

INFLUENCIA DE LA INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, AUTOCONCEPTO FÍSICO, Y SEXO SOBRE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

GRICEL CHACÓN, LUISA ANGELUCCI Y TAYRUMA FERNÁNDEZ
Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello.
gricel.veronica@gmail.com, langelucc@ucab.edu.ve,
tayruma.nfg@gmail.com

Resumen

La presente investigación evaluó la influencia de la insatisfacción con la figura corporal, el índice de masa corporal, el autoconcepto físico y el sexo sobre las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en 400 estudiantes universitarios de 17 a 21 años, 43% mujeres. Mediante un análisis de regresión se obtuvo que un mayor autoconcepto de habilidad y condición física, un mayor IMC, mayores niveles de insatisfacción/preocupación por la figura corporal, menos insatisfacción reflejada en actos y emociones asociados a la figura y el ser mujer conlleva realizar CAR de tipo compensatorias/purgativas. Por otro lado, a mayores niveles de preocupación por la figura y ser hombre, mayor tendencia a realizar CAR de tipo atracones. Los resultados permiten comprender el fenómeno de las CAR desde la perspectiva psicológica y vislumbra posibles intervenciones en el área.

Palabras clave: conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción con la imagen corporal, IMC, sexo, autoconcepto físico.

Recibido: 20 de marzo de 2015
Aceptado: 30 de junio de 2015
Publicado: 31 de julio de 2015



INFLUENCE OF DISSATISFACTION WITH BODY IMAGE, BODY MASS INDEX, PHYSICAL SELF AND GENDER ON DIETARY RISK BEHAVIORS IN COLLEGE STUDENTS

GRICEL CHACÓN, LUISA ANGELUCCI Y TAYRUMA FERNÁNDEZ
Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello.
gricel.veronica@gmail.com, langelucc@ucab.edu.ve,
tayruma.nfg@gmail.com

Abstract

The present research evaluated the influence of body image, body mass index, physical self, and sex on eating behavior of risk in 400 university students from 17 to 21 years old, 43% were women. By regression analysis, it was obtained that a bigger autoconcept of ability and physical condition, as well as having a high body mass index, high levels of dissatisfaction/concern by the body figure, less dissatisfaction reflected in acts and emotions associated to the figure and being a women influence directly on eating behavior of risk, compensatory/purgative types. At higher levels of concern for the figure and being a man there is a strong tendency to have an eating behavior of risk, binge type. The results allow to understand the phenomenon of eating behavior of risk from a psychological perspective and display different possible interventions in this area.

Key words: CAR, dissatisfaction with body image, BMI, gender, physical self.

Received: Mar 20, 2015

Accepted: Jun 30, 2015

Published: Jul 31, 2015

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, bajo una perspectiva biopsicosocial (APA, 2002). Enmarcado en este modelo, los estilos de vida se convierten en importantes factores que contribuyen a mantener y promover la salud (Angelucci, 2013).

Los estilos de vida se definen como patrones conductuales –formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y constituyen un modo habitual de responder a diferentes situaciones– que guardan una estrecha relación con la salud (Guerrero, 2010), resaltándose en este trabajo la conducta alimentaria. Esta conducta se entiende como un conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural de ingerir alimentos (Lora-Cortez y De Jesús, 2006). Cuando esta conducta alimentaria se ve alterada, se da paso a los llamados trastornos alimentarios (TCA), los cuales se clasifican en: 1) anorexia nerviosa (AN), 2) bulimia nerviosa (BN), 3) trastornos de la ingesta compulsiva (TIC) y 4) trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), (DSM-IV-TR), (APA, 2002).

Así, dentro de los TCA se presentan como síntomas las conductas alimentarias de riesgo (CAR), las cuales hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA (Celis, Hunot, Vásquez y Vizmanos, 2008). Saucedo-Molina y Unikel (2010) entienden a las conductas alimentarias de riesgo como manifestaciones conductuales de los trastornos de conducta alimentaria que se realizan, con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal. Estas conductas se pueden dividir en: (a) conductas purgativas: episodios caracterizados por la implementación de vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, entre otros, con el fin de bajar de peso; (b) conductas compensatorias: se refieren a los distintos métodos que utilizan las personas para compensar el atracón; y (c) los atracones: se ingiere una gran cantidad de alimento en poco tiempo y generalmente en secreto.

También se habla de conductas alimentarias de compensación psicológica cuando la persona realiza conductas alimentarias inapropiadas, relacionadas con la ingestión no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar

esas sensaciones displacenteras (García, 2007) y la conducta de presentar una tendencia repetitiva de autoprivación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal, se le denomina dieta crónica o restringida. De esta manera, las CAR pueden ser síntomas de los TCA, precedentes de los mismos o conductas que se constituyen en un riesgo importante para la salud en general (Borrego-Rosas, 2010).

Existen diversas posturas teóricas que han intentado proporcionar una explicación a la etiología de las CAR. Según Celis et al. (2008), en las teorías biológicas se propone que la conducta alimentaria de riesgo o alterada es producto de posibles determinantes genéticos que llevan a un grado de vulnerabilidad biológica. Autores como Osorio, Weisstaub y Castillo (2002) proponen que el cuidado de las conductas alimentarias se debe realizar a edades tempranas y en etapas críticas de la vida. Específicamente, en la adolescencia, dado que ocurren cambios físicos y endocrinos que ocasionan motivaciones para iniciar restricciones alimentarias y una disminución del peso y con ello posibles CAR (Celis et al., 2008).

En la actualidad no se encuentra suficiente información que corrobore los postulados presentados por las teorías biológicas. Sin embargo, el comportamiento dietético que presenta un individuo al atravesar por la serie de cambios físicos y biológicos mencionados anteriormente es un importante factor de riesgo en la patogenia de las CAR (Toro, 2000).

Por su parte, posturas psicológicas sugieren un conjunto de factores personales que pudieran incidir en la aparición y mantenimiento de las CAR. Por ejemplo, los conflictos que se generan a partir de experiencias tempranas y familiares, pueden generar una predisposición psicológica a CAR. Se ha observado que en las familias de pacientes con CAR emiten generalmente mensajes confusos a sus hijos, son padres sobreprotectores y controladores que pueden evadir la expresión de la emoción y el cariño (Unikel y Gómez-Persmitré, 2004).

En el mismo orden de ideas, Unikel y Gómez-Persmitré (2004) proponen otros factores de riesgo de las CAR como experiencias de abuso sexual, pérdida de un ser querido, rompimiento de una relación importante, el divorcio de los padres, el cambio geográfico, la presencia de trastornos afectivos, baja autoestima, necesidad de aprobación, dificultad para expresar sentimientos, evasión de conflictos, pensamiento rígido, ausencia de autocontrol, perfeccionismo y problemas de identidad.

