobierno de México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2014. p. 1–31.
34. Correa N. **Análisis de la accesibilidad urbana como condición de inequidad social en los asentamientos humanos de la periferia de una ciudad media. Caso Culiacán, México.** *Rev Nodo* 2015; 19(18):98–108.
35. Bojorquez I, Saucedo-Molina T, Juárez-García F, Unikel-Santoncini C. **Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México.** *Cad Saúde Pública* 2013; 29(1):29–39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100005>
36. Saucedo-Molina T, Escamilla-Talón TA, Portillo-Noriega IE, Peña-Irecta A, Calderón-Ramos Z. **Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad.** *Rev Investig Clínica* 2008; 60:231–40.
37. León-Vázquez CD, Rivera-Márquez JA, Bojorquez-Chapela I, Unikel-Santoncini C. **Variables associated with disordered eating behaviors among freshman students from Mexico City.** *Salud Pública Mex* 2017; 59(3):258–65. DOI: <http://dx.doi.org/10.21149/8000>
38. Cañón S, Castaño J, Hoyos D, Jaramillo J, Leal D, Rincón R, et al. **Uso de internet y su relación con la salud en estudiantes universitarios de la ciudad de Manizales (Caldas-Colombia), 2015-2016.** *Arch Med (Manizales)* 2016; 16(2):312–25. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.16.2.1735.2016>

