

## Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en adolescentes de secundaria: el papel del sexo y ubicación de la escuela

### Risky eating behaviors and body dissatisfaction in secondary school adolescents: the role of sex and school location

Rosa Vargas-Almendra<sup>a</sup>, M. Leticia Bautista-Díaz<sup>b</sup>, Angélica Romero Palencia<sup>c</sup>

#### Abstract:

Among adolescents the interaction between risky eating behaviors (REB) and body dissatisfaction (BD) could negatively impact their physical and psychological health, so their timely identification is required, also the degree of association among the variables. Therefore, the objective of this research was to evaluate the association between REB and BD in secondary school adolescents. With a non-experimental design, a non-probabilistic sample of 109 adolescents participated (age range of 13-15 years;  $M = 13.47$ ;  $SD = .59$ , years), 51 (46.8%) were men and 58 (53.2%) women, enrolled to two public high schools located in two different geographical areas (Sec-A and Sec-B) of Pachuca, Hgo., who, after informed consent from their parents, answered the Eating Attitudes Questionnaire-26 (EAT-26) and the Body Image Questionnaire (BSQ). Significant associations were found between the EAT-26 and the BSQ, however women and the Sec-B students presented associations of greater magnitude, compared with men and with the Sec-A students, ( $r_s = .55$  vs.  $.53$ ;  $.62$  vs.  $.38$ ;  $p < .05$ ). It is concluded that, in adolescents, the greater the practice of CAR, the greater BD, but mainly in women and in students of a school that are far from the downtown area of Pachuca, Hgo. Therefore, psychological interventions are required to take care this population preventively.

#### Keywords:

Risky Eating Behaviors, body dissatisfaction, adolescents, sex, secondary education

#### Resumen:

En los adolescentes la interacción entre las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y la insatisfacción corporal (IC) podría impactar negativamente su salud física y psicológica, por lo que se requiere de su identificación oportuna y el grado de asociación entre las variables. Por tanto, el objetivo de esta investigación fue evaluar la asociación entre las CAR e IC en adolescentes de secundaria. Con un diseño no-experimental, participó una muestra no-probabilística de 109 adolescentes, con rango de edad de 13-15 años ( $M = 13.47$ ;  $DE = .59$ , años), 51 (46.8%) fueron hombres y 58 (53.2%) mujeres, adscritos a dos secundarias públicas ubicadas en dos zonas geográficas diferentes (Sec-A y Sec-B) de Pachuca, Hgo., quienes después de un consentimiento informado de sus padres, contestaron el Cuestionario de Actitudes Alimentarias-26 (EAT-26, por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés). Se encontraron asociaciones significativas entre el EAT-26 y el BSQ, no obstante, las mujeres y los alumnos de la Sec-B presentaron asociaciones de mayor magnitud, comparados con los hombres y con los estudiantes de la Sec-A ( $r_s = .55$  vs.  $.53$ ;  $.62$  vs.  $.38$ ;  $p < .05$ ). Se concluye que, en los adolescentes a mayor práctica de CAR, mayor IC, pero principalmente en las mujeres y en estudiantes de una secundaria que se encuentra alejada de la zona céntrica de Pachuca, Hgo., por tanto, se requiere de intervenciones psicológicas para atender a esta población de manera preventiva.

#### Palabras Clave:

<sup>a</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud, <https://orcid.org/0000-0001-9186-6683>, Email: rosa-vargas-almendra@hotmail.com

<sup>b</sup> Autor de Correspondencia, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, <https://orcid.org/0000-0003-1154-1737>, Email: psile\_7@unam.mx; psilety7@gmail.com

<sup>c</sup> Universidad La Salle Pachuca. Facultad de Ciencias Humanas, <https://orcid.org/0000-0003-0933-6937>, Email: aacrom@gmail.com

Fecha de recepción: 22/10/2020, Fecha de aceptación: 16/01/2021, Fecha de publicación: 05/06/2021

<https://doi.org/10.29057/icsa.v9i18.6571>



## Introducción

La adolescencia se define como el periodo de desarrollo del ser humano posterior a la niñez y se ubica entre los 10 y los 19 años de edad, se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y por una gran variedad de cambios biológicos, sociales y psicológicos, mismos que se pueden convertir en factores estresantes, afectando la salud física y psicológica de esta población (1,2). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada seis personas tiene entre 10 y 19 años, de las cuales 16% presenta alguna enfermedad mental (3,4).