En los modelos psicosociales se establece que las presiones sociales tienen una influencia sobre el comportamiento dietético de una persona, encontrándose mayor prevalencia de alteraciones de la alimentación en poblaciones con mayores presiones hacia el “ser delgado”, tales como mujeres, sociedades occidentalizadas y profesiones de “alto riesgo” como bailarinas o modelos. Se dice que los hombres están menos influenciados por esta presión y entre los hombres el grupo más vulnerable lo representa los homosexuales. La tendencia a iniciar una dieta o conductas purgativas se suscita generalmente como respuesta a una presión social para lograr una figura corporal (Celis et al., 2008).

El medio ambiente social y cultural promueve conductas alimentarias de riesgo por dos factores principales que aparecieron en el siglo xx y han modificado las expectativas de género. El primero, de una mujer ideal dedicada únicamente a las tareas del hogar se ha pasado a una mujer ideal de excelencia en áreas diversas; el segundo, existencia de un medio social que valora la belleza como una característica central de las mujeres, y que considera la figura delgada un componente principal de esta belleza. A través de los medios de comunicación se muestran estos ideales poco realistas, lo que genera insatisfacción en las mujeres y en consecuencia mayor tendencia a cometer CAR (Borjorquez, Saucedo-Molina, Juárez-García y Unikel-Santoncini, 2013).

Con respecto a las diferencias por sexo, Gempeler (2006) expresa que aunque los TCA son una enfermedad prioritariamente femenina, se presentan igualmente en hombres, sin embargo, se ha descuidado el reporte de los casos masculinos. Basada en la elaboración de cuatro subtipos clínicos de TCA en hombres, encontró que la mayoría de los pacientes evaluados manifestó trastornos del subtipo impulsivo, generalmente personas con sobrepeso, donde la restricción de comida no es exitosa y se quiebra con sobreconsumos que pueden o no ser compensados (con purgas autoinducidas o con ejercicio); específicamente halló 6 hombres por atracones, 2 con bulimia nerviosa I, 1 con bulimia nerviosa II y 2 con anorexia nerviosa II. Siete hombres con subtipo obsesivo, donde si la restricción de comida es exitosa, la restricción se mantiene y aparecen los cuadros de anorexia nerviosa I, y, finalmente un paciente con fobia a la comida, del subtipo evitativo, donde no hay preocupaciones sobre la forma ni por el peso del cuerpo, pero sí por el contenido de la comida. No hubo representantes del cuarto subtipo, que estaría constituido por sujetos con rasgos obsesivos marcados, en quienes la preocupación por la forma desencadena una alteración de su ingesta

alimentaria (dietas hiperproteicas), la realización de ejercicio de manera exagerada, en busca del desarrollo muscular y el consumo de esteroides.

Para Gempeler (2006), las mujeres con TCA, cuando hacen dieta se sienten en sobrepeso, mientras que los hombres con TCA que hacen dieta generalmente están en sobrepeso o tienen historia de obesidad. Así, mientras las mujeres buscan la delgadez, los hombres parecen buscar un cuerpo musculoso, sin grasa. Para Grabhorn, Kopp, Gitzinger, Von Wietersheim y Kaufhold (2003), la diferencia en la presentación de los TCA entre hombres y mujeres parece estar más asociada con la experiencia corporal que con la presencia de síntomas alimentarios.

Por otro lado, el ideal estético corporal muchas veces es biogenéticamente difícil de conseguir y facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo la insatisfacción corporal (Behar, 2010). Se ha postulado que la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción de la misma son factores que se encuentran altamente relacionados con CAR. Según Schilder (c.p. Raich, 2004), la imagen corporal es un constructo que implica lo que se piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación con el propio cuerpo. Indica que la imagen corporal es la figura del propio cuerpo ubicada en la mente, es decir, la forma en la cual el cuerpo se encuentra representado. En esta afirmación se ve implicada la idea de que la imagen corporal no es necesariamente consistente con la apariencia física real.

Según Cruz, Rodríguez y Salaberria (2007), la insatisfacción con la imagen corporal y específicamente con el peso corporal se relaciona con el uso de conductas para ser delgado, como la realización de dietas, uso de laxantes, purgantes, ejercicios físicos específicos, además del inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, de forma reiterada y con demandas irracionales (Sepúlveda, Botella y León, 2001).

Acosta y Gómez (2003) realizaron un estudio en el que evaluaron la relación existente entre la insatisfacción corporal y el seguimiento de dieta en adolescentes de España y México. La muestra estuvo compuesta por 770 estudiantes, con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años. Se encontró un mayor porcentaje de adolescentes insatisfechos que satisfechos con su imagen corporal, más mujeres insatisfechas que hombres, y dicha insatisfacción fue diferente según el sexo, pues la de los hombres se debió a que querían estar más fornidos, con músculo (no con grasa), mientras que las mujeres querían estar más delgadas, independientemente del peso

real que tenían. Con respecto al factor de dieta crónica y restrictiva, se encontró que las mujeres se preocupaban más por llevar a cabo un régimen alimentario restrictivo y en cuanto a la relación entre insatisfacción corporal y dieta se encontró que las mujeres poseen mayores niveles de insatisfacción y mayor prevalencia a llevar a cabo el seguimiento de dietas en comparación con los hombres. Cruz y Maganto (2002) postulan, en este sentido, que la distorsión y la insatisfacción de la imagen corporal se dan con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el sexo masculino.

Behar, De la Barrera y Michelotti (2002) asociaron el rol sexual con características tanto psicológicas como comportamentales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria. La muestra estuvo compuesta por 119 mujeres con trastorno de la conducta alimentaria, 89 hombres sin trastorno y 63 mujeres sin trastorno, todos chilenos. Se obtuvo que en los grupos de mujeres sin trastorno prevaleció las categorías femenina, en las mujeres con trastorno la andrógina e indiferenciada y en los hombres, la masculina. Igualmente se encontró que los sujetos femeninos, aun siendo no portadoras de una patología alimentaria, se perfilaron más motivados para alcanzar la delgadez y estuvieron más insatisfechos con su corporalidad en mayor medida que los sujetos masculinos, lo que podría representar condiciones propicias para un eventual desarrollo de un trastorno alimentario.

