

Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes

Ana Figueroa-Rodríguez,¹
 Osiris García-Rocha,¹
 Ana Revilla-Reyes,¹
 Leticia
 Villarreal-Caballero,¹
 Claudia
 Unikel-Santoncini²

RESUMEN

Objetivo: identificar la relación entre el modelo estético corporal de belleza, la insatisfacción con la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes.

Métodos: estudio transversal analítico en una muestra de 257 mujeres entre 15 y 19 años de edad, estudiantes de bachillerato en la ciudad de Colima, México. Se recopilaron datos mediante el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, la Escala Visual de Satisfacción Corporal para Mujeres Adolescentes y el Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal.

Resultados: 8.3 % de las participantes presentó puntuaciones elevadas en conductas alimentarias de riesgo, principalmente de tipo restrictivo. Se obtuvieron correlaciones positivas entre las subescalas del Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal con la conducta alimentaria y la insatisfacción con la figura, siendo la más importante el malestar con la imagen corporal.

Conclusiones: se encontró relación entre la influencia de la publicidad y de los modelos sociales en el malestar con la imagen corporal, y de éste con la presencia de conductas alimentarias de riesgo en las adolescentes de la muestra.

SUMMARY

Objective: to identify the relationship between the ideal aesthetic body shape model, body dissatisfaction and disordered eating in adolescent women.

Methods: a cross-sectional analytic design research was carried out in a sample of 257, 15 to 19 year old female high school students. Data were compiled with the Brief Questionnaire for Risky Eating Behaviors (BQREB), the Visual Scale of Body Satisfaction for adolescents and the Sociocultural Influences on the Aesthetic Body Shape Model Questionnaire (ABSMQ).

Results: 8.3 % of participants were high scorers for the BQREB, from the restrictive type mainly. The ABSMQ subscales positively correlated with body dissatisfaction and risky eating behaviors, the strongest being body image dissatisfaction.

Conclusions: the influence of publicity and social models, were found to be related to body image dissatisfaction and to eating disorder among the adolescents from the sample.

¹Universidad de Colima, Colima, México
²Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Distrito Federal, México

Comunicación con:
 Osiris Alejandra García-Rocha.
 Tel: (312) 314 2123.
 Correo electrónico:
 oshy_pink16@hotmail.com

Introducción

Los estilos de vida de la sociedad actual, pero sobre todo los nuevos hábitos y formas alimentarias, han transformado el vínculo cuerpo-alimentación y los valores estéticos corporales. Es así como en los últimos años, la delgadez se ha vuelto un ideal a seguir y la obesidad conforma un estigma, situación que ha generado creencias y actitudes inadecuadas hacia la alimentación, peso y figura. De esta manera ha surgido el comer sintomático, que implica un patrón de

alimentación nutricional y calórico desequilibrado, incluyendo la pérdida de la capacidad para regular la ingesta, que va de la excesiva restricción al total descontrol y que caracteriza a las conductas patológicas hacia la alimentación.¹

Referente a dichas conductas patológicas hacia la alimentación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV TR)² ha definido una categoría determinada por trastornos de la conducta alimentaria, que implican un conjunto de signos y síntomas donde interactúan factores fisiológicos,

Palabras clave

trastornos de la conducta alimentaria
 conducta alimentaria
 imagen corporal
 adolescente

Key words

eating disorders
 feeding behaviors
 body image
 adolescent

psicológicos y socioculturales que predisponen, precipitan y mantienen la conducta patológica hacia la alimentación, condicionada por el logro o persistencia de la delgadez.

Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan principalmente en mujeres que se encuentran en la etapa de la adolescencia y juventud, cuyo denominador común y factor de inicio es la insatisfacción con la imagen corporal, generada principalmente a través de la influencia social, donde se promueve una figura ultradelgada, seguida por la obsesión por la figura y el peso, acompañada de prácticas para controlar éste (por ejemplo: ayuno, vómito, purgas, ejercicio excesivo).³

Se estima que se está incrementando la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria entre los jóvenes de 15 a 24 años, con una proporción hombre-mujer de 1:10. En aspectos epidemiológicos, los trastornos de la conducta alimentaria tienen una prevalencia de 0.5 a 3 % en la población general; la incidencia de casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa no es precisa a nivel mundial, pero los porcentajes oscilan entre 0.3 a 2 % en anorexia nerviosa y de 1 a 5 % para bulimia nerviosa. En México, un estudio en adolescentes que vivían en hogar fijo en el Distrito Federal en 2006 ($n = 3005$) arrojó una prevalencia de anorexia nerviosa de 0.2 % y bulimia nerviosa de 0.9 %.*

La mayoría de los datos con los que se cuenta en México corresponde a la medición de conductas alimentarias de riesgo en muestras de estudiantes. Las conductas alimentarias de riesgo pueden ser precursoras de los trastornos de la conducta alimentaria y son definidas como las manifestaciones similares en forma pero menores en frecuencia, duración e intensidad, que los trastornos de la conducta alimentaria.⁴ Los datos registrados sobre la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo fluctúan entre 5 y 18 % en función de los instrumentos de medición y de las poblaciones evaluadas.⁵ En una investigación en el Distrito Federal de 1997 a 2003, que tuvo como objetivo identificar la tendencia de esta problemática en estudiantes de nivel medio y medio superior, se encontró un incremento general en hombres de 1.3 % en 1997 a 3.8 % en 2003, y en mujeres de 3.4 % en 1997 a 9.6 % en 2003.⁶ Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Ensanut 2006) en una muestra de adolescentes de 10 a 19 años de edad, con representatividad nacional, indican que 0.7 % del total de la muestra presenta alto riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (0.4 % en hombres y 0.9 % en mujeres), siendo la región norte y centro-occidente del país las que reflejaron los mayores porcentajes.⁷

En el contexto local, Colima no cuenta con estadísticas precisas sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, solamente existen dos estudios previos en los que se validaron el *Body Shape Questionnaire*⁸ y el *Eating Disorders Inventory*⁹ en adolescentes estudiantes de la ciudad de Colima. Por lo anterior, fue pertinente enfocar esta investigación en describir las conductas alimentarias de riesgo que preceden a los trastornos de la conducta alimentaria, abordando la prevalencia de las mismas y algunos factores de riesgo, como un primer acercamiento para dar a conocer la situación de una muestra de adolescentes en este estado de la República.

Los trastornos de la conducta alimentaria resultan de una multiplicidad de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, donde interactúan aspectos individuales y del medio.¹⁰ Las conductas alimentarias de riesgo se relacionan íntimamente con los factores predisponentes que se presentan entre las mujeres adolescentes, quienes conforman el grupo etario principalmente afectado. Se incluyen aspectos individuales como los cambios biológicos propios de la etapa, que promueven el aumento de estrógeno y progesterona, y el incremento de la grasa subcutánea en el área de la cadera, que propicia el sobrepeso durante los inicios de esta etapa, situación que puede contraponerse con las exigencias sociales que promueven la delgadez en el físico femenino prepubescente.¹¹

En el aspecto psicológico, según Jourard,¹² en la adolescencia se tiene mayor conciencia de sí mismo y de la imagen corporal, definida como la representación interna de la apariencia externa del cuerpo, que incluye sentimientos y pensamientos acerca sí mismo, que tiene un impacto en el comportamiento y que lleva implícito el aspecto evaluativo y reflexivo, a partir de la comparación con los demás.¹³ En cuanto a los factores socioculturales, la sociedad actual promueve un modelo estético corporal caracterizado por una figura ultradelgada, angular y poco curvilínea, reforzada a través de los medios de comunicación, mensajes de la familia, amigos y la cultura en general; que propicia la insatisfacción con la imagen corporal y la aparición de conductas y actitudes anómalas hacia la comida y el peso.¹⁴

A partir de estudios realizados por Stice y colaboradores,^{15,16} se ha generado un modelo empírico que explica los trastornos de la conducta alimentaria denominado "modelo de camino doble", el cual explica que los mensajes transmitidos por los medios de comunicación acerca del ideal estético de delgadez generan insatisfacción corporal si previamente existe un reforzamiento de dichos mensajes por la

*Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Blanco J, Rojas E, Fleiz C, et al. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en los adolescentes de la ciudad de México. Trabajo presentado en la XXVIII Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Distrito Federal, México, 2008

familia y los pares. Por otro lado, estos mensajes tienen mayor impacto en la medida en que el receptor ha interiorizado el ideal delgado, que implica que la persona sea consciente del estándar establecido socialmente y asuma la creencia de la importancia de llevarlo a cabo; otros factores involucrados son la baja autoestima, autoconcepto inestable y desorganizado, así como la creencia de tener sobrepeso.¹⁷

Considerando que los factores sociales e individuales están fuertemente ligados en la problemática y que Colima no cuenta con información concreta sobre la descripción de los factores de riesgo involucrados en la problemática dentro del contexto, el objetivo de la presente investigación fue identificar la relación entre la influencia del ideal estético corporal actual, la insatisfacción con la imagen corporal y el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, en una muestra de mujeres adolescentes de la ciudad de Colima.

Métodos

La selección se llevó a cabo mediante muestreo aleatorio utilizando la función de selección de casos aleatorios del programa estadístico SPSS versión 10.0, a partir de un listado de las alumnas inscritas en el ciclo escolar 2007-2008, y determinado con la fórmula para muestras representativas. La muestra total fue de 252 mujeres estudiantes de un bachillerato público de la ciudad de Colima, entre 15 y 19 años de edad (media = 16.62 ± 96), una vez eliminados cinco casos con respuestas incompletas.

Instrumentos

1. *Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo*,⁶ que consta de 10 preguntas con respuestas tipo Likert con cuatro opciones (nunca = 0, algunas veces = 1, frecuentemente = 2, muy frecuentemente = 3), acerca de las principales conductas para bajar de peso en los tres meses previos. Tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 30, y un punto de corte de 10 (las puntuaciones de 11 o mayores se consideran posibles casos de trastornos de la conducta alimentaria). Este instrumento fue validado en mujeres adolescentes y jóvenes en la ciudad de México y cuenta con características psicométricas adecuadas (alfa de Cronbach = 0.83).
2. *Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal*, diseñado por Toro y colaboradores,¹⁸ para medir la influencia de los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético

actual. Consta de 40 preguntas agrupadas en cuatro factores: influencia de la publicidad (interés que despiertan los medios de comunicación en relación con alimentación, peso y figura), malestar por la imagen corporal (ansiedad en situaciones de autopercepción), influencia de los modelos sociales (interés por los cuerpos de actrices y modelos) y la influencia de las relaciones sociales (presión social subjetiva y aceptación de la delgadez). Los reactivos son de respuesta tipo Likert (0 a 2 puntos), con puntuación mínima de 0 y máxima de 80 puntos, y puntuación de corte de 24 puntos. En México fue validado por Vázquez, Álvarez y Mancilla,¹⁹ y obtuvo alpha de Cronbach de 0.94.

3. *Escala Visual de Satisfacción Corporal para Mujeres Adolescentes*, basada en el instrumento de Gardner y colaboradores (citado en Rodríguez, Beato, Rodríguez, Martínez),²⁰ el cual consta de 13 figuras corporales. La escala elaborada por Gómez-Peresmitré en 1995, consta únicamente de nueve siluetas que cubren un continuo de peso corporal que van desde figuras muy delgadas (puntuación = 1 y 2), delgadas (puntuación = 3 y 4) hasta figuras gruesas (puntuaciones = 6 y 7) y muy gruesas u obesas (puntuación = 8 y 9), pasando por una de peso normal (puntuación = 5). La diferencia entre ambas (puntuación de la figura actual menos puntuación de la figura ideal), se interpreta como el grado de satisfacción-insatisfacción de los jóvenes, ya sea de sobrestimación o subestimación del peso o de la ausencia de distorsión en la imagen corporal.²¹

Procedimiento

Se solicitó consentimiento escrito a las autoridades escolares para llevar a cabo la investigación, así como un listado de las estudiantes inscritas para determinar su participación. Los cuestionarios de formato autoaplicable fueron contestados en una sola visita al plantel, por las alumnas previamente seleccionadas mediante selección aleatoria. Las alumnas que no asistieron el día de la aplicación fueron sustituidas por otras del mismo grupo, cuyos nombres aparecieran en la lista inmediatamente después de los nombres de las jóvenes seleccionadas.

