

# CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESTUDIANTES DE 13 A 18 AÑOS

Claudia Unikel\*, Teresita Saucedo-Molina\*\*, Jorge Villatoro\*, Clara Fleiz\*

## SUMMARY

**Objective:** To learn about the relationship between percentilar Body Mass Index and risk eating behaviors in Mexican adolescents.

**Method:** A sample of 7 597 adolescents between 13 and 18 years was obtained from the Drug and Alcohol Prevalence in the Student Population Survey of Mexico City in 1997. A self report questionnaire of 11 items was used to assess their eating behavior during the three previous months before applying the survey. Comparisons by sex and age were carried out.

**Results:** The data showed a trend to present higher percentages of risk eating behaviors as Body Mass Index and age increases. Although this same trend was observed in both sexes, women show higher means of clinical symptoms compared to men. In agreement to the results obtained, it may be concluded that 1.5% of the men between 13 and 15 years, and 2.2% of the men between 16 and 18 years meet the risk criteria for developing an eating disorder, while these percentages increase up to 5.4% in women between 13 and 18 years and up to 16.1% in women between 16 and 18 years. It was observed that adolescents with overweight are those who meet higher percentages of risk eating behaviors. This fact indicates that overweight must be considered as an important predisponent characteristic for the development of eating disorders. The small percentage of adolescents with low and very low weight that presents risk eating behaviors, also deserve our attention, as their eating behavior might be motivated by body image distortion (they perceive themselves fatter than they really are).

**Conclusions:** This data show that 1) There is a relationship between Body Mass Index and risk eating behaviors, and that 2) Overweight and low weight should both be considered as risk factors for the development of eating disorders.

**Key words:** Risk eating behaviors, Body Mass Index, anorexia nervosa, bulimia nervosa, Mexico.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la relación entre el Índice de Masa Corporal (percentilar) y la práctica de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos.

**Método:** Se extrajo una muestra (N=7 597) de adolescentes de 13 a 18 años a partir de los datos recopilados por la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997. Se utilizó un cuestionario autoaplicable de 11 preguntas para medir la conducta alimentaria en los tres meses previos a la aplicación. Se hicieron comparaciones por sexo y grupos de edad.

**Resultados:** Se observó una tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria a medida que se incrementa el Índice de Masa Corporal y la edad de los sujetos. Si bien en ambos sexos se observa la misma tendencia, las mujeres reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres. Conforme a los resultados obtenidos se puede concluir que 1.5% de los hombres de 13 a 15 años y 2.2% de los hombres de 16 a 18 años se encuentran en riesgo de desarrollar una patología alimentaria, mientras que en las mujeres, estos porcentajes llegan hasta 5.4% en las de 13 a 15 años y a 16.1% en las de 16 a 18 años. Se observó que los adolescentes de uno y otro sexo de ambos grupos de edad, con sobrepeso y obesidad, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. Este hecho señala la importancia que tiene considerar al peso corporal como un importante factor predisponente del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Los adolescentes de las categorías de peso bajo y muy bajo que respondieron afirmativamente a la práctica de este tipo de conductas, también representan un grupo que merece atención, ya que quizá éstas estén siendo motivadas por la distorsión de la percepción del propio cuerpo (por verse más gordos de lo que realmente son).

\* Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. \*\* Profesora Titular E. Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE.

Correspondencia: Mtra. Claudia Unikel Santoncini. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco #101, San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F. Teléfono: 56 55 28 11 Ext. 185 Fax: 55 13 34 46. E-mail: unikelc@imp.edu.mx  
Recibido: Primera versión: 8 de mayo de 2001. Segunda versión: 24 de octubre de 2001. Aceptado: 21 de enero de 2002.

**Conclusiones:** Los datos presentados muestran 1) Que hay relación entre el Índice de Masa Corporal y las conductas alimentarias de riesgo. 2) Que es importante considerar que tanto el sobrepeso como el bajo peso son elementos de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

**Palabras clave:** Conductas alimentarias de riesgo, Índice de Masa Corporal, anorexia nervosa, bulimia nervosa, México.

La adolescencia es una etapa particularmente importante en el ciclo de vida. Una de las principales señales de maduración es el rápido aumento de la estatura y del peso, que en las mujeres empieza entre los 9 años y medio y los 14 años y medio, y en los hombres entre los 10 y los 16 años, prolongándose, aproximadamente, durante 2 años (2).