Otro de los factores psicológicos que han mostrado concordancia con las CAR es el autoconcepto. Byrne y Shavelson (1976) definen autoconcepto como “las percepciones de una persona que se forman a partir de la experiencia y de las interpretaciones de su ambiente. Se encuentra influido especialmente por las evaluaciones de los otros significativos, los reforzadores y las atribuciones de la persona sobre su propia conducta” (p. 71). Para Guillén y Ramírez (2011), el autoconcepto se refiere a los descriptores o etiquetas que un individuo se atribuye, a menudo relacionados con los atributos físicos, características de comportamiento y cualidades emocionales, donde estos autoatributos poseen una naturaleza descriptiva y evaluativa. A partir de la postura de Shavelson, Hubner y Stanton (1976) predominan los modelos multidimensionales, en los que se sugiere la diversidad de dimensiones del autoconcepto, según la naturaleza familiar, social, emocional, física o académica del sujeto. Marsh y Roche (1996) ampliaron la definición de autoconcepto global, proponiendo que, además de ser jerárquico y multidimensional, es un constructo global.

Bajo esta posición, Shavelson et al. (1976) plantean que el autoconcepto está compuesto por el autoconcepto académico y el autoconcepto no

académico, que se divide a su vez, en autoconcepto social, emocional y físico. El autoconcepto físico es definido por Reigal-Garrido, Videra-García, Parra-Flores y Juárez-Ruiz de Mier (2012) como el conjunto de percepciones que posee una persona sobre su habilidad y apariencia física. Al estudiar el autoconcepto físico se ha encontrado que está relacionado con la práctica deportiva, estilo de vida, consumo de sustancias nocivas para la salud y con las CAR.

Gracia, Marcó, Fernández y Juan (1999) investigaron las diferencias en la estructura del autoconcepto en su dimensión física en función del sexo, la influencia del modelo estético y la insatisfacción con la imagen corporal. La muestra estuvo conformada por 465 adolescentes españoles entre los 14 y 18 años. Los resultados mostraron que existían diferencias en cuanto al sexo en lo que se refiere al autoconcepto físico, resultando los hombres más positivos en cuanto a la valoración de su aspecto físico. Por otra parte, el grupo de mujeres muestra mayor influencia sociocultural del modelo estético y mayores niveles de insatisfacción con la imagen corporal. Con esta investigación se puede evidenciar que la alteración de la imagen corporal o incluso de los trastornos de alimentación se deba en mayor medida a la influencia del sexo (en este caso ser mujer), bajo autoconcepto y el modelo estético corporal.

Por otra parte, las CAR también se han relacionado con el índice de masa corporal (IMC), el cual se entiende como el autorreporte de la fracción entre el peso en kilogramos y la altura al cuadrado de cada individuo (Merino, Pombo y Godás, 2001). Saucedo-Molina y Unikel (2010) realizaron un estudio con 845 sujetos (381 hombres y 464 mujeres) entre 15 y 17 años de edad, en el cual encontraron en adolescentes y jóvenes que un mayor IMC se asociaba a mayores CAR, relación que se daba con mayor incidencia en el sexo femenino.

Cruz y Maganto (2002) evaluaron las alteraciones de la imagen corporal, el IMC y la conducta alimentaria. La muestra estuvo compuesta por 200 adolescentes de 14 a 17 años, 104 chicos y 96 chicas de clase media-alta, de una zona urbana. Los resultados indicaron que las variables que explicaban las variaciones del EAT fueron únicamente la insatisfacción de la imagen corporal y el IMC, explicando en conjunto el 21% de la varianza del EAT. Así, cuanto más insatisfecho con la percepción de la imagen corporal esté la persona y cuanto menor sea el índice de masa corporal, mayor será el riesgo de padecer un trastorno alimentario.

Lora-Cortez y De Jesús (2006) realizaron una investigación con una muestra de 659 mujeres adultas mexicanas entre los 25 y 45 años de edad, la cual tenía como objetivo analizar la relación que existía entre el IMC, CAR y la percepción e insatisfacción con la imagen corporal. Se halló que, en lo referente al IMC, 1,1% de las mujeres reportó tener bajo peso, 53,6% peso normal, 32,3% sobrepeso, 12,4% obesidad y 0,6% obesidad severa. En cuanto a la percepción de la propia imagen corporal, 0,9% se percibió como muy delgadas, 15,3% como delgadas, 44,4% como normales, 32,6% con sobrepeso y 6,8% con obesidad. Del mismo modo, 78,8% de las mujeres se encontraban insatisfechas con su imagen corporal, 70,1% reportó querer ser más delgada y 8,7% ser más robusta. Las CAR con mayores porcentajes fueron las compensatorias (17,3%) y comer compulsivamente (12%), mientras que el menor porcentaje fueron para las dietas restrictivas (5,5%). Así mismo, se encontró que a mayor IMC, mayores CAR y a mayor edad y a mayor IMC, mayor insatisfacción con la imagen corporal.

Es evidente que existen un conjunto de factores que se encuentran asociados a las CAR, algunos de los cuales se han manejado de manera conjunta y otros de forma aislada. Tomando en cuenta esto y la necesidad de realizar estudios predictivos y multivariados en el área (Kerlinger y Lee, 2002), el propósito de la presente investigación es determinar la influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal, el autoconcepto físico y el sexo sobre las CAR en estudiantes universitarios.

Se presupone que el encontrarse insatisfecho con la propia imagen corporal, el poseer una alta proporción en cuanto al índice de masa corporal, tener un bajo autoconcepto físico y el ser mujer conducirá en mayor medida a presentar conductas alimentarias de riesgo.

MÉTODO

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación se fundamenta en la clasificación propuesta por Kerlinger y Lee (2002) según el grado de control sobre las variables, en donde la presente se ubica en las investigaciones no experimentales, debido a que las variables propuestas en esta investigación (conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, autoconcepto, sexo y orientación sexual) no son manipuladas, pues son inherentes a los sujetos de investigación. A su vez, según el lugar donde se

realiza, esta investigación se clasifica como un estudio de campo, debido a que las variables serán utilizadas en un contexto natural no controlado (Kerlinger y Lee, 2002).

El tipo de diseño es de tipo prospectivo de caso único, dado que se “estudia el efecto de un conjunto de variables independientes que se miden en una única muestra, lo más grande y representativa posible, antes que aparezcan sus valores en la variable dependiente” (Montero y León, 2005, p. 122) y de corte transversal, ya que dichas variables serán medidas una vez presentadas por los individuos, tomando una sola medida en el tiempo.

MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 400 estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello, tanto hombres (57,3%) como mujeres (42,8%), con una edad promedio de 19 años, entre 17 y 21 años ($S=1,17$). Los estudiantes cursaban las carreras de Administración y Contaduría (24%), Comunicación Social (25%), Ingeniería (25%) y Psicología (26%), con nivel socioeconómico medio-medio bajo. La distribución por semestre fue la siguiente: primer semestre 16,3%, segundo semestre 39,5%, tercer semestre 8,0% y cuarto semestre 36,3%, en los horarios matutino y vespertino.