Una vez realizado el análisis, los resultados fueron entregados a los directivos del plantel, como se acordó inicialmente. Considerando los objetivos de la investigación correspondientes a la identificación de la prevalencia y la relación entre diversos factores individuales y sociales involucrados en las conductas

Análisis de los datos

Se realizó con el programa estadístico SPSS versión 10 para Windows. En un primer momento se hizo un análisis descriptivo de cada una de las variables, y posteriormente un análisis de correlación bivariada y de regresión lineal múltiple con el método *stepwise*, para conocer la relación entre las variables de estudio.

Resultados

El análisis de frecuencias señaló que 8.3 % de las estudiantes obtuvo una puntuación de riesgo en el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias. El porcentaje para cada una de las conductas se observa en el cuadro I. El 15 % de la muestra refirió tener una excesiva preocupación por subir de peso y un porcentaje similar ha llevado a cabo ejercicio en exceso para alcanzar este fin. El 10 % de las adolescentes ha hecho dieta por lo menos dos veces en una semana en los últimos tres meses y 8 % se ha dado atracones de comida. El resto de las conductas se presentaron en porcentajes menores (cuadro I). El 1.6 % de la muestra refirió el uso de por lo menos un método purgativo en los últimos tres meses y 13.5 % de algún método restrictivo.

En cuanto a la insatisfacción con la imagen corporal, 34 % de las participantes indicó satisfacción con su figura corporal o insatisfacción pero con el deseo de incrementar su peso, por lo que fueron consideradas sin riesgo para fines de este estudio; 66 % se consideró en riesgo debido a que deseaba una figura más delgada. Respecto a la influencia del modelo estético corporal, los resultados mostraron que 31 % tenía influencia alta (cuadro II).

Con la finalidad de conocer la asociación entre las tres variables estudiadas, se llevó a cabo un análisis de correlación con la suma de las puntuaciones de la escala de conducta alimentaria de riesgo y de insatisfacción corporal, y con las subescalas del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal. Los resultados mostraron asociaciones positivas entre todas las variables, la mayor de ellas entre conductas alimentarias de riesgo y “malestar con la imagen corporal” ($r = 0.704$), después con “influencia de la publicidad”, “influencia de los modelos sociales”, “influencia de las relaciones sociales” y, finalmente, con insatisfacción con la imagen corporal. Esta última, por otro lado, correlacionó principalmente con la conducta alimentaria de riesgo ($r = 0.373$) y en segundo término con la subescala “malestar con la imagen corporal” ($r = 0.363$) (cuadro III).

Una vez obtenida esta información se plantearon tres modelos de regresión lineal por separado para conocer las variables con mayor influencia en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo. Dado que la variable malestar con la imagen corporal obtuvo la mayor correlación con las conductas alimentarias de riesgo, se le utilizó como variable dependiente en el primer análisis de regresión. Se obtuvo un resultado significativo ($F = 129.79$, $gl = 4/250$, $p < 0.001$) y se

Cuadro I
Porcentajes de conductas alimentarias de riesgo

	Frecuentemente (dos veces a la semana) %	Muy frecuentemente (más de dos veces a la semana) %
Preocupación por engordar	17.0	15
Atracones	8.0	3
Sensación de falta de control al comer	4.0	3
Vómito autoinducido	1.0	1
Ayunos	4.0	2
Dietas	10.0	4
Ejercicio excesivo	17.0	12
Pastillas	1.0	2
Diuréticos	0.5	1
Laxantes	2.0	1

Cuadro II
Diferencia entre figura actual y figura ideal

Diferencia (figura actual-figura ideal)	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
-3.00	1	0.4	
-2.00	4	1.6	
-1.00	44	17.5	
0.00	37	14.7	34
1.00	89	35.3	
2.00	56	22.2	
3.00	12	4.8	
4.00	6	2.4	
5.00	2	0.8	66
6.00	1	0.4	
Total	252	100.0	100

encontró que la influencia de la publicidad tuvo el mayor grado de predicción ($r^2 = 0.438$, $p < 0.001$), seguida de la influencia de los modelos sociales ($r^2 = 0.357$, $p < 0.001$), de la insatisfacción con la figura ($r^2 = 0.147$) y, finalmente, de la influencia de las relaciones sociales ($r^2 = 0.085$, $p = 0.042$), con 67 % de varianza explicada (figura 1).