Durante la pubertad y la adolescencia media, aumenta en las mujeres la grasa subcutánea y se ensancha la cadera debido al crecimiento de la pelvis, pero también a la acumulación de grasa en esta zona. Igualmente se incrementan las necesidades nutricias por su relación con una mayor cantidad de estrógeno y progesterona. En los hombres, el aumento de testosterona y andrógenos en las mujeres y de testosterona y andrógenos produce un incremento significativo de la masa magra, de la masa esquelética y, por ende, de una mayor masa celular (hipertrofia); mientras que en las mujeres, los estrógenos y la progesterona estimulan la creación de un mayor depósito de grasa. Todo esto provoca cambios corporales importantes que pueden ser causa de sobrepeso, lo cual, a su vez, puede dar lugar a conductas alimentarias alteradas que se reflejan en restricciones y modificaciones en la calidad y en la cantidad de nutrientes. Esto repercute en el estado de salud y ocasiona fallas en el crecimiento físico y psicológico de los jóvenes (17).

La preferencia actual por la delgadez y por un físico pre-pubescente propicia que las mujeres se muestren muy insatisfechas con sus cuerpos en el proceso de su desarrollo adolescente. En general, las niñas que maduran más tarde que sus compañeras (en las que se presenta la menarca después de los 14 años) tienen una imagen corporal más positiva que aquellas a las que les llega más temprano (antes de los 11 años) o a tiempo (entre los 11 y los 14 años) (25). Contrariamente, se ha observado que los varones prefieren una figura más gruesa durante el crecimiento, hecho que les produce mayor satisfacción. A diferencia de las

mujeres, el desarrollo temprano en los varones se asocia con una mejor aceptación de sus compañeros, más equilibrio, tranquilidad, tendencia a ser líderes y a mostrar menos impulsividad. A todas las edades, las mujeres están menos satisfechas con su propio peso y con su figura corporal, siendo éste el factor en el que hay más discrepancia entre ambos sexos (22).

Se han hecho investigaciones desde la perspectiva de las teorías del desarrollo en las que se hace hincapié en la importancia del papel que desempeña el desarrollo de la infancia y de la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal. La etapa de la adolescencia se relaciona con múltiples cambios físicos y psicológicos y se ha considerado como un factor importante para el desarrollo adecuado de la imagen corporal. En la adolescencia aumenta la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, a la creciente introspección, a la importancia que se le da al grupo de pares, a los rasgos físicos, y a la creciente tendencia a compararse con las normas de origen cultural. Algunos estudios han demostrado que mientras más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente, menos tolerante será con su estado físico (21).

Fichter (7) menciona que el "ideal de delgadez" tiene una especial influencia negativa en las personas jóvenes que buscan su identidad, en los que suprimen o no reconocen sus propias capacidades y, por lo tanto, no son capaces de expresarlas. Estas personas dependen en gran medida de la atención y el reconocimiento de los demás, por lo que si se desvían de la persecución del ideal de delgadez sobrevalorado por la cultura de los jóvenes, e incluso por su misma familia, puede traer consigo graves crisis y, en casos extremos, forzarlos a someter su cuerpo a condiciones anómalas para conseguir dicho ideal.

En las últimas tres décadas del siglo XX, ocurrió un cambio en los países occidentales que está relacionado con los ideales estéticos del cuerpo. Este cambio es comprensible desde la perspectiva antropológica, epidemiológica y de la evolución del hombre, ya que se ha comprobado que la obesidad es un factor de riesgo para contraer múltiples enfermedades (20). El someterse a dietas y el deseo de ser delgada han alcanzado el estatus de una obsesión cultural, y las principales protagonistas de esta demanda contemporánea son las mujeres, hecho atribuible al importante papel de la apariencia física y

la atracción sexual como condiciones para la autoestima y el éxito social de la mujer.

Desde la perspectiva de género, los trastornos de la alimentación son la expresión más abierta, global y sintomática de la falta de habilidad de la mujer para regir su vida y para contrarrestar su curso traumático (11). Las mujeres y las niñas son motivadas a auto-evaluarse en términos de la cantidad de comida que consumen o que se niegan a sí mismas, y adquieren un sentido de justificación moral a través del control físico. Esta actitud se encuentra tan profundamente enraizada en la conciencia social que uno de los principales requisitos para que una mujer sea atractiva o deseada se centra en su habilidad para negarse a sí misma el alimento. La investigación en este campo ha demostrado que no sólo un cuerpo delgado es más atractivo, sino que comer poco es más femenino (14). La promesa de alcanzar la delgadez y la gran promoción que se hace para alcanzarla, invitan a someterse a dietas, aun a las personas que no tienen sobrepeso. Es importante señalar que la cultura de las dietas se encuentra al alcance de los niños y los preadolescentes (9); a las niñas, en particular, se les invita y se les recuerda continuamente el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez. La libertad para comer trae implícita la libertad para hacer dietas (12).

La autopercepción de la obesidad se relaciona con la propia insatisfacción por la forma del cuerpo y con poca autoestima, de lo que resultan los intentos para bajar de peso. Es por esto que se ha considerado a la obesidad premórbida como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (12).