La muestra se determinó utilizando un muestreo tipo probabilístico por racimos en su primera fase, escogiéndose las carreras estudiadas al azar; luego en cada una de las carreras se seleccionaron a los estudiantes de manera propositiva (Kerlinger y Lee, 2002). La participación fue voluntaria y previo consentimiento informado.

INSTRUMENTOS

Hoja de datos de identificación: Se indagó sobre sexo, peso, talla, edad y orientación sexual de cada participante.

Conductas alimentarias de riesgo. Fueron medidas a través del cuestionario breve de conducta alimentaria de riesgo (CBCAR) de Bojórquez, Carreño y Unikel (2004). El cuestionario fue elaborado a partir de los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV), del apartado de trastornos de conducta alimentaria y está conformado por 10 ítems, dividido en tres factores específicos: a) conductas compensatorias, b) conductas purgativas y c) atracones. *Se administra de*

manera individual o colectiva en un tiempo aproximado de 6 a 8 minutos. Se diseñó para adolescentes y consta de validez y adecuada confiabilidad.

La escala se compone de cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca (0), a veces (1), con frecuencia (dos veces en una semana) (2) y con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana) (3). La mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria (Bojórquez et al., 2004).

En la presente investigación se modificaron algunos reactivos y se agregaron dos al factor atracones por sugerencia de jueces expertos. Al calcular la confiabilidad para esta nueva versión se halló un buen coeficiente alfa de Cronbach (0,77). Al realizar un análisis de componentes principales con autovalor de 1,5 se obtuvieron dos factores; el primero se denominó conductas alimentarias tipo compensatorias/purgativas y el segundo conductas alimentarias tipo atracones.

Insatisfacción corporal: Se usó la adaptación de Guzmán (2007) a la versión de Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater (1996) del Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Consta de 30 ítems que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción/preocupación por el peso y línea, el cual es muy útil para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios (Raich y cols., 1996). La administración puede ser tanto individual como colectiva, en un tiempo aproximado de 15 minutos. La prueba está diseñada para adolescentes.

Se puntúa con una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta: nunca (0), raramente (1), algunas veces (2), a menudo (3), muy a menudo (4), siempre (5). Mayor puntaje mayor insatisfacción. Bayle, Molina, Ochoa y Villarreal (2013) proponen además una clasificación en cuatro categorías: <81 no hay insatisfacción corporal; 81-110 leve insatisfacción corporal; 111-140 moderada insatisfacción corporal; >140 extrema insatisfacción corporal. Presenta propiedades psicométricas satisfactorias (Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu, 2010). La escala original reporta una estructura monofactorial (Guzmán, 2007; Raich et al., 1996), sin embargo, Sánchez-Sosa et al. (2010) indican que es multidimensional.

En la presente investigación se halló alta confiabilidad alfa de 0,96. Al realizar un análisis de componentes principales con autovalor de 1,5 se

obtuvieron dos factores. El primer componente se denominó preocupación por la figura corporal y, el segundo, actos y emociones asociados a la figura corporal.

Autoconcepto físico. Se midió a través del cuestionario de autoconcepto físico (AFI) elaborado por Esnaola-Etxaniz (2005). Posee un total de 30 ítems, que se componen de 16 ítems positivos y 14 negativos con 6 subescalas: habilidad física, condición física, atractivo físico, fuerza, autoconcepto *físico general* y autoconcepto general. Es aplicable a partir de la adolescencia (12 años) hasta la tercera edad.

Se compone de una escala tipo Likert que puntúa entre 1 y 5: falso (1), casi siempre falso (2), a veces verdadero/falso (3), casi siempre verdadero (4) y verdadero (5). Un mayor puntaje indica un mayor autoconcepto positivo.

La consistencia interna es satisfactoria y la estructura factorial consistente (Esnaola-Etxaniz, 2005). Sin embargo, en la presente investigación, luego de una revisión por jueces expertos, se hicieron modificaciones de redacción de los reactivos. Se obtuvo una alta confiabilidad de 0,92 por medio del coeficiente alfa de Cronbach y mediante un análisis de componentes principales, con autovalor de 1,5, y se obtuvieron tres factores: el primer componente se denominó satisfacción física, el segundo fue llamado habilidad, fuerza y condición física y el tercer componente atractivo físico general.

RESULTADOS

ANÁLISIS DE DESCRIPTIVOS

A partir del análisis de los estadísticos descriptivos de todas las variables estudiadas (véase cuadro 1) se observa que los estudiantes tienen una baja prevalencia de conductas alimentarias tipo atracón y de tipo purgativa/compensatoria, aunque con una alta dispersión, que indica la presencia de estas CAR en un grupo de estos estudiantes. Igual sucede con la satisfacción corporal, ya que presentan bajos y muy escasos niveles de preocupación por la figura corporal y de emociones asociadas a la figura corporal, respectivamente, sin embargo, una alta heterogeneidad en la distribución. Por su parte, presentan moderados-altos niveles en autoconcepto en cuanto a su satisfacción física, en el de habilidad, fuerza y condición física y en el autoconcepto atractivo físico general, siendo homogénea la distribución.

El IMC promedio se encuentra entre límites normales, aunque la muestra tiende al bajo peso (infrapeso).

Cuadro 1
Descriptivos de las variables

VARIABLE	MIN	MAX	MEDIA	DESVIACIÓN	ASIMETRÍA	CURTOSIS
CAR: compensatorias/ purgativas	0	18	4,24	3,48	0,84	0,59
CAR: atracones	0	12	3,07	2,65	1,05	0,65
Insatisfacción de la preocupación por la figura corporal	0	101	24,96	23,24	1,21	0,89
Insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal	0	35	3,23	5,44	2,56	7,48
Autoconcepto de la satisfacción física	14	66	36,52	7,21	-0,34	0,45
Autoconcepto de la habilidad, fuerza y condición física	14	56	40,05	8,8	-0,34	-0,25
Autoconcepto del atractivo físico general	8	47	18,39	3,76	0,83	7,47
IMC	14,69	62,5	22,494	4,27	2,83	19,98

Así mismo, para describir las relaciones entre las variables se calculó el coeficiente de correlación r de Pearson (véase cuadro 2). Se puede evidenciar que la conducta purgativa tiene relación con todas las variables predictoras, a excepción del autoconcepto físico por habilidad y fuerza. La conducta atracones presenta la misma tendencia, aunque tampoco correlaciona con el sexo.