Específicamente en México, se reportó que 24.7% de los adolescentes se encontraban afectados por uno o más problemas de salud mental, tales como trastornos del aprendizaje, de ansiedad, por déficit de atención, depresión, ansiedad, uso de sustancias, intentos de suicidio y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre otros (5). Lo que es aun más preocupante es que, estos porcentajes corresponden a datos derivados de investigaciones formales, por lo que estas cifras pueden ser superiores si se considera a aquellos adolescentes que se encuentran en zona más vulnerables o lejanas del acceso a servicios, incluso de los educativos; pero en todo caso, otro aspecto a considerar es que sólo un porcentaje bajo recibe atención psicológica, lo que puede cronificar las alteraciones psicológicas convirtiéndose en casos más complejos para su atención.

Como se mencionó, la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios, físicos, sociales y psicológicos, pero en conjunto la dimensión psicosocial juega un papel aun más notable, debido a la búsqueda de identidad o de aceptación social, lo que puede ocasionar que los adolescentes realicen cambios significativos en su comportamiento alimentario, ya sea con disminución o exceso de ingesta para controlar el peso corporal, es así que, pueden surgir las conductas alimentarias de riesgo (CAR), estas son un conjunto de acciones que si se realizan de forma frecuente, en algunos casos se pueden presentar problemas de salud como la desnutrición, bajo peso, sobrepeso u obesidad (6); y en casos extremos a la aparición de TCA (7–9). Las CAR pueden ser dietas restrictivas autoimpuestas, saltarse comidas, ayunos prolongados, conteo continuo de calorías o evitación de alimentos, entre otras, pero algunas personas llevan a cabo atracones alimentarios producto de la restricción alimentaria.

Existen diversos factores que aumentan la probabilidad de que se desencadene alguna

psicopatología alimentaria (10). Concretamente, en la dimensión biológica un factor de riesgo importante es la edad, ya que, los adolescentes no cuentan con la madurez necesaria para afrontar demandas de esta etapa (10,11). Otro de los factores de riesgo que pueden propiciar a la aparición de las CAR es la insatisfacción corporal (IC) (8), la cual supone la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo, en el campo de los TCA se ubica una distinción entre malestar corporal normativo, ya que, este es el que la mayoría de la población experimenta; en tanto que, el malestar corporal patológico es cuando las personas alteran el curso normal cotidiano de su vida, ya sea, llevando a cabo conductas o cogniciones recurrentes que atentan contra la salud física y psicológica, de este modo, se trata de un nivel superior de psicopatología, pero en todo caso contar con puntuaciones elevadas de malestar corporal normativo puede conducir a alteraciones más severas (12).

Por lo que, la percepción de la imagen corporal puede ser un desencadenador o mantenedor importante de CAR, en virtud de que, estas conductas se utilizan como un medio para lograr un cuerpo ideal. Aún cuando las CAR y la IC se observan en mayor medida en las mujeres, la cifras de los hombres va en aumento (13,15), así que los varones no escapan a las exigencias de la sociedad, por tanto, también se encuentran en constante lucha por ajustarse a un modelo corporal controlando su figura corporal a través de las CAR.

Sin embargo, persiste la dificultad para detectar y tratar los casos, lo que puede afectar la salud física y mental del adolescente, limitando las oportunidades de llevar una vida satisfactoria y de bienestar generalizado (16). A pesar de haber suficientes estudios con relación las CAR y a la IC, estos se han llevado a cabo en adolescentes mujeres de nivel medio superior y superior (17–20) siendo escasas y no concluyentes las investigaciones realizadas en adolescentes de etapa media, así como por la ubicación geográfica de la institución educativa y donde se compare por sexo en el mismo estudio. Por tanto, el objetivo de esta investigación fue evaluar la asociación entre las conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción corporal de acuerdo con el sexo y la ubicación geográfica de la escuela de procedencia. Mientras que, tres objetivos específicos fueron: 1) identificar el riesgo de TCA en la muestra total de estudio; 2) identificar el porcentaje de insatisfacción corporal en la muestra total del estudio; 3) evaluar las

diferencias entre el sexo y la ubicación geográfica respecto a las variables de estudio.

### Hipótesis estadísticas

H<sub>0</sub>: No existe asociación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en adolescentes de secundaria de acuerdo con el sexo y la escuela de procedencia.

H<sub>1</sub>: Existe asociación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal en adolescentes de secundaria, de acuerdo con el sexo y la escuela de procedencia.