Cattarin y Thompson (6), en un estudio longitudinal de tres años, encontraron que la obesidad es un predictor de insatisfacción por la figura y el peso en las adolescentes. Los autores señalan que la apariencia física es un buen predictor del riesgo que corren de recibir retroalimentación negativa en relación con su cuerpo. Según los hallazgos de Thompson y cols. (25), la crítica desempeña un papel mediador entre el peso corporal y la insatisfacción corporal. Esto significa que la obesidad por sí misma y en conjunto con sus consecuencias sociales, como la crítica, contribuyen a desarrollar un malestar subjetivo por la apariencia física, y como los problemas que surgen por la imagen corporal son aspectos integrales de la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria y de la obesidad, resulta necesario comprender los aspectos teóricos y prácticos relacionados con las

diferentes alteraciones de la imagen corporal, ya sea la insatisfacción o la percepción de la misma, para diseñar el tratamiento. Pike y Rodin (19) mencionan que hacer dietas rara vez es una conducta autónoma. Las mujeres jóvenes se sienten presionadas para que sean delgadas y por lo general hacen dieta en respuesta a las demandas sociales y a los estándares propios de su sexo, de tal forma que alejarse de este patrón de conducta las pone en riesgo de recibir críticas negativas de los demás.

Gómez Peresmitré (8) encontró en una muestra de preadolescentes mexicanas ( $X=10.8$ ,  $0.846$  años) de escuelas públicas y privadas del Distrito Federal ( $N=200$ ), que las niñas habían seleccionado como figura ideal una más delgada que su IMC-real, y que esta tendencia se incrementaba a medida que aumentaba la edad de los sujetos. Asimismo, la actitud de las preadolescentes con respecto al peso corporal fue muy favorable para la delgadez, ya que una tercera parte de la muestra respondió que le gustaría pesar menos de lo que pesaba aunque se encontrara en el rango de delgadez o de emaciación. Estos resultados concuerdan con lo encontrado en muestras de adolescentes mexicanas de 13 a 18 años de edad (27) de escuelas públicas, privadas y de ballet ( $N=148$ ). Todas mostraron una visión negativa hacia la gordura, a la que consideraron como una condición antiestética no deseable, causante de problemas psicológicos y de salud, con repercusiones en el desempeño y en la calidad de vida. Esta tendencia fue más notable en las estudiantes de ballet.

Entre los hombres mexicanos se ha encontrado que, a diferencia de las mujeres, su figura ideal es más grande que la figura actual (4, 10), lo que concuerda con lo mencionado por Bruchon-Schweitzer (1992), y citado en Gómez y cols. (10), acerca de que el ideal del cuerpo masculino es una figura musculosa, sin que esto implique que aumente la grasa.

Con base en lo expuesto anteriormente, el presente trabajo tiene la finalidad de analizar la relación que hay entre el Índice de Masa Corporal (percentilar) y la práctica de conductas alimentarias de riesgo, en una muestra representativa de estudiantes mexicanos de ambos sexos.

## MÉTODO

### *Población y muestra*

Los datos utilizados en el presente estudio forman parte de la encuesta de 1997 sobre la Pre-

valencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal, cuya muestra se obtuvo de los registros oficiales del ciclo escolar 1996-1997 de la Secretaría de Educación Pública. Los detalles sobre la metodología utilizada ya han sido publicados previamente (28, 29).

La muestra seleccionada para este trabajo estuvo constituida por hombres (N=3 640) y mujeres (N=3 957) de 13 a 18 años, la cual se dividió en dos grupos de edad de acuerdo con dos de las etapas de la adolescencia señaladas por Blos (3): adolescencia temprana (entre los 13 y los 15 años) y adolescencia media (entre los 16 y los 18 años).

### *Instrumento*

El instrumento utilizado para medir las conductas alimentarias de riesgo fue elaborado específicamente para este estudio (28), con base en los criterios diagnósticos que propone el DSM-IV para los trastornos de la conducta alimentaria (1). Las preguntas se refieren a la práctica de conductas alimentarias durante los 3 meses previos a la aplicación de la encuesta, con tres opciones de respuesta: 1) No, 2) Algunas veces y 3) Dos o más veces en una semana. Además de la sección sobre conductas alimentarias, se les preguntó su peso y su talla, y la autopercepción que tenían de su propio cuerpo en función de su peso (muy delgado; delgado; ni gordo ni delgado; gordo y muy gordo), con la finalidad de conocer su distorsión sobre su imagen corporal, la cual se conoce como el menor o mayor alejamiento concreto del peso imaginario con respecto al peso reportado por el sujeto (las especificaciones sobre la elaboración y calificación del instrumento se pueden consultar en Unikel y cols.) (27).