Cuadro 2

Matriz correlaciones entre las variables

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Conducta purgativa	1	,32**	-,39**	-,04	-,22**	,75**	,45**	,29**	-,27**
2 Atracones		1	-,17**	,04	-,10*	,30**	,23**	,20**	,09
3 Autoconcepto satisfacción física			1	,40**	,73**	-,64**	-,51**	-,21**	,10*
4 Autoconcepto habilidad-fuerza				1	,481**	-,26**	-,19**	,03	,29**
5 Autoconcepto atractivo general					1	-,46**	-,41**	-,05	,13*
6 Insatisfacción por figura corporal						1	,72**	,21**	-,35**
7 Insatisfacción por emociones ligadas a la figura corporal							1	,15**	-,25**
8 IMC								1	,24**
9 Sexo									1

*Significativo al 5%, **Significativo al 1%, Sexo: Hombre= 1, Mujer= 0

VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Ahora bien, con el objetivo de dar respuesta al problema de investigación se llevó a cabo una regresión lineal múltiple para cada una de las dimensiones de las CAR. Previamente se evaluaron los supuestos de la regresión y se utilizó un nivel de significancia de 0,05.

Se utilizó el gráfico p-p normal para evaluar la normalidad de las variables, encontrando una distribución normal para las variables, a excepción del IMC, insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal, conductas alimentarias de riesgo de tipo compensatoria/purgativa y atracones, en las que se observa una alta asimetría positiva. Se observó que los coeficientes de correlación producto momento de Pearson de las variables incluidas en el diseño son inferiores a 0,70, por lo que no hay multicolinealidad. En cuanto a la correlación de los errores, se utilizó el coeficiente de Durbin-Watson, el cual se encuentra a modo general alrededor de 2, lo que indica que no hay correlación entre los errores, cumpliéndose así el supuesto.

Luego de evaluar los supuestos, se llevaron a cabo los análisis de regresión. Para las CAR de tipo purgativas/compensatorias se encontró que existe una relación alta ($R = ,79$) con el conjunto de variables: atractivo físico y capacidad general; índice de masa corporal; habilidad, fuerza y condición física; satisfacción física; sexo; actos y emociones asociados a la figura corporal y preocupación por la figura corporal. Dichas variables en combinación logran explicar 61,1% (R^2 ajustado = ,611) de la varianza total de las conductas alimentarias tipo compensatorias/purgativas, de forma significativa ($F = 89,24$; $p = ,000$).

Al evaluar los coeficientes de regresión (véase cuadro 3) se encontró una relación baja y positiva con el autoconcepto físico: habilidad, fuerza y condición física ($\beta = ,124$; $p = ,001$) y el IMC ($\beta = ,154$; $p = 0,000$), lo que quiere decir que a mayor autoconcepto de este tipo y el tener mayor IMC, hay mayor tendencia de realizar CAR de tipo compensatorias/purgativas. Por su parte, la variable insatisfacción de la preocupación por la figura corporal tiene una relación alta y positiva ($\beta = ,874$; $p = ,000$), lo que quiere decir que a mayores niveles de preocupación por la figura corporal, mayor CAR de tipo compensatorias/purgativas. Además, con la insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal y el sexo se halló una relación baja y negativa ($\beta = -,125$; $p = ,007$ y $\beta = -,085$; $p = ,025$, respectivamente), es decir, los estudiantes con menos insatisfacción reflejados en los actos y emociones asociados a la figura corporal y las mujeres tienen tendencia a presentar CAR de este tipo.

Cuadro 3

Regresión múltiple para la variable conductas alimentarias de riesgo: purgativas/compensatorias

	b	Error	Beta	t	sig
Constante	-5,40	1,07		-5,04	,000
Sexo	-,593	,263	-,085	-2,25	,025*
IMC	,125	,028	,154	4,47	,000*
Autoconcepto satisfacción física	,039	,026	,081	1,48	,139
Autoconcepto habilidad, fuerza y condición física	,048	,015	,124	3,28	,001*
Autoconcepto atractivo físico general	,037	,045	,041	,836	,403
Insatisfacción por la figura corporal	,130	,008	,874	16,23	,000*
Insatisfacción por emociones asociadas a la figura	-,079	,029	-,125	-2,72	,007*

*Significativo al 5%, Sexo: Hombre= 1, Mujer= 0

Por otro lado, para las CAR de tipo atracones se obtuvo que existe una relación moderada baja ($R = ,37$) con el conjunto de variables: atractivo físico y capacidad general; índice de masa corporal; habilidad, fuerza y condición física; satisfacción física; sexo; actos y emociones asociados a la figura corporal y preocupación por la figura corporal. Dichas variables en combinación logran explicar 12,5% (R^2 ajustado=,125) de la varianza total de las CAR tipo compensatorias/purgativas, de forma significativa ($F=9,06$; $p = ,000$).

Se encontró (véase cuadro 4) que la insatisfacción o preocupación por la figura corporal presenta una relación media-baja con las CAR tipo atracones ($\beta = ,372$; $p = ,000$), en el sentido de que a mayores niveles de preocupación por la figura corporal hay mayor prevalencia de CAR de tipo atracones. Por su parte, se encontró una relación baja y positiva con el sexo ($\beta = ,186$; $p = ,001$), lo que quiere decir que los hombres tienen tendencia a realizar conductas alimentarias de riesgo de tipo atracones.

Cuadro 4

Regresión múltiple para la variable conductas alimentarias de riesgo: atracones

	b	Error	Beta	t	sig
Constante	-1,13	1,22		-,93	,355
Sexo	,994	,299	,186	3,32	,001*
IMC	,044	,032	,070	1,36	,174
Autoconcepto satisfacción física	,031	,030	,084	1,02	,308
Autoconcepto habilidad, fuerza y condición física	,014	,017	,050	,886	,376
Autoconcepto atractivo físico general	-,004	,052	-,006	-,080	,936
Insatisfacción por la figura corporal	,042	,009	,372	4,62	,000*
Insatisfacción por emociones asociadas a la figura	,026	,033	,054	,792	,429

*Significativo al 5%, Sexo: Hombre= 1, Mujer= 0

DISCUSIÓN

La presente investigación se llevó a cabo con la finalidad de evaluar la influencia de la insatisfacción con la figura corporal, el índice de masa corporal, el autoconcepto físico y el sexo sobre las conductas alimentarias de riesgo, en una muestra de estudiantes universitarios.