### Materiales y Métodos

Diseño: no experimental, transversal de tipo prospectivo y con un alcance correlacional (21). Muestreo y tamaño de muestra: el muestreo fue no probabilístico de tipo intencional por disponibilidad. El tamaño de la muestra se calculó a priori con el programa G Power 3.1 el cual derivó un total de 115 participantes para poder calcular correlaciones entre las variables con una probabilidad máxima de error del .05 y un intervalo de confianza del 95% (22), no obstante, por acceso y disponibilidad se contó con un número menor. Participantes: 109 adolescentes residentes del estado de Hidalgo, adscritos a dos secundarias públicas, una ubicada en una zona céntrica de Pachuca, Hidalgo (Sec-A) y a otra que se encuentra en una zona más alejada del centro de Pachuca, la cual recibe alumnos de diferentes municipios del estado de Hidalgo (Sec-B).

### Instrumentos de evaluación

Prueba de Actitudes Alimentarias 26 (EAT, por sus siglas en inglés (23), validada para población Mexicana (24). Desarrollada para evaluar actitudes y conductas alimentarias de riesgo o síntomas de TCA, a través de 26 reactivos con opción de respuesta tipo Likert, el cual posee tres subescalas: 1) Dieta; 2) Bulimia y preocupación por la comida; 3) Control oral. El EAT-26 posee un punto de corte (PC) =20 para determinar presencia de CAR o riesgo de TCA. Su confiabilidad para población mexicana es alta (*Alfa de Cronbach* =.83).

Cuestionario de Imagen corporal (BSQ, por sus siglas en inglés) (25), el cual está validado en población mexicana (26). Desarrollado para evaluar la presencia de preocupación e insatisfacción con la imagen corporal, a través de 34 reactivos con opción de respuesta tipo Likert, se divide en dos factores: malestar corporal normativo y malestar corporal patológico. Posee un PC =110 para determinar la presencia de IC clínicamente relevante y

tiene una casi perfecta confiabilidad para población mexicana (*Alfa de Cronbach* = .98).

**Procedimiento.** La presente investigación cuenta con la autorización del Comité de Ética del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, el cual se considera de riesgo mínimo. Una vez presentado y aceptado el presente protocolo por las autoridades de las instituciones educativas correspondientes, se explicó a los padres de familia y adolescentes el objetivo y procedimiento de la investigación, solicitando la firma del consentimiento informado de los padres y el asentimiento de los estudiantes. En una sesión de 30 minutos, se contestaron los dos cuestionarios de autoinforme al interior de los salones de clase de cada institución, en todo momento, se encontró personal capacitado para resolver dudas y evitar sesgo en las respuestas.

**Análisis de datos.** En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos a través del paquete estadístico para las ciencias sociales versión 21 (SPSS, por sus siglas en inglés) con base a porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión; en segundo lugar se evaluaron diferencias por sexo y por escuela de procedencia con la prueba no paramétrica *U* de *Mann-Whitney* debido a que, los datos no se distribuyen normalmente (EAT-Total (*Kolmogorov-Smirnov [KS]*) = 1.84,  $p < .05$ ; BSQ-Total  $KS = 1.67$ ,  $p < .05$ ). Finalmente, se calcularon pruebas estadísticas *Rho* de *Spearman* para determinar las correlaciones bivariadas, todo lo anterior con una probabilidad de error  $p < .05$ , bilateral.

### Resultados

#### Análisis descriptivos

Participaron 109 estudiantes de secundaria, con un rango de su edad de 13 a 15 años, con una media de 13.47 ( $DE = .59$ , años), de los cuales 51(46.8%) fueron hombres y 58(53.2%) fueron mujeres.

Con base al PC =20 del EAT-26 se encontró que, 10 (9.3%) estudiantes presentan riesgo de TCA, con un rango de puntuaciones de 0 a 40. En cuanto a los tres factores de este instrumento se encontraron los siguientes estadísticos descriptivos: Dieta (*Mediana* =1, *rango mínimo* =0 y *rango máximo* =26); Bulimia y preocupación por la comida (*Mediana* =1, *rango mínimo* =0 y *rango máximo* =7); Control oral (*Mediana* =2, *rango mínimo* =0 y *rango máximo* =14).

En cuanto al BSQ, considerando el PC =110 se encontró que 16(14.7%) adolescentes, lo rebasaron, lo que demuestra que estos adolescentes tienen IC clínicamente relevante. El rango de puntuación fue 34 a 183. En cuanto a los dos factores del BSQ, concretamente para Malestar normativo se encontraron las siguientes

medidas de tendencia central y de dispersión (*Mediana* =19, *rango mínimo* =10 y *rango máximo* =60); y para insatisfacción patológica (*Mediana* =13, *rango mínimo* =10 y *rango máximo* =50).

Ahora bien, se realizó una comparación de acuerdo con el sexo, como se observa en la Tabla 1, en cuanto a las CAR, las cuales se evaluaron con el EAT-Total, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ( $U = 1380.00$ ,  $p > .05$ ). No obstante, en cuanto a la IC tomando el puntaje BSQ-Total, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres ( $U = 1083.00$ ,  $p < .05$ ), siendo el grupo de mujeres quien obtuvo un rango promedio mayor de IC (61.82) en comparación con el grupo de hombres (47.25).