Para calcular el Índice de Masa Corporal-percentilar, se anotó el peso y la talla que dijeron tener los sujetos por autorreporte. Cabe mencionar que algunos estudios han confirmado la confiabilidad de los sujetos sobre su peso y su talla (23, 24). De estos datos se calculó la distribución percentilar del Índice de Masa Corporal-IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) por sexo y edad, considerando los puntos de corte recomendados por Must, Dallal y Dietz (18), y Marrodán y cols.

(16), en donde se define la obesidad (como percentil >95, el sobrepeso como percentil >85, el peso normal como percentil 15-85, el peso bajo como percentil <15 y el muy bajo como percentil <5)\*.

Una vez obtenidos los puntos de corte del IMC para cada edad y sexo, se hicieron los cruces respectivos con las conductas alimentarias de riesgo y con los indicadores clínicos establecidos (27), los cuales fueron: la sobrestimación del peso corporal, la práctica de métodos restrictivos o purgativos para bajar de peso y la preocupación por engordar. Estos se dividieron en dos categorías de análisis: 1) práctica "alguna vez" y 2) práctica "frecuente". Esta última se utilizó para llevar a cabo el análisis de los datos, debido a que es la que identifica a los sujetos que cumplen con el criterio diagnóstico de frecuencia y duración de cada una de las conductas alimentarias estudiadas.

### *Procedimiento*

La información se obtuvo por medio de un cuestionario estandarizado que se aplicó de manera grupal en el salón de clases, y cuya aplicación duró un promedio de 75 minutos.

El diseño operativo de la encuesta incluyó un coordinador central, cuatro supervisores y 21 encuestadores, seleccionados de un total de 25 sujetos capacitados. El coordinador central fue el responsable de controlar el trabajo de campo, y se encargó de la entrega de materiales y del ejercicio financiero. Los supervisores tenían la misión de vigilar el trabajo de campo en una determinada zona o delegación, y de ayudar a los encuestadores a solucionar algunos problemas, como la localización y los permisos para entrar a las escuelas. Los encuestadores seleccionaron los grupos y aplicaron los cuestionarios. El curso de capacitación duró 18 horas, e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, los antecedentes y los objetivos del proyecto, así como el manejo del cuestionario y de las instrucciones para aplicarlo y para seleccionar los grupos. Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir las instrucciones de manera que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el absoluto anonimato de sus respuestas. Además, se trataron todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores. Una vez aplicados los cuestionarios, los encuestadores verificaron las respuestas; el procedimiento fue supervisado por el coordinador central y por

\* SAUCEDO T, UNIKEL C, VILLATORO JA, MEDINA-MORA ME, FLEIZ C, ALCANTAR EN, NAVARRO C: Curvas percentilares del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 12 a 19 años. Trabajo presentado en el IV Congreso Internacional de Nutriología, Jalapa, México, 2000.

**CUADRO 1**  
**Porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo de acuerdo con las categorías del Índice de Masa Corporal y los grupos de edad**  
**Hombres**

	13-15 (N=2424)					16-18 (N=1216)				
	Peso muy bajo	Peso bajo	Peso Normal	Sobre-peso	Obesidad	Peso muy bajo	Peso bajo	Peso Normal	Sobre-peso	Obesidad
Preocupación por engordar	2.7	3.8	4.4	10.8	12.0	4.8	1.8	5.3	11.8	11.1
Atracones	5.4	2.3	5.3	3.5	4.4	3.2	10.0	8.1	7.2	2.7
Sensación de falta de control al comer	2.7	1.9	2.6	3.9	4.5	1.6	5.5	16.0	2.4	2.7
Vómito autoinducido	0.7	0.4	0.4	1.7	1.5	-	-	0.5	0.8	-
Ayunos	1.4	0.8	0.5	2.6	3.0	-	-	0.8	0.8	4.0
Dietas	2.7	1.5	1.8	4.4	2.3	-	-	1.5	1.6	2.7
Ejercicio excesivo	12.0	9.8	17.3	24.8	22.9	3.2	7.3	18.9	28.6	30.7
Pastillas para adelgazar	-	0.8	0.6	0.9	0.8	-	-	0.7	-	-
Diuréticos	-	-	0.5	0.4	1.5	-	-	0.1	0.8	-
Laxantes	0.7	0.8	0.6	0.9	-	-	0.9	0.1	-	-
Enemas, supositorios y lavativas	-	0.4	0.4	0.4	-	-	-	0.4	-	-

los supervisores. Para la captura y validación de la información se elaboró un programa de cómputo que verificaba la congruencia de las respuestas y, posteriormente, se llevó a cabo una nueva depuración de la base de datos por programa y con base en los cuestionarios.

Los datos fueron analizados con el programa SPSS para Windows, y se utilizaron pruebas no paramétricas para comparar el IMC con las conductas alimentarias, mientras que se usó el análisis de varianza de dos factores para comparar el número de indicadores clínicos con la edad y el IMC.