En primer lugar, se observa baja frecuencia de CAR de tipo atracones y de tipo compensatorias/purgativas, siendo esta última más escasa. Lo anterior es similar a lo hallado por Góngora y Casullo (2008), quienes afirman que los estudiantes universitarios muestran una baja frecuencia de conductas relacionadas con los TCA, particularmente la frecuencia reportada en atracones (27% de la muestra) en comparación con las conductas alimentarias purgativas (15%), y las compensatorias (11%). Además, Morán, Cruz y Iñárritu (2009) encontraron que dentro de la población universitaria existe bajo nivel de prevalencia de cometer conductas alimentarias de riesgo que pudieran llevar a un TCA; se halló que 9,7% de los estudiantes presentaron atracones, 5,6% provocación de vómitos y 5,6% uso de algún laxante. La baja frecuencia de CAR de esta manera, pudiera estar relacionada con el hecho de que la muestra estudiada es sana, tomando en cuenta que existe un porcentaje de personas que sí muestra estas CAR.

Otra posible variable asociada con este resultado es el nivel socioeconómico de la muestra. Para Loreto, Zubarew, Silva y Romero (2006), existe la probabilidad de presentar CAR en todos los niveles socioeconómicos, sin embargo, se observa una mayor prevalencia en poblaciones que se encuentran ubicadas en un nivel socioeconómico bajo en comparación con las poblaciones ubicadas en un nivel socioeconómico medio o alto; esto hace suponer que el nivel medio alto de los estudiantes evaluados les permite poseer una adecuada educación alimentaria y una mayor facilidad para adquirir los alimentos de su preferencia.

Por su parte, se halló que los estudiantes presentan bajos niveles de insatisfacción de la preocupación por la figura corporal y muy escasos niveles de insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal; esto podría ser debido, al igual que con las CAR, al estado de sanidad de la muestra. Sin embargo, otra posible explicación es atribuida al período evolutivo de los participantes, cuyas edades están comprendidas entre los 17 y 21 años, lo cual podría entrar en una clasificación de adolescentes tardíos o adultos tempranos, etapa en donde la mirada sobre apariencia física se vuelve menos relevante. Krauskopof (1999) postula que es durante la adolescencia temprana (10-13 años) donde se tiene un mayor enfoque sobre la figura corporal, la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional, produciéndose una reestructuración de la imagen corporal; mientras que hacia el final de dicho período (17-21 años), el enfoque se encuentra en evolucionar de un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de afrontamiento personal y social propio,

que se deberá ir poniendo a prueba en la práctica concreta y aportará a la consolidación de la identidad y los roles, y no tanto en su apariencia física; por lo tanto, no estar insatisfechos con su figura corporal no es una de sus preocupaciones principales.

En cuanto al autoconcepto, se observa que los estudiantes tienen niveles moderados-altos en las tres dimensiones: autoconcepto en su satisfacción física, habilidad, fuerza y condición física y autoconcepto atractivo físico general. De modo similar a las CAR, Loreto, Zubarew, Silva y Romero (2006) encontraron que las personas que poseían un nivel socioeconómico medio-alto presentaban mayores niveles de autoconcepto físico, en comparación con las personas que se encontraban dentro de un nivel socioeconómico medio-bajo, lo que pudiera explicar los niveles moderados-altos de autoconcepto obtenidos en la presente investigación.

Otra explicación viene dada por la relación entre el autoconcepto físico y la condición física y práctica deportiva. Goñi, Escalona, Ruiz, Rodríguez y Zulaika (2003) encontraron que las personas que realizaban actividades físico-deportivas (61% de la muestra) obtuvieron puntuaciones más altas en el autoconcepto físico, en comparación con las personas que no lo hacían, concluyendo que las personas que practican algún deporte con regularidad van a manifestar un autoconcepto físico más elevado. Dieppa, Machargo, Luján y Guillén (2006) afirman que los jóvenes que han practicado de manera temprana algún tipo de actividad deportiva desarrollan una satisfacción y sensaciones más favorables sobre la valoración de su imagen corporal, por lo que las personas que practican algún deporte se sienten más satisfechas con su cuerpo y consideran que tienen una buena presencia y que son atractivos, mientras que los no deportistas perciben un menor autoconcepto físico. Sin embargo, Guillén y Ramírez (2011) no encontraron esta relación en escolares. Por lo anterior, sería idóneo utilizar en una próxima investigación una muestra con personas con diferentes edades que realizan actividad física regular o deportiva y evaluar la relación autoconcepto-satisfacción con la imagen corporal-CAR.

Ahora bien, en cuanto a las hipótesis de predicción planteadas, se tiene que las CAR es predicha por el sexo, en ambas dimensiones. Así se encontró que las mujeres realizan más CAR compensatorias/purgativas en comparación con los hombres, y estos últimos presentan una mayor tendencia de cometer CAR de tipo atracción, verificándose la relación del sexo sobre las CAR. Merino, Pombo y Gódaz (2001) afirman que las mujeres muestran una

mayor tendencia a preocuparse por la dieta y la apariencia física debido a que se perciben más como obesas, insatisfechas con su cuerpo y expresan mayor deseo de ser más delgadas en mayor medida que los hombres. Cuando ocurre esto, las mujeres tienen preferencia por utilizar métodos purgativos y conductas compensatorias (dietas, ayunos, ejercicio, uso de medicamentos) para poder adelgazar.

Según Behar (2010), la mayoría de las mujeres de la cultura occidental se ve más influenciada por el ideal estético corporal que predomina en la actualidad, el cual indica que “ser bella es igual a ser delgada”, lo que muchas veces es biogénicamente difícil de conseguir y facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo que puedan llegar a presentarse conductas alimentarias de tipo compensatorias/purgativas con el fin de bajar de peso y conseguir entrar dentro del ideal de belleza femenino esperado socialmente.

Al contrario se obtuvo de los hombres, que realizan más CAR de tipo atracones. Según Gempeler (2006), estos hombres se ubican en el subtipo impulsivo en el que la restricción de comida es menos exitosa y se convierte en sobreconsumo de la misma. El hecho de que los hombres manifestaran más atracones que las mujeres, podría estar asociado a: (a) Los hombres buscan un cuerpo musculoso y sin grasa, por lo que consumen grandes cantidades de comida, pero en su mayoría proteínas, lo cual no es diferenciado en la escala que se administró; el hombre parece estar más preocupado en su forma, que en su peso, (b) por creencias acerca de la ingesta de comida en hombres, por lo que a los hombres no les preocupa ser delgados y limitar su ingesta de comida; de hecho, la sociedad refuerza que el hombre debe comer más o, (c) porque tienen generalmente sobrepeso, por tanto tienden a no comer, no les funciona y luego por rebote tienden a realizar atracones de forma compulsiva.