Tabla 1. Rangos promedio y prueba de contraste de acuerdo con el sexo para conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal

|               | Hombres<br>Rango<br>promedio<br>(n = 51) | Mujeres<br>Rango<br>promedio<br>(n = 58) | U<br>de<br>Mann-<br>Whitney | p   |
|---------------|--|--|-----------------------------|-----|
| EAT-<br>Total | 53.10                                    | 55.71                                    | 1380.00                     | .66 |
| BSQ-<br>Total | 47.25                                    | 61.82                                    | 1083.50                     | .01 |

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnaire.

Tabla 2. Rangos promedio y prueba de contraste de acuerdo con la escuela de procedencia para conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal

|     | Secundaria A<br>Rango<br>promedio<br>(n = 59) | Secundaria B<br>Rango<br>promedio<br>(n = 50) | U<br>de<br>Mann-<br>Whitney | p   |
|-----|---|---|-----------------------------|-----|
| EAT | 47.58   | 62.53   | 935.00                      | .00 |
| BSQ | 45.85   | 65.80   | 1048.50                     | .01 |

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnaire.

Por otro lado, se realizó una comparación en cuanto a la escuela de procedencia. En la Tabla 2 se observa que, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los estudiantes de las secundarias A y B; respecto al puntaje total del EAT-26 ( $U = 1048.50$ ,  $p < .05$ ; siendo el grupo de la Sec-B quien obtuvo un *rango promedio* mayor (62.53) en comparación con la Sec-A (47.58); de la misma forma, en cuanto a IC, la Sec-B, presentó significativamente mayor rango

promedio (45.85) en comparación con la secundaria A (*rango promedio* =47.58 ).

### Análisis de asociación entre variables

Se calcularon pruebas estadísticas de asociación entre variables *Rho* de *Spearman* de acuerdo con el sexo y la escuela de procedencia. Debido a que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en una de las variables, se decidió calcular las pruebas por separado, para sexo y secundaria. En la Tabla 3 se observan las asociaciones para los hombres, respecto al EAT-Total, sus dimensiones y BSQ-Total y sus factores. Se encontraron asociaciones significativas, moderadas y positivas entre el EAT-Total y el BSQ-Total y sus dos factores, pero destaca por su magnitud el EAT-Total y BSQ-Total ( $r_s = .53$ ;  $p < .01$ ); en cuanto a la dimensión Dieta del EAT con el BSQ-Total y sus factores, las asociaciones fueron más fuertes que las del EAT-Total, destacando la de Dieta con el BSQ-Total ( $r_s = .68$ ;  $p < .01$ ); no obstante, en cuanto a Bulimia y preocupación por la comida y Control oral, no se asociaron significativamente con el BSQ-Total y sus dimensiones.

Tabla 2. Correlación entre conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para hombres

|  | BSQ-<br>Total | Malestar<br>normativo | Malestar<br>patológico |
|--|---------------|-----------------------|------------------------|
| EAT-Total                                  | .53**         | .52**                 | .51**                  |
| Dieta                                      | .68**         | .67**                 | .61**                  |
| Bulimia y<br>preocupación<br>por la comida | .28           | .29*                  | .26                    |
| Control oral                               | .21           | .22                   | .21                    |

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnaire. \* $p < .05$  \*\* $p < .01$

En la Tabla 4, se aprecian las asociaciones respecto a las mujeres. La asociación entre el EAT-Total con el BSQ- Total y sus dos factores, fueron postivas y moderadas, siendo mayor la asociación entre EAT-Total y la dimensión malestar corporal patológico del BSQ ( $r_s = .56$ ;  $p < .01$ ); en cuanto a la dimensión Dieta del EAT con el BSQ-Total y sus factores, las asociaciones fueron más fuertes que las del EAT-Total, destacando la de Dieta con la dimensión malestar corporal normativo del BSQ ( $r_s = .70$ ;  $p < .01$ ); en cuanto a Bulimia y preocupación por la comida y Control oral, no se asociaron con el BSQ-Total y sus dimensiones, exepcto Control oral con malestar patológico ( $r_s = .53$ ;  $p < .01$ ).

Respecto a la ubicación geografica de la secundaria, en la Tabla 5, se observa que el EAT-Total, sus dimensiones y el BSQ-Total y sus factores, se

asociaron de manera significativa y moderada. No obstante, la subescala de Dieta se asoció en mayor grado con el BSQ-Total en comparación con la de EAT-Total y BSQ-Total ( $r_s = .56$  vs.  $.38$ ;  $p < .01$ ). Pero la escala Bulimia y preocupación por la comida y la de Control oral, no se asociaron significativamente con el BSQ-Total y sus factores.