## RESULTADOS

Al analizar los resultados del estudio se encontró que tanto el grupo de hombres como el de

mujeres, clasificados en la categoría de "sobrepeso", presentaron mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo (cuadros 1 y 2).

Los métodos que utilizan los adolescentes con mayor frecuencia para bajar de peso, sin importar la categoría del IMC a la que pertenezcan, es el ejercicio. Este lo practica un mayor porcentaje de mujeres con peso normal y con sobrepeso, de ambos grupos de edad, y es el único método practicado por los hombres en un porcentaje superior al de las mujeres.

En el grupo de mujeres se puede observar claramente (cuadro 2) que el porcentaje que sigue un método para bajar de peso se incrementa cuando aumenta su IMC, y los que más practican son las dietas y los ayunos. Las mujeres obesas o con sobrepeso del grupo de 16 a 18 años se ayudan con pastillas y con diuréticos

**Cuadro 2**  
**Porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo de acuerdo con las categorías del Índice de Masa Corporal y los grupos de edad**  
**Mujeres**

	13-15 (N=2424)					16-18 (N=1216)				
	Peso muy bajo	Peso bajo	Peso Normal	Sobre-peso	Obesidad	Peso muy bajo	Peso bajo	Peso Normal	Sobre-peso	Obesidad
Preocupación por engordar	8.7	8.0	15.1	25.9	16.2	5.2	12.2	20.6	29.5	28.3
Atracones	3.9	3.0	4.7	5.1	5.1	6.9	7.6	7.3	2.7	9.1
Sensación de falta de control al comer	5.9	4.0	3.3	5.8	5.1	-	0.8	4.0	2.7	9.1
Vómito autoinducido	2.9	1.0	1.5	1.8	0.9	-	0.8	1.0	1.8	2.2
Ayunos	2.9	2.0	2.8	4.3	6.8	1.8	0.8	3.0	9.0	-
Dietas	2.9	3.0	3.6	6.9	6.0	3.4	3.1	5.6	7.3	6.5
Ejercicio excesivo	10.7	11.4	16.8	14.9	12.8	10.3	14.4	17.1	18.0	11.4
Pastillas para adelgazar	2.9	1.0	1.0	2.9	0.8	-	-	2.0	4.5	8.9
Diuréticos	2.9	1.0	0.5	0.7	-	-	-	0.8	5.4	6.7
Laxantes	1.9	-	0.4	0.4	-	-	-	0.6	1.8	4.5
Enemas, supositorios y lavativas	1.9	1.0	0.3	1.1	0.8	-	-	0.3	0.9	2.2

**CUADRO 3**  
**Porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo.**  
**Comparación entre los grupos de edad**  
**Hombres**

	13-15 (N=2424)	16-18 (N=1216)	Ji cuadrada
Preocupación por engordar	5.0	5.9	1.38
Atracones	4.6	7.3	12.93*
Sensación de falta de control al comer	2.5	2.1	0.784
Vómito autoinducido	0.6	0.4	0.624
Ayunos	1.0	0.9	0.128
Dietas	2.0	1.2	2.97
Ejercicio excesivo	16.4	18.6	3.10
Pastillas para adelgazar	0.6	0.5	0.022
Diuréticos	0.5	0.2	2.70
Laxantes	0.7	0.2	3.03
Enemas, supositorios y lavativas	0.5	0.2	1.20

\* p<.001

**CUADRO 4**  
**Porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo.**  
**Comparación entre los grupos de edad**  
**Mujeres**

	13-15 (N=2424)	16-18 (N=1216)	Ji cuadrada
Preocupación por engordar	15.1	19.6	12.89*
Atracones	4.5	6.8	9.21*
Sensación de falta de control al comer	3.7	3.4	0.254
Vómito autoinducido	1.5	1.0	1.73
Ayunos	3.1	2.9	0.047
Dietas	3.9	5.1	3.23
Ejercicio excesivo	15.3	15.5	0.035
Pastillas para adelgazar	1.2	2.0	4.05**
Diuréticos	0.6	1.2	4.25**
Laxantes	0.4	0.7	1.43
Enemas, supositorios y lavativas	0.5	0.4	0.317

\* p<.001

\*\* p<.05

para bajar de peso. Es interesante observar que la preocupación por engordar, los atracones y la sensación de no poder controlar su manera de comer, se incrementa con la edad y con el aumento del IMC. Sólo recurrió al vómito autoinducido, a los laxantes y a los enemas, un mínimo porcentaje de ambos grupos de edad.