Así, se tiene que el sexo se constituye en un factor primordial en la explicación de las CAR y los posibles TAC, sugiriéndose que los trastornos de alimentación son una cuestión de género, tal como explican varios autores (Gempeler, 2006; Maganto y Cruz, 2000) y dadas estas diferencias y sus posibles explicaciones, sería útil explorar los motivos por los cuales hombres y mujeres realizan estos tipos de conductas alimentarias de riesgo, tal vez bajo aproximaciones cualitativas.

Por su parte, la variable insatisfacción corporal también predijo a las CAR; específicamente, la insatisfacción por la preocupación de la figura corporal ejerce efecto sobre las CAR de tipo compensatoria/purgativa y la de atracones, tal como se planteó. La insatisfacción por la preocupación por la figura corporal se constituye en el factor más importante en la explicación de las CAR; así, mayores niveles de insatisfacción por la preocupación de la figura corporal caracterizado por infelicidad, preocupación y vergüenza por la figura en general y firmeza de la piel, temor a sentirse gordo o sentir que no se tiene el control sobre el engordar, se relaciona con un mayores niveles de CAR tipo compensatoria/purgativa o atracones.

Hernández-Cortés y Londoño (2013) señalan que la insatisfacción por la imagen corporal se ve afectada por las preferencias sociales por la delgadez y un estilo de vida centrado en la imagen y la figura corporal, así como también por la influencia de los medios de comunicación y los agentes sociales, llevando a que los jóvenes se vean más presionados por alcanzar los estándares de belleza y seguir valores centrados en la deseabilidad social y la pertenencia a grupos que proporcionan estatus, lo cual conduce a cometer, en este caso, conductas alimentarias de riesgo; es decir, los pocos estudiantes que presentaron alta insatisfacción corporal en esta dimensión presentaron CAR, tal vez debido a estos factores.

Contrario a lo esperado, los estudiantes con altos niveles de insatisfacción por los actos y emociones asociados a la figura corporal, presentaron menos CAR de tipo compensatorias/purgativas. No se asoció con la CAR de tipo atracones el hecho de que la persona esté insatisfecha por pensar sobre su figura o sentirse mal con la misma y que estos sentimientos negativos faciliten el uso de laxantes o vómitos o interfieran en diferentes actos como, concentrarte, asistir a reuniones, sentarse en asientos de autobús cuando están sentadas otras personas, correr, entre otros, no promueve presentar CAR de tipo compensatorias/purgativas, sino todo lo contrario. En palabras de Baron y Byrne (2005), esto indica una posible disonancia cognitiva entre una actitud/emoción y una conducta, es decir, una discrepancia que podría causar malestar en este grupo de estudiantes. Dicha incongruencia se resuelve trivializando o reduciendo la importancia de la actitud personal (insatisfacción por los actos y emociones asociadas con la figura corporal), o la conducta que es hacer dieta, ejercicio excesivo, o consumo de diuréticos o laxantes. Debido a los resultados encontrados, hay escasa evidencia de dichos resultados, por lo que resultaría idóneo para futuras investigaciones,

indagar si dicha disonancia realmente explica lo encontrado en la presente investigación.

Otra relación estudiada fue el IMC y las conductas alimentarias. El IMC se relaciona de manera significativa solo con las CAR de tipo compensatoria/purgativa, lo cual concuerda parcialmente con las hipótesis planteadas y es cónsono con la investigación de Lora-Cortez y De Jesús (2006), quienes reportan que a mayores niveles de IMC mayores porcentajes de CAR. Altamirano, Vizmanos y Unikel (2011) también explican que el IMC se relaciona con las CAR de tipo compensatorias/purgativas por el hecho de que las personas que perciben mayor sobrepeso sugieren mayores niveles de IMC, por lo que llevan a cabo este tipo de CAR para adelgazar. Además, estos autores encontraron que el IMC fue mayor en el grupo de sujetos con diagnóstico de TCA, que en el grupo sano, y los que lograron un IMC actual más alto fueron los que tuvieron un diagnóstico persistente de TCA. Cabe destacar que la asociación entre el IMC y CAR se ha obtenido en personas con y sin TCA, lo cual es congruente con la presente investigación, lo que indica una relación consistente entre esas dos variables.

Por otro lado, se halló relación entre el autoconcepto de habilidad, fuerza y condición física y las CAR de tipo compensatorias/purgativas, donde a mayor autoconcepto en esta dimensión, caracterizada por facilidad percibida de hacer deportes, tener capacidad, resistencia y fuerza física, poco cansancio y capacidad para aprender deportes nuevos, hay tendencia de que los estudiantes tengan este tipo de conductas alimentarias de riesgo. Las otras dimensiones del autoconcepto físico no son importantes en la explicación de las CAR.

Goñi, Escalona, Ruiz, Rodríguez y Zulaika (2003) encontraron en su investigación que aquellas personas que poseían altos niveles de percepción para la práctica de algún deporte, resistencia y energía, y capacidad para levantar peso o seguridad ante ejercicios que impliquen mucha fuerza, tenían más probabilidad de tener CAR por ejercicio excesivo y dieta (conductas compensatorias). Esto podría deberse a que estas personas son más vulnerables a preocuparse y cuidar más su apariencia para aumentar y mantener sus capacidades y condiciones físicas, por ende, utilizan métodos que implican actividades similares a las que realizan, tales como demasiado ejercicios o dietas estrictas, porque lo consideran de más fácil acceso y realización.

En líneas generales, las variables implicadas predicen y explican en cierta forma las CAR, siendo la CAR más explicada la de tipo de tipo compensatorias/purgativas. Las variables más importantes en la explicación fueron el sexo y la insatisfacción por preocupación por la figura corporal, lo que viene a afianzar la importancia otorgada a estos factores en la literatura sobre el tema. La investigación rescata el concepto de autoconcepto en su relación con los estilos de vida, obteniéndose que es una dimensión del mismo (autoconcepto físico por fuerza, capacidad y habilidad influye en las CARS), por lo que debe tomarse en consideración para futuras investigaciones. Así mismo, se resalta la importancia del IMC.

La importancia de estudiar las conductas alimentarias de riesgo y sus factores desencadenantes, contribuye a poder identificar posibles individuos que puedan desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Otro dato interesante es que estas patologías aparecen con mucha más frecuencia en la cultura occidental, por lo cual resulta idóneo llevar a cabo este tipo de investigaciones en poblaciones sanas, debido a que es cada vez mayor y a muy temprana edad el número de individuos que inician este tipo conductas alimentarias.