Tabla 3. Correlación entre conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para mujeres

|                                      | Total-BSQ | Malestar normativo | Malestar patológico |
|--------------------------------------|-----------|--------------------|---------------------|
| EAT-Total                            | .55**     | .55**              | .56**               |
| Dieta                                | .66**     | .70**              | .57**               |
| Bulimia y preocupación por la comida | .12       | .14                | .16                 |
| Control oral                         | .23       | .21                | .28**               |

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnaire. \* $p < .05$  \*\* $p < .01$

Tabla 4. Correlación entre las conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para los estudiantes de la secundaria A

|                                      | Total-BSQ | Malestar normativo | Malestar patológico |
|--------------------------------------|-----------|--------------------|---------------------|
| EAT-Total                            | .38**     | .34**              | .40**               |
| Dieta                                | .56**     | .54**              | .48**               |
| Bulimia y preocupación por la comida | .16       | .16                | .24                 |
| Control oral                         | .02       | -.02               | .07                 |

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnaire. \* $p < .05$  \*\* $p < .01$

En la Tabla 6 se muestran las asociaciones respecto a la Sec-B; entre el EAT-total y BSQ-Total y sus dos factores se identifican asociaciones significativas y moderadas, siendo mayor la asociación entre EAT-Total y la dimensión malestar corporal normativo del BSQ ( $r_s = .65$ ;  $p < .01$ ); en cuanto a la dimensión Dieta del EAT con el BSQ-Total y sus factores, las asociaciones fueron de mayor magnitud que las del EAT-Total, destacando la asociación entre Dieta con la dimensión malestar corporal normativo del BSQ ( $r_s = .74$ ;  $p < .01$ ); en cuanto a Bulimia y preocupación por la comida, no hubo asociaciones significativas con el BSQ-Total y sus dimensiones; y respecto a Control oral y BSQ-total y sus dimensiones, se encontraron asociaciones significativas, moderadas y positivas; siendo mayor la asociación entre Control oral y la dimensión malestar corporal normativo del BSQ ( $r_s = .39$ ;  $p < .01$ ).

En el campo de estudio de los TCA, de manera regular se usa el BSQ-Total para determinar la IC, así son menos los estudios los que reportan el malestar corporal

normativo y el malestar corporal patológico, pero vale la pena expresar hallazgos interesantes de la presente investigación, por ejemplo, es mayor la asociación entre IC y CAR para mujeres en comparación con los hombres tanto en el BSQ-Total, como en malestar corporal normativo y malestar corporal patológico. Asimismo, ocurre con la escuela de procedencia, en virtud de que la asociación de las tres variables con el EAT-Total son mayores para la Sec-B, corroborando que los alumnos de esta última escuela están más afectados por estas alteraciones del comportamiento alimentario.

Tabla 5. Correlación entre conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para los estudiantes de la secundaria B

|                                      | Total-BSQ | Malestar normativo | Malestar patológico |
|--------------------------------------|-----------|--------------------|---------------------|
| EAT-Total                            | .62*      | .65**              | .56**               |
| Dieta                                | .69**     | .74**              | .59**               |
| Bulimia y preocupación por la comida | .16       | .20                | .15                 |
| Control oral                         | .37**     | .39**              | .34*                |

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnaire. \* $p < .05$  \*\* $p < .01$

## Discusión

El objetivo general de esta investigación fue evaluar la asociación entre las conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción corporal de acuerdo con sexo y la ubicación geográfica de la escuela de procedencia. En tanto que, tres objetivos específicos fueron: 1) identificar el riesgo de TCA en la muestra total de estudio; 2) identificar el porcentaje de insatisfacción corporal en la muestra total del estudio; 3) evaluar las diferencias entre el sexo y la ubicación geográfica de procedencia de las secundarias respecto a las variables de estudio.

En cuanto al riesgo de TCA, el porcentaje aquí encontrado (9.3%) es mayor a lo reportado en un estudios previos, uno llevado a cabo en el estado de Jalisco (7.3%) (27) y otro en el estado de Hidalgo (5.6%) (28), así como en otros lugares de la república mexicana (29,30), por lo que la evidencia apunta a un incremento de esta psicopatología alimentaria a través del tiempo.

Respecto a IC, el porcentaje de estudiantes de secundaria identificado en este estudio (14.7%) fue menor al reportado en otros estudios (42.5% y 22%) (31,32). Una posible explicación de la variabilidad en los resultados obtenidos en diferentes estudios, es que se han analizado las variables con diferentes instrumentos y en muestras con edades diferentes (33).