El análisis comparativo de uno y otro sexo por grupo de edad mostró diferencias estadísticamente significativas ( $X^2=12.93$ ,  $p<.001$ ) únicamente respecto a los atracones en el grupo de hombres; mientras que en el grupo de mujeres las diferencias se encontraron en su preocupación por engordar ( $X^2=12.89$ ,  $p<.001$ ), en la práctica de atracones ( $X^2=9.21$ ,  $p<.01$ ), y para adelgazar: en el uso de pastillas ( $X^2=4.05$ ,  $p<.05$ ) y de diuréticos ( $X^2=4.25$ ,  $p<.05$ ) (cuadros 3 y 4).

En el grupo de hombres se observaron porcentajes menores a los reportados por las mujeres en todas las conductas estudiadas. La preocupación por engordar, la práctica de ayunos y el seguimiento de dietas en el grupo de 16 a 18 años siguen el mismo patrón ya men-

cionado en las mujeres, es decir, se incrementan con la edad y con el IMC de los sujetos; sin embargo, el resto de las conductas no tiene un patrón definido.

Al hacer el cruce entre el IMC y el número de indicadores clínicos, se observa que el porcentaje de hombres de 13 a 15 años con sobrepeso y obesidad que practicaban una sola conducta alimentaria de riesgo, fue de 30.4% y 52.6%, contra 33.3% y 42.7% en los sujetos de 16 a 18 años en las mismas categorías de peso. Resulta interesante que en los sujetos obesos de 16 a 18 años disminuye 9.9% el valor correspondiente a un indicador clínico, pero aumenta 5.4% al hacer la comparación con los hombres que mencionaron practicar dos indicadores clínicos. En este mismo orden de ideas, al llevar a cabo un análisis de varianza de dos factores (IMC y edad), los resultados mostraron que el número de indicadores clínicos se incrementa a medida que aumenta el peso corporal, con diferencias estadísticamente significativas, pero no influye la edad [ $F(3 \ 712/5) =60.79$   $p<.0001$ ] (cuadros 5 y 6).

**CUADRO 5**  
**Porcentajes del número de indicadores clínicos**  
**Hombres de 13 a 15 años**  
**N=2424**

Número de indicadores clínicos	Índice de Masa Corporal				
	Peso muy bajo	Peso bajo	Peso normal	Sobre-peso	Obesidad
0	85.1	86.1	77.9	63.3	31.4
1	12.3	12.5	19.3	30.4	52.6
2	2.6	1.5	2.8	6.3	14.6
3	-	-	-	-	1.5
4	-	-	-	-	-

En las mujeres se observa la misma tendencia que en los varones (cuadros 7 y 8), si bien en los sujetos de 13 a 15 años con sobrepeso y obesidad, el porcentaje de los que reportaron con más frecuencia practicar un solo indicador de riesgo (32% y 46.3%, respectivamente) fue similar al porcentaje de los sujetos entre 16 y 18 años (31.6% y 43.5%). Al incrementarse la edad aumentan los porcentajes del número de los indicadores clínicos en ambas categorías de peso, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas al comparar los grupos de edad, pero sí lo son para las categorías del IMC [ $F(3, 985/5)=22.52$ ,  $p<.0001$ ] (cuadros 7 y 8).

## DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permiten confirmar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, características de los trastornos alimentarios, en la población mexicana adolescente.

Si bien los datos no proporcionan el diagnóstico de un trastorno alimentario, expresan las tendencias subclínicas (5) que ponen en riesgo la salud física y mental de estos adolescentes. Es importante resaltar que aunque no se tenga un diagnóstico confirmatorio, no se debe subestimar la presencia de estas conductas, principalmente porque en México se desconoce el

**CUADRO 6**  
**Porcentajes del número de indicadores clínicos**  
**Hombres de 16 a 18 años**  
**N=1216**

Número de indicadores clínicos	Índice de Masa Corporal				
	Peso muy bajo	Peso bajo	Peso normal	Sobre-peso	Obesidad
0	92.2	91.8	75.7	60.5	36.0
1	7.8	6.4	20.6	33.3	42.7
2	-	1.8	3.6	5.4	20.0
3	-	-	0.1	0.8	1.3
4	-	-	-	-	-

**CUADRO 7**  
**Porcentajes del número de indicadores clínicos**  
**Mujeres de 13 a 15 años**  
**N=2726**

Número de indicadores clínicos	Índice de Masa Corporal				
	Peso muy bajo	Peso bajo	Peso normal	Sobre-peso	Obesidad
0	79.0	82.8	70.4	57.0	38.8
1	16.2	11.8	22.9	32.0	46.3
2	3.8	4.9	5.6	9.9	13.2
3	1.0	0.5	1.1	1.1	1.7
4	-	-	-	-	-

porcentaje de casos subclínicos que evolucionan hacia un trastorno clínico. Sin embargo, se sabe que estas patologías se encuentran entre los padecimientos psiquiátricos más comunes entre las mujeres jóvenes, que los casos subclínicos comparten los mismos síntomas y que se asocian con altos porcentajes de morbi-mortalidad, por lo que es importante tratar de detectarlos y de tratarlos. Por otro lado, se sabe que hasta la fecha no se han combatido la expectativas de delgadez marcadas por la cultura, por lo que es probable que la incidencia de los trastornos alimentarios siga aumentando (13).