En segundo lugar se llevó a cabo un análisis de regresión utilizando la variable “insatisfacción con la figura” como dependiente. En este análisis, únicamente la variable “malestar con la imagen corporal” tuvo un efecto significativo ($F = 9.79$, $gl = 4/250$, $p < 0.001$). Es decir, ambas variables se afectan mutuamente.

Finalmente, se llevó a cabo una tercera regresión con la variable conducta alimentaria de riesgo como dependiente y el resto como independientes. Las variables que entraron en el modelo fueron la subescala “malestar con la imagen corporal” ($r^2 = 0.589$, $p < 0.001$) e “insatisfacción con la figura” ($r^2 = 0.139$, $p = 0.004$); el modelo explicó 51 % de varianza ($F = 51.78$, $gl = 5/250$, $p < 0.001$).

Discusión

Los resultados de este trabajo aportan datos sobre la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la ciudad de Colima, similar a 5 a 18 % identificado en otras investigaciones nacionales.^{4,5} En particular, existió semejanza con

los resultados de la Encuesta de Estudiantes llevada a cabo en el Distrito Federal en 2003,⁶ respecto al porcentaje de alumnos que refieren la práctica de conductas de tipo restrictivo (ayunos, dietas, ejercicio y uso de pastillas).

En otras investigaciones efectuadas en México utilizando el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (opciones de respuesta frecuentemente y muy frecuentemente), el porcentaje de preocupación por engordar fue mayor al observado en el país, mismo que se refiere en la Ensanut,⁷ y similar al encontrado en el Distrito Federal en 2003⁶ (30 %). El porcentaje de la práctica de atracones fue superior al nacional (9 %) y al regional zona centro-occidente (10 %), pero inferior al de mujeres en el Distrito Federal (22 %). En cuanto a las prácticas purgativas, en vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos, se encontraron porcentajes similares a los nacionales y en Distrito Federal, pero ligeramente superiores a los regionales. En relación con las prácticas restrictivas, las adolescentes colimenses de la muestra refirieron porcentajes más elevados en comparación con los datos nacionales.

Es importante destacar que las conductas restrictivas son consideradas la puerta de entrada para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria,²² en la medida en que son socialmente promovidas y aceptadas, están al alcance de todos a un bajo costo y se pueden disfrazar de la búsqueda de un mejor estilo de vida o de la salud física.

Cuadro III
Matriz de correlaciones

	Conductas alimentarias de riesgo	Insatisfacción con la figura	Influencia de la publicidad	Malestar con la imagen corporal	Influencia de los modelos sociales
Conductas alimentarias de riesgo	–	–	–	–	–
Insatisfacción con la figura	0.373*	–	–	–	–
Influencia de la publicidad	0.554*	0.285*	–	–	–
Malestar con la imagen corporal	0.704*	0.363*	0.752*	–	–
Influencia de los modelos sociales	0.514*	0.224*	0.645*	0.712*	–
Influencia de las relaciones sociales	0.382*	0.127**	0.477*	0.452*	0.452*

* $p < .01$, ** $p < 0.05$

Si bien se sabe que no todas las personas que llevan a cabo conductas de tipo restrictivo persistirán en su intento por adelgazar hasta desarrollar trastornos de la conducta alimentaria,²² con base en lo planteado por el “modelo de camino doble” de Stice²³ no se puede menospreciar la manifestación de estas conductas hasta que se cumplan los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria o incluso de sus manifestaciones subclínicas, por lo que es en este nivel donde se vuelve fundamental intervenir de manera preventiva para evitar el agravamiento de los síntomas.