En cuanto al sexo, no se encontraron diferencias significativas respecto a las CAR, esto es contrario a lo que se ha encontrado en investigaciones anteriores (27,34,35) donde las mujeres tienden a tener mayores puntajes; una explicación es que, en la actualidad, no solo las mujeres muestran preocupación por su figura corporal o el peso llevando a cabo CAR, sino que cada vez más la cultura influye para que los hombres muestren interés por una figura ideal, impuesta por la sociedad, por lo cual tienen mayor riesgo de llevar a cabo algún tipo de CAR, afectando su salud psicológica (36,37).

Sin embargo, en cuanto a la IC, las mujeres presentan significativamente mayores puntuaciones en comparación con los hombres, esto está en línea con lo reportado por otros estudios (31,38-40). Aunque, se observa una conducta diferencial, ya que, las mujeres quieren ser más delgadas y los hombres quieren ser más musculosos, pero en todo caso hay presencia de IC, lo que podría indicar que la presión ejercida por los diferentes entornos, entre los que se incluyen la familia, los pares, la influencia de la cultura, etc., es mayor en las mujeres que en los hombres, pero estos últimos también están en riesgo de desarrollar conductas que atentan contra su salud física y psicológica (39).

De la misma forma, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por escuela de procedencia respecto a CAR e IC, aquí es importante subrayar que la Sec-A, se encuentra en una zona céntrica, donde los estudiantes residen en su mayoría en la Ciudad de Pachuca, mientras que la Sec-B, -que obtuvo mayores puntajes- se encuentra en una zona más alejada del centro de Pachuca, Hgo., misma que recibe a alumnos de diferentes municipios del estado. Se ha sugerido que, las personas que viven en las zonas conurbadas presentan mayor IC, asociado a los estándares de belleza que prevalece en las grandes ciudades, por ejemplo, se ha evidenciado que un porcentaje alto de estudiantes del norte del país realizan CAR y reportan estar insatisfechos con su figura corporal, al respecto los investigadores de dicho estudio sugirieron que los hallazgos pueden deberse a la cercanía con Estados Unidos (31).

Sin embargo, los datos aquí encontrados indican lo contrario, ya que fueron los estudiantes de zonas más vulnerables los que se encuentran más insatisfechos comparados con los de la zona más urbanizada. Al respecto, existen algunas investigaciones, en las que se ha referido que las CAR y la IC, no son exclusivas de personas con cierto nivel socioeconómico, ni de lugares industrializados o urbanizados, encontrando porcentajes importantes de adolescentes de zonas menos urbanizadas con estas psicopatologías (42-44). En un estudio llevado a cabo en Querétaro, México, se evaluaron a estudiantes de secundaria de diferente localidad, una céntrica y otra más alejada, no obstante los autores tomaron a sus

muestras como una población total (15), por lo que no se cuenta con dicho referente.

No obstante, los hallazgos aquí reportados se suman a los antecedentes respecto a las CAR, IC y su vínculo con la zona geográfica, por lo que se puede decir que dichas conductas y cogniciones, se han globalizado. Sin embargo, no se debe perder de vista que los datos al respecto no son determinantes, por lo que, sería importante indagar más sobre las características sociodemográficas o de influencia sociocultural. En virtud de que otra explicación puede ser que, los estudiantes de la Sec-A, están expuestos a un mayor número de factores protectores como acceso a servicios de salud física y mental en comparación con los estudiantes de la Sec-B, que se encuentran en una zona alejada de la ciudad, pero es necesario profundizar en esta hipótesis.

Ahora bien, con relación a la asociación entre variables, la mayoría fueron significativas, moderadas y positivas entre el EAT-Total y el BSQ-Total y sus factores, para sexo y escuela de procedencia, lo que indica que a mayor realización de CAR, mayor es la IC, estos resultados coinciden con los encontrados en otras investigaciones, ya que, las adolescentes llevan a cabo diversas conductas que ponen en riesgo su salud, con el propósito de modificar su forma corporal para alcanzar un ideal corporal impuesto por la sociedad (12,31,40,44).

Las asociaciones entre la dimensión Dieta del EAT con el BSQ-Total y sus factores, para sexo y escuela; específicamente, Control oral y malestar corporal normativo, para la Sec-B indican que a mayor malestar corporal patológico, mayor dieta restrictiva y comportamientos compensatorios para modificar la percepción de la imagen corporal. Esto quizá se deba a que la imagen corporal influye en los pensamientos, sentimientos y conductas, por lo que, si la forma en la que una persona piensa y se siente sobre sí misma con relación a su cuerpo, está distorsionada o es negativa, puede afectar emocional y conductualmente hasta el punto de implementar alguna CAR para modificar su apariencia y en casos extremos desarrollar condiciones clínicas como los TCA (43,44-48).