Como se ha detectado previamente en otros estudios realizados en México (26, 27), los datos obtenidos confirman que en la medida en la que aumenta la edad de los sujetos, los porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo son mayores en ambos sexos, si bien en el presente estudio las diferencias entre los grupos no fueron estadísticamente significativas. Por otro lado, y como parte de los objetivos planteados en este trabajo, se encontró que las conductas alimentarias de riesgo también se incrementan en la medida en la que aumenta el Índice de Masa Corporal, lo cual se encontró tanto en hombres como en mujeres. De tal forma que los adolescentes de la muestra estudiada que se encuentran más afectados, son aquellos entre los 16 y los 18 años de edad que se clasifican

**CUADRO 8**  
**Porcentajes del número de indicadores clínicos**  
**Mujeres de 16 a 18 años**  
**N=1231**

Número de indicadores clínicos	Índice de Masa Corporal				
	Peso muy bajo	Peso bajo	Peso normal	Sobre-peso	Obesidad
0	86.4	82.0	65.4	53.5	39.1
1	10.2	9.0	24.7	31.6	43.5
2	3.4	8.3	8.9	11.4	6.5
3	-	0.8	1.0	3.5	6.5
4	-	-	-	-	4.3

en las categorías de sobrepeso y de obesidad del IMC, sin dejar de tomar en cuenta que los adolescentes de menor edad que presentan este tipo de conductas puedan desarrollar una patología alimentaria mayor en los años subsecuentes pues, como menciona Hill (1993), la experiencia temprana de insatisfacción con la propia figura y la práctica de dietas durante largo tiempo, incrementa su susceptibilidad a que se presenten posteriormente otros factores precipitantes.

En la actualidad preocupa que las dietas restrictivas, particularmente entre la población joven, se haya convertido en el estilo "normal" de alimentarse. Uno de los principales atractivos de esta práctica es que su definición es arbitraria; es decir, casi cualquier cosa que se parezca a comer menos calorías se puede considerar como una dieta restrictiva. La visión popular acerca de las dietas es que son una forma de automedicarse a bajo costo, que requieren de poco esfuerzo y no causan ningún daño, sino que, por el contrario, prometen la figura corporal deseada y percibirse con un mejor estado de salud (12,14). No obstante, el porcentaje de mujeres que persiste en una dieta de más de 6 meses tiende a ser pequeño (9%) (15). Para comprender por qué algunas personas se mantienen a dieta, es necesario conocer la relación que hay entre la autoestima y el tamaño del cuerpo, y la tendencia a funcionar de manera autónoma *versus* la tendencia a controlar el ambiente.

Es interesante observar los resultados del ejercicio en la pérdida de peso. Como los datos obtenidos no especifican la cantidad de horas dedicadas a esta práctica, se considera importante investigar más a fondo para poder ampliar o modificar la relación que hay entre el ejercicio y la salud, porque si bien el ejercicio es apropiado para mejorar el estado de salud y para bajar de peso, cuando se acompaña de una mala alimentación o cuando toma características compulsivas, puede ser muy contraproducente.

Según Huon (14), la meta de los programas orientados a prevenir los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nervosa) debe ser que la mujer tenga la capacidad de responder positivamente a los retos ambientales. Las adolescentes y las jóvenes requieren de ayuda para reconocer que en la medida en que enfoquen su atención y su energía a alcanzar una imagen corporal ideal, limitan su poder para desarrollarse y tener éxito en otras áreas.

Es importante hacer notar la influencia del modelo estético corporal, actualmente hegemóni-

co en la cultura occidental, que genera una sensación de insatisfacción con la propia figura, lo que, a su vez, incita a buscar estrategias para lograr una figura más acorde con este modelo, principalmente el ejercicio y la disminución de la ingestión de alimentos en forma de dietas o ayunos. De acuerdo con el Índice de Masa Corporal los adolescentes con un mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo, fueron los clasificados en las categorías de sobrepeso y obesidad. Con base en estos resultados, es posible que, al encontrarse más alejados del ideal estético prevaleciente, los adolescentes pertenecientes a estas dos categorías sean los que sienten mayor presión proveniente de los medios de comunicación y de sus compañeros y familiares para que "mejoren su imagen", para lo cual deberán recurrir a un mayor número de estrategias para bajar de peso. Es de suma importancia considerar las consecuencias físicas y psicológicas de estas prácticas, que al principio pueden aumentar la autoestima, pero que después pueden resultar extremadamente perjudiciales y difíciles de tratar, sobre todo cuando se complican con otros trastornos psiquiátricos.

## REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. Washington, 1994.
2. BERHMAN RE, VAUGHAN VC (eds.): *Nelson: Textbook of Paediatrics*. Saunders, Philadelphia, 1997.
3. BLOS P: *Psicoanálisis de la Adolescencia*. Joaquín Mortiz, México, 1989.
4. BOLAÑOS MCR: Diferencias que existen en la auto-percepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1998.
5. BUTTON EJ, WHITEHOUSE A: Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 11:509-516, 1981.
6. CATTARIN JA, THOMPSON JK: A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders J Treatment Prevention*, 2:114-125, 1994.
7. FICHTER MM: Bulimia nervosa and bulimic behaviour. En: *Bulimia Nervosa: Basic Research, Diagnosis and Therapy*. Fichter MM (ed.). John Wiley & Sons, Chichester, 1990.
8. GOMEZ-PERESMITRE G: Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana Psicología*, 14(1):31-40, 1997.
9. GOMEZ-PERESMITRE G, AVILA E: ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología Iberoamericana*, 6(2):37-45, 1999.



10. GOMEZ-PERESMITRE G, GRANADOS A, JAUREGUI J, TAFOYA S, UNIKEL C: Trastornos de la alimentación: factores de riesgo en muestras del género masculino. *Revista Psicología Contemporánea*, 7(1):4-15, 2000.
11. GORDON RA: *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*. Basil Blackwell, Cambridge, 1990.
12. HILL A: Pre-adolescent dieting implications for eating disorders. *International Review Psychiatry*, 5:87-100, 1993.
13. HSU LKG: Epidemiology of the eating disorders. En: Yager J (ed.) *Psychiatric Clinics North America*, 19(4):681-700, 1996.
14. HUON GF: Health promotion and the prevention of dieting-induced disorders. *Eating Disorders*, 4(1):27-32, 1996.
15. HUON GF, STRONG KG: The initiation and the maintenance of dieting: structural models for large-scale longitudinal investigations. *International J Eating Disorders*, 23:361-369, 1996.
16. MARRODAN SMD, MONTERO DE ESPINOSA GM, PRADO MC: *Antropología de la Nutrición. Técnicas, Métodos y Aplicaciones*. NOESIS, Madrid, 1995.
17. MORALES M, CASANUEVA E: Nutrición en el adolescente. En: Casanueva EM, Kaufer-Horwitz AB, Pérez Lizaur P, Arroyo (eds.). *Nutriología Médica*. Médica Panamericana, 72-84, México, 1995.
18. MUST A, DALLAL GE, DIETZ WH: Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht<sup>2</sup>) and triceps skinfolds thickness. *American J Clinical Nutrition*, 53:839-46, 1991.
19. PIKE KM, RODIN J: Mothers, daughters and disordered eating. *J Abnormal Psychology*, 100:198-204, 1991.
20. RIMM EB, STAMPFER MJ, GIOVANNUCCI E, ASCHERIO A, SPIEGELMAN D, COLDITZ GA, WILLET WC: Body size and fat distribution as predictors of coronary heart disease among middle aged and older US men. *American J Epidemiology*, 141(12):1117-1127, 1995.
21. SCHONFELD WA: El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. En: Caplan G, Lebovici S (eds.) *Psicología de la Adolescencia*. Paidós, Buenos Aires, 1973.
22. SIEGEL JM, YANCEY AK, ANESHENSEL CS, SCHULER R: Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health. *J Adolescent Health*, 25:155-165, 1999.
23. STEWART AL: The reliability and validity of self-reported weight and height. *J Chronic Disease*, 35:295-309, 1982.
24. STUNKARD RJ, ALBAUM JM: The accuracy of self-reported weights. *J Clinical Nutrition*, 34:1593-1599, 1981.
25. THOMPSON JK, COOVERT MD, RICHARDS KJ, JOHNSON S, CATTARIN JA: Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International J Eating Disorders*, 18:221-236, 1995.
26. UNIKEL C: Desórdenes de la alimentación en estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1998.
27. UNIKEL C, MORA J, GOMEZ-PERESMITRE G: Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas inapropiadas del comer. *Rev Interam Psicol*, 33(1):11-29, 1999.
28. UNIKEL C, VILLATORO JA, MEDINA-MORA ME, FLEIZ C, ALCANTAR EN, HERNANDEZ SA: Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista Investigación Clínica*, 52(2):140-147, 2000.
29. VILLATORO JA, MEDINA-MORA ME, CARDIEL H, FLEIZ C, ALCANTAR E, HERNANDEZ S, PARRA J, NEQUIZ G: La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. Medición otoño de 1997. *Salud Mental*, 22(2):18-30, 1999.