El presente estudio multivariado permite verificar relaciones entre diferentes factores y las CAR, controlando el efecto de otros factores incluidos en el modelo, lo que es un avance en comparación con estudios bivariados. El modelo evaluado implica un porcentaje de varianza no explicada que indica que la explicación de las CAR en esta población no es total, por lo cual se deben seguir llevando a cabo otras investigaciones que incluyan otras variables relevantes al fenómeno como, por ejemplo, rol sexual y estereotipos sexuales, período evolutivo, nivel socioeconómico, práctica deportiva, estilos de crianza y patrones de consumo alimentario, motivaciones para realizar CAR, comorbilidades, entre otras. De igual forma, dadas las relaciones entre las variables predictoras sería recomendable la realización de modelos que relacionen los factores en su influencia sobre las CAR como, por ejemplo, los modelos de ruta o estructurales.

Así mismo, se destaca que al ser el muestreo no aleatorio y encontrarse la muestra conformada por estudiantes de una universidad privada y con edades comprendidas entre los 17 y los 21 años, la generalidad de los resultados es limitada.

REFERENCIAS

- Acosta, M. y Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México [Versión electrónica]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.
- Altamirano, M., Vizmanos, B. y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México [Versión electrónica]. *Revista Panamá Salud Pública*, 30(5), 401-407.
- American Psychological Association. [APA]. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Estados Unidos de América, Washington D.C.
- Angelucci, L. (2003). Hacia un vivir saludable [Versión electrónica]. *Debates IESA*, 18(2), 16-20.
- Baron, R. y Byrne, D. (2005). *Psicología social* (10^{ma} ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Bayle, J., Molina, N., Ochoa, S. y Villarreal, L. (2013). Validación y confiabilidad del Body Shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes de la ciudad de Colima [Versión electrónica]. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 4, 204-216.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: el paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria [Versión electrónica]. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Behar, R., De la Barrera, M. y Michelotti, J. (2002). Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer [Versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 130(9), 964-975.
- Bojórquez, I., Saucedo-Molina, T., Juárez-García, F. y Unikel-Santoncini, C. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México [Versión electrónica]. *Salúde Pública*, 29(1), 29-39.
- Bojórquez, L., Carreño, S. y Unikel, C. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo [Versión electrónica]. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.
- Borrego-Rosas, C. (2010). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria [Versión electrónica]. *Revista de Psicología*, 12(1), 13-50.

- Byrne, B. y Shavelson, R. (1976). On the structure of social self-concept for pre, early, and late adolescents: A test of the Shavelson, Hubner, and Stanton (1976) model [Versión electrónica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 599-613.
- Celis, A., Hunot, C., Vázquez, E. y Vizmanos, B. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria [Versión electrónica]. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(1), 1-21.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire [Versión electrónica]. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 485-494.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio empírico [Versión electrónica]. *Psiquis*, 21(1), 65-72.
- Cruz, S., Rodríguez, S. y Salaberria, K. (2007). Percepción de la imagen corporal [Versión electrónica]. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Dieppa, M., Machargo, J., Luján, I. y Guillén, F. (2006). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileños que practican actividad física vs. no practicantes [Versión electrónica]. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(2), 221-239.
- Eснаola-Etxaniz, I. (2005). Elaboración y validación del cuestionario Autokontzeptu Fisikoaren Itaunketa (AFI) de autoconcepto físico. Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco, Bilbao, España.
- García, A. (2007). Relación entre conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria e indicadores dietéticos en estudiantes de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud de Pachuca, Hidalgo (Trabajo de grado de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México.
- Gempeler, J. (2006). Trastornos de la alimentación en hombres: cuatro subtipos clínicos [Versión electrónica]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(3), 352-361.
- Góngora, V. y Casullo, M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios [Versión electrónica]. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 17(3), 265-272.
- Goñi, A., Escalona, I., Ruiz, S., Rodríguez, A. y Zulaika, L. (2003). Autoconcepto físico y desarrollo personal: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 15(16), 7-62.

- Grabhorn, R., Kopp, W., Gitzinger, I, Von Wietersheim, J. y Kaufhold J. (2003). Differences between female and male patients with eating disorders-results of a multicenter study on eating disorders [Versión electrónica]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische, Psychologie*, 53(1), 15-22.
- Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M. y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 15-26.
- Guerrero, L. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14 (48), 13-19.
- Guillén, F. y Ramírez, M. (2011). Relación entre el autoconcepto y la condición física en alumnos del Tercer Ciclo de Primaria [Versión electrónica]. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(1), 45-59.
- Guzmán, R. (2007). Obesidad y satisfacción con la vida: un diagrama de ruta (Tesis de Maestría). Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Hernández-Cortés, L. y Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios [Versión electrónica]. *Anales de Psicología*, 29(3), 748-761.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento, Métodos de investigación en ciencias sociales* (4^a ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios [Versión electrónica]. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31.
- Lora-Cortez, C. y De Jesús, 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 [Versión electrónica]. *Salud Mental*, 29(3), 61-67.
- Loreto, M., Zubarew, T., Silva, P. y Romero, M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana [Versión electrónica]. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(2), 153-160.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género [Versión electrónica]. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30(2), 45-58.
- Marsh, H. y Roche, L. (1996). Structure of artistic self-concept for performing arts in a highschool: "Setting the stage" with multigroup confirmatory factor analysis [Versión electrónica]. *Journal of Educational Psychology*, 88, 461-477.

- Merino, H., Pombo, M. y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes [Versión electrónica]. *Psicothema*, 13(4), 539-545.
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología internacional. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 115-127.
- Morán, I., Cruz, V. y Iñárritu, M. (2009). Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios [Versión electrónica]. *Revista Médica del Hospital General de México*, 72(2), 68-72.
- Osorio, J., Weisstaub, G. y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones [Versión electrónica]. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3), 1-21.
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal [Versión electrónica]. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7 (1), 51-66.
- Reigal-Garrido, R., Videra-García, A., Parra-Flores, J. y Juárez-Ruiz de Mier, R. (2012). Actividad físico- deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia [Versión electrónica]. *Retos. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 22, 19-23.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González M. y Musitu, G. (2010). *Psicología y desórdenes alimenticios* (1^{ra} ed.). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León-Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.
- Saucedo-Molina, T. y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalgüenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada [Versión electrónica]. *Salud Mental, México*, 33(1), 11-19.
- Sepúlveda, A., Botella, J. y León, J. (2001) La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis [Versión electrónica]. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Shavelson, R., Hubner, J. y Stanton, G. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations [Versión electrónica]. *Review of Educational Research*, 46, 407-44.
- Toro, J. (2000). La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria [Versión electrónica]. *Medicina Clínica de Barcelona*, 114, 543- 544.

Unikel, C. y Gómez-Persmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas [Versión electrónica]. *Salud Mental*, 27(1), 38-49.