Respecto al sexo, aunque se ha establecido que la IC y las CAR se presentan en mayor medida en las mujeres, cabe destacar que en los últimos años la presencia de CAR en hombres va en aumento y que las asociaciones que se observan entre hombres y mujeres respecto a estas psicopatologías son muy similares (13-15).

Las CAR, son patrones alterados de la alimentación que si se realizan de forma frecuente y con cierta morfología, es decir, con disminución o aumento de la ingesta de alimentos, en algunos casos pueden conducir a problemas de salud como bajo peso, sobrepeso u obesidad; y en casos extremos al desarrollo

de TCA. Mientras que, la IC la cual se refiere a la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo se considera un factor de riesgo para las CAR: ambos constructos son clínicamente relevantes, ya que, si no se atienden oportunamente, podrían generar complicaciones psicológicas, complejizando su tratamiento.

Se concluye que, la cifras de CAR van en aumento y es claro que a mayor IC mayor realización de CAR, esto tanto en hombres, como en mujeres, pero en mayor magnitud en escuelas alejadas de la zona centro de Pachuca. De este modo, la IC es un factor de riesgo para la salud física y psicológica de los adolescentes hombres o mujeres. Así la adolescencia es una etapa adecuada para prevenir y generar planes de acción, para ayudar a disminuir la IC, por tanto la presencia de CAR, por lo que el diseño de intervenciones psicológicas debe considerar el abordaje de estas variables, para coadyuvar en la salud de esta población, con el propósito final de convertir algunas conductas o cogniciones, en factores protectores.

Una limitación del estudio fue no contar con la muestra sugerida por el software estadístico de cálculo de tamaño de muestra, por lo que se sugiere que futuros estudios calculen el poder estadístico de las pruebas. Además, evaluar las variables de estudio con muestras más amplias y equivalentes en edad y sexo, así como de diferentes zonas geográficas para contar con datos más robustos. Asimismo, se sugiere evaluar el papel que juegan las variables peso o IMC sobre las variables aquí estudiadas.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. El desarrollo en la adolescencia [Internet]. Ginebra. 2020 [cited 2020 Aug 19]. p. 95-164. Available from: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
2. Papalia DE, Feldman R, Martorell G. Desarrollo humano. 12th ed. McGraw-Hill, editor. México; 2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 31]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
4. Erskine HE, Baxter AJ, Patton G, Moffitt TE, Patel V, Whiteford HA, et al. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(4):395-402.
5. Secretaría de Salud Pública de México, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de salud mental en México. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. 2011.
6. Almuhlaifi M, Jamilah KA, Almutairi AF, Salam M. Relationship between early menarche, obesity, and disordered eating behaviors: A school-based cross-sectional survey in Northern Saudi Arabia. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther*. 2018;11:743-751.
7. Unikel C, Nuño B, Celis A, Saucedo TJ, Trujillo EM, García F, et al. Conductas alimentarias de riesgo: Prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Rev Investig Clin*. 2010;62(5):424-432.
8. Saucedo-Molina TJ, Unikel 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):11-19.
9. Bartholdy S, Allen K, Hodsoll J, O'Daly OG, Campbell IC, Banaschewski T, et al. Identifying disordered eating behaviours in adolescents: how do parent and adolescent reports differ by sex and age? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(6):691-701.
10. UnikelC, Díaz de León C, Rivera JA. Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2017.
11. Waseem F, Ahmad LM. Prevalence of disordered eating attitudes among adolescent girls in Arar City, Kingdom of Saudi Arabia. *Heal Psychol Res*. 2018;6(1),29.
12. Berengüí R, Castejón MÁ, Torregrosa MS. Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2016;7(1):1-8.
13. Castillo AD. Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior. Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.
14. Trejo PM, Castro D, Facio A, Mollinedo FE, Valdez G. Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010; 6: 144-154.
15. Gayou-Esteva U, Ribeiro-Toral R. Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Rev Mex Tras Alime* 2014(5):115-123
16. Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Carmen H, Alonso M, García J, Montón C. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria*. 2018 May 1;50(1):83-108.
17. Shaw H, Stice E, Becker CB. Preventing eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009 Jan;18(1):199-207.
18. Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau JM. Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Acute effectiveness of these delivery modalities. *J Consult Clin Psychol*. 2017