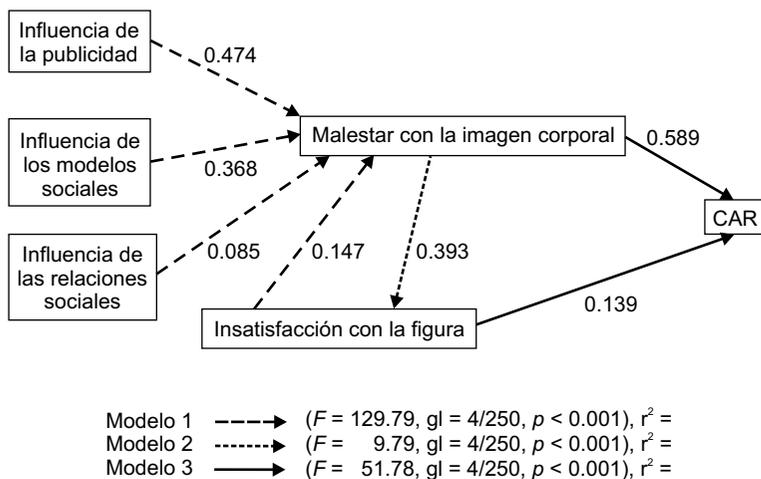


Figura 1. Modelos de regresión lineal para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes colimenses

En este mismo orden de ideas, si bien la insatisfacción con la figura corporal tiende a ser la norma más que la excepción entre las mujeres en la sociedad actual (alrededor de 70 % manifiesta insatisfacción), no deja de ser importante considerar que la insatisfacción con la imagen corporal es un requisito para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, en particular en las personas que han interiorizado el ideal estético de delgadez,²⁴ por lo que de la misma manera debe ser tomado en cuenta cuando se evalúen los factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes.

Asimismo, es importante señalar que se encontraron porcentajes importantes de atracones y conductas purgativas, características de los síndromes bulímicos y consecuencia de la restricción alimentaria.²⁵ Su presencia en las adolescentes de la muestra podría indicar que se encuentran un paso más allá de

la práctica de conductas restrictivas, es decir, ya involucradas en el ciclo dieta-atracón-purga, característico de los trastornos de la conducta alimentaria, que tiende a perpetuarse una vez iniciado.

Los mensajes del medio social tienen impacto en el comportamiento y pensamiento de los jóvenes, induciéndoles en conductas de riesgo y promoviendo actitudes negativas hacia el sobrepeso.¹⁴ Esto se corroboró al relacionar los resultados de las subescalas del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal, que hacen referencia a la influencia de la publicidad y los modelos sociales, los cuales, como se observa en los resultados, tienen un efecto sobre el desarrollo de malestar con la imagen corporal e insatisfacción con la figura corporal, precursores del desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, como se señala en el modelo de Stice y colaboradores.^{15,16}

Conclusiones

En la muestra estudiada se confirmó el “modelo de camino doble”,^{15,16} al encontrar que existe influencia de la presión social por alcanzar el ideal estético de delgadez a través de la publicidad y los modelos sociales propuestos por la misma, la cual produce malestar con la imagen corporal en el sentido de desear una figura corporal delgada, y que se agrava cuando se ha interiorizado el ideal estético establecido socialmente. La presencia e interacción de estos factores sociales e individuales se relacionan con la práctica de conductas alimentarias de riesgo, en particular de tipo restrictivo, como las dietas restringidas, los ayunos, el ejercicio en exceso y el uso de pastillas para adelgazar, las cuales por su gran aceptación social se convierten en dispositivo de riesgo en las personas con vulnerabilidad para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, es decir, con baja autoestima, malas relaciones familiares, rasgos impulsivos o síntomas depresivos, entre otros.²⁶

Entre las limitaciones del estudio se encuentra su corte transversal, por lo que los resultados deben ser interpretados en este contexto; así como el tamaño de la muestra, lo que impidió realizar un modelo que considerara todas las variables en un solo análisis. No obstante, se trata de un estudio que tiene la fortaleza de haber analizado una muestra con selección aleatoria que corrobora el modelo conceptual planteado, así como la relación de éste con el modelo de regresión resultante. Así mismo, confirma hallazgos previos de investigación a nivel nacional²⁷ y aporta datos novedosos en una región de la República Mexicana en la cual es poca la investigación sobre el tema.