- Sep;85(9):883-895.
19. Winzelberg AJ, Eppstein D, Eldredge KL, Wilfley D, Dasmahapatra R, Dev P, et al. Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2000 Apr;68(2):346-350.
  20. De la Vega RI, Gómez-Peresmitré G. Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. 2012;22(55):225-234.
  21. Saucedo-Molina TJ, Villarreal Castillo M, Oliva Macías LA, Unikel Santoncini C, Guzmán Saldaña RME. Disordered eating behaviours and sedentary lifestyle prevention among young Mexicans: A pilot study. *Health Educ J.* 2018 Dec 25;77(8):872-883.
  22. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6th ed. México; 2014.
  23. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. In: *Behavior Research Methods.* 2007;175-191.
  24. Garner D, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982;12:871-878.
  25. 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 esp:30-31.
  26. Cooper P, Taylor M, Cooper Z, Fairbum CD. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987;6(4):485-494.
  27. Vázquez R, Galán J, Lopez X, Alvarez GL, Mancilla JM, Caballero Romo A, Unikel C. Validity of Body Shape Questionnaire. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2011;2:42-52.
  28. Caldera IA, Martín del Campo P, Caldera Montes JF, Reynoso OU, Zamora M R. Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2019;10(1):22-31.
  29. Saucedo-Molina TJ, Villareal M, Oliva L, Unikel C, Guzmán R. Disordered eating behaviours and sedentary lifestyle prevention among young Mexicans : a pilot study. 2018;77(8):872-883.
  30. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela L, Villatoro-Velázquez J, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora Icaza ME. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev Investig clínica.* 2006;58(1):15-27.
  31. Ávila MJ, Jáuregui JA. Comportamientos de riesgo de trastorno alimentario entre los adolescentes y jóvenes de Nuevo León. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2015;6(1):1-12.
  32. Ramírez M, Torres P. Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal. Universidad Nacional de San Agustín De Arequipa; 2018.
  33. Guadarrama R, Carrillo Arellano SS, Márquez Mendoza O, Hernández Navor JC, Veytia López M. Insatisfacción corporal e ideación suicida en adolescentes estudiantes del Estado de México. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2014;5(2):98-106.
  34. Bautista-Díaz L, Castelán-Olivares AI, Martín-Tovar A, Franco-Paredes K, Mancilla-Díaz JM. Conductas alimentarias de riesgo, percepción de prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria. *Interacciones.* 2020;6(3):1-10.
  35. Nuño-Gutiérrez LB, Celis-De La Rosa A, Unikel-Santoncini C. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Rev Investig Clínica.* 2009;61:286-293.
  36. Barriguete-Meléndez JA, Unikel-Santoncini C, Aguilar-Salinas C, Córdoba-Villalobos JÁ, Shamah T, Barquera S, et al. Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico (Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Publica Mex.* 2009;51(Sup.4):648-644.
  37. Radilla CC, Vega y León S, Gutiérrez Tolentino R, Barquera S, Barriguete JA, Coronel S. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. 2015;21(1):15-21.
  38. Quintero Gutiérrez AG, González Rosendo G, Gutiérrez Trujillo J, Puga Díaz R, Villanueva Sánchez J. Prevalence of risk eating behaviors and metabolic syndrome in teenage school students of Morelos state. *Nutr Hosp.* 2018 Jul 1;35(4):796-804.
  39. Rodríguez-Ruiz S, Ortega-Roldán B, Delgado FR, Mata JL. La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anu Psicol clínica y la salud.* 2013;9:21-33.
  40. Jiménez P, Jiménez A, Bacardi M, Jiménez-Flores P, Jiménez-Cruz A, Bacardí-Gascón M. Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2017. 30;34(2):479-489.
  41. Bojórquez 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.
  42. Franco-Paredes K, Díaz-Reséndiz F, Bautista-Díaz ML. Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Archiv Medici (Maniz),* 2019(2):303-312.
  43. 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;1:102-111.

44. MacNeill LP, Best LA, Davis LL. The role of personality in body image dissatisfaction and disordered eating: Discrepancies between men and women. *J Eat Disord.* 2017;5(1):1-9.
45. Figueroa-Rodríguez A, García-Rocha O, Revilla-Reyes A, Villarreal-Caballero L, Unikel-Santoncini C. Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2010;48(1):31-38.
46. Sanchez I, Rossano B. Insatisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural. Universidad Autónoma Del Estado de México; 2012.
47. Soohinda G, Mishra D, Sampath H, Dutta S. Body dissatisfaction and its relation to Big Five personality factors and self-esteem in young adult college women in India. *Indian J Psychiatry.* 2019;61(4):400-404.
48. Behar R, Gramegna G, Arancibia M. Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neurop.* 2014;(52):103-114.