El abordaje de este tema en Colima constituye un antecedente para las futuras investigaciones, así como una visión general de la problemática en el estado, que finalmente puede coadyuvar a implementar intervenciones más efectivas, así como a enriquecer el campo de acción respecto a los trastornos de la conducta alimentaria.

Referencias

1. Fuentealba C, Leiva M. Trastornos de la conducta alimentaria. Disponible en http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/tr_alimentarios_obesidad.pdf
2. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición. Washington, DC: Masson; 2000.
3. Secretaría de Salud. Guía de trastornos alimenticios. [Monografía en internet]. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2004. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrasornos.pdf>
4. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Publica Mex* 2004;46(6):509-515.
5. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I. A review of eating disorders research in Mexico. *Int J Psicol* 2007;42(1):59-68.
6. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Villatoro-Velázquez J, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora IME. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev Invest Clin* 2006;58(1):15-27.
7. Barriguete-Meléndez J, Unikel-Santoncini C, Aguilar-Salinas C, Córdoba-Villalobos J, Shamah T, Rivera-Domarco J, Hernández-Ávila M. Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico: Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Publica Mex* 2009; 51(Supl 4): S638-S644.
8. Ochoa S, Villareal L, Molina N o, Bayle JI. Validación y confiabilidad del Body Shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes de la ciudad de Colima. *Revista Científica Electrónica de Psicología [revista en Internet]*. Disponible en <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/No.4-12.pdf>
9. Ochoa S. Validación y confiabilidad del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) aplicado en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Científica Electrónica den Psicología [revista en Internet]*. Disponible en http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/2_-_N_o._5.pdf
10. Raush C, Bay L. Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía. Argentina: Paidós; 1990.
11. Unikel-Santoncini C, Saucedo-Molina T, Villatoro-Velázquez J, Fleiz-Bautista C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002;25(2):49-57.
12. Jourard SM. La personalidad saludable: punto de vista de la psicología humanística. México: Trillas; 1987.
13. Gempeler J. Historia fotográfica del cuerpo, exposición y prevención de respuesta e integración sensorial como herramientas terapéuticas integradas para la flexibilización de la distorsión corporal en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Colomb Psiquiatr* 2004;33(1):9-20.
14. Rivarola, M. La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades* 2003;4(7): 149-161.
15. Stice E, Schupak-Neuberg E, Shaw H, Stein RI. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *J Abnorm Psychol* 1994;103(4):836-840.
16. Stice E, Shaw H. Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *J Soc Clin Psychol* 1994; 13(3):288-308.
17. Vandereycken W, Noordenbos G. La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario. [Monografía en internet]. España: Ediciones Granica; 2000. Disponible en <http://books.google.com.mx/books>
18. Toro J, Salamero M, Martínez E. Assessment of sociocultural influences of the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(3):147-151.
19. Vázquez R, Álvarez G, Mancilla J. Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental* 2000;23(6):18-24.
20. Rodríguez-Campayo M, Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T, Martínez-Sánchez F. Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31(2):59-64.
21. Calleja N, Gómez-Peresmitré G. Psicología social: investigación y aplicaciones en México. México: Fondo de Cultura Económica; 2001.

Figuroa-Rodríguez A et al. Conductas alimentarias en adolescentes

**Figuroa-Rodríguez A
et al. Conductas
alimentarias
en adolescentes**

22. Heatherton TF, Polivy J. Chronic dieting and eating disorders: a spiral model. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corp.; 1992.
23. Polivy J, Herman CP. Diagnosis and treatment of normal eating. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(5): 635-644.
24. Stice E. Risk factors for eating pathology: recent advances and future directions. En: Striegel-Moore R, Smolak L, editores. *Eating disorders: innovative directions in research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001. p. 51-73.
25. Polivy J, Herman CP. Dieting and bingeing: a causal analysis. *Am Psychol* 1985;40(2):193-201.
26. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Ann Rev Psychol* 2002;53:187-213.
27. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Blanco J, Rojas E, Fleiz C, et al. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en los adolescentes de la ciudad de México. Trabajo presentado en la XXVIII Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Distrito Federal, México, 2008.