



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Licenciatura en Psicología



DETECCIÓN DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE
NUEVO INGRESO DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA

TESIS

Que para Obtener el título de
Licenciado en Psicología

PRESENTA:

Manuel Solache Valderrama

No de cuenta:

1113358

Asesor

Dra. en C.S. Rosalinda Guadarrama Guadarrama

TOLUCA, MÉXICO 15 de Julio del 2021

Índice

Resumen.....	1
Presentación.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1. Conductas Alimentarias de Riesgo	7
1.1 La alimentación	7
1.2 La alimentación en México.....	7
1.3 Las CAR y los TCA.....	9
1.3.1 Principales CAR.....	10
1.3.2 Conductas Purgativas.....	12
1.3.3 Conductas Restrictivas.....	14
1.4 Correlación de las CAR entre hombres y mujeres.....	15
1.5 Factores Sociales de Riesgo	16
1.6 Estudiantes y las CAR	17
1.6.1 Adicciones relacionados con la CAR en estudiantes	18
1.6.2 Consecuencias.....	19
1.7 Prevención	20
CAPÍTULO 2: Insatisfacción Corporal.....	23
2.1 Imagen Corporal.....	23
2.2 Historia	24
2.2.1 Antigua Grecia	24
2.2.2 Edad Media.....	25
2.2.3 El romanticismo	25
2.2.4 Actualidad	26
2.3 Insatisfacción Corporal	26
2.3.1 Insatisfacción Corporal en Mujeres	28
2.3.2 Insatisfacción Corporal en Varones.....	28
2.3.3 Insatisfacción Corporal en estudiantes	30
2.4 Factores de Riesgo	31
2.4.1 Factores Predisponentes	31
2.4.2 Factores de mantenimiento	33
2.5 Consecuencias	34
2.6 Prevención	35
2.7 Tratamientos	35
2.8 Índice de Masa Corporal.....	37

2.8.1 Historia	38
2.8.2 IMC como factor para diagnosticar insatisfacción Corporal	38
2.8.3 Correlación sociodemográfica y económico y el IMC.....	39
2.8.4 IMC entre Hombres y Mujeres.....	40
2.8.5 Correlación entre el IMC y la edad	41
2.8.6 Limitaciones del IMC.....	42
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA.....	28
3.1 Objetivo General.....	28
3.2 Objetivos Específicos	28
3.3 Planteamiento del Problema.....	28
3.4 Tipo de estudio	41
3.5 Variables.....	42
3.6 Población.....	45
3.7 Instrumento.....	45
3.8 Validez y Confiabilidad	46
3.9 Diseño de investigación	46
3.10 Captura de información.....	46
3.11 Procesamiento de los datos	47
CAPITULO 4 RESULTADOS.....	48
CAPITULO 5 DISCUSIÓN.....	55
CAPITULO 6 CONCLUSIONES.....	60
CAPITULO 7 RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS.....	64
ANEXOS.....	80

Índice de cuadros, figuras y tablas

<i>Figura 1. Adaptación de las etapas de la Alimentación en México. Fuente: Román et al. (2013).....</i>	<i>8</i>
<i>Figura 2. Adaptación de la Clasificación de las Conductas Alimentaria de Riesgo. Fuente: Leonardelli et al. (2017).....</i>	<i>11</i>
<i>Tabla 1. Porcentajes del Índice de Masa Corporal</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 2. Frecuencias y Porcentajes de Escalas e Índice de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 3. Frecuencia y Porcentajes de Índices psicológicos</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 4. Frecuencia y Porcentajes de Índices psicológicos</i>	<i>54</i>

Resumen

El objetivo general de la presente investigación fue detectar el nivel de las conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes de nuevo ingreso en la Carrera en Psicología de una Universidad Pública del Estado de México. La muestra incluyó 298 estudiantes con una edad promedio de 18 años, divididos en 4 grupos del turno matutino y 4 grupos del turno vespertino, quienes contestaron el Inventario de Desórdenes Alimenticios-3 (EDI-3).

Los resultados mostraron que los estudiantes sufren de altos niveles de malestar en las escalas e índice de riesgo de la conducta alimentaria, aunque no mostraron un rango alto en la escala de baja autoestima, los estudiantes obtuvieron un rango alto en las escalas de perfeccionismo y miedo a la madurez. Los hallazgos de esta investigación mostraron que los estudiantes a pesar de ser tan jóvenes sufren de insatisfacción corporal, tienen sentimientos de perfeccionismo y un miedo a la madurez vinculados al desarrollo de las CAR

Presentación

Las Conductas Alimentarias de Riesgo son acciones que alternan los hábitos alimenticios saludables de la persona quien lo padece, generalmente este tipo de conductas están motivadas gracias a la insatisfacción corporal que sufre debido a la silueta de su cuerpo por lo que busca de manera voluntaria conductas no saludables que le ayuden a modificar su cuerpo o bajar de peso. Generalmente las CAR son realizadas por mujeres, sin embargo el sector masculino ha ido incrementado considerablemente por lo que el objetivo general de esta tesis es la detectar el nivel de las conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes de nuevo ingreso en la Carrera en Psicología de una Universidad Pública.

La tesis esta estructurada en 5 capítulos. El capítulo 1: Conductas Alimentarias de Riesgo menciona el significado de las CAR, las principales conductas de riesgo y como están divididas, además se explican la manera en que afectan al sexo masculino y femenino, otra sección esta enfocada en estudiantes y como las CAR influyen en su vida rutinaria.

En el capítulo 2: Insatisfacción corporal habla que la insatisfacción corporal es un factor predominante para la realización de las CAR por lo que se aborda la historia de la evolución de la imagen corporal, la manera en que está presente la insatisfacción corporal en el sector masculino y femenino añadiendo una sección de insatisfacción corporal en estudiantes, las consecuencias que conlleva la insatisfacción además de la prevención y los tratamientos que conllevan. Otro tema que se aborda en este capítulo es la correlación que existe entre la insatisfacción corporal y el IMC.

En el capítulo 3: Metodología se aborda la metodología donde se explica tanto el objetivo general como los específicos, el tipo de estudio, las variables y la población, la descripción del instrumento EDI-3 y su validez en la población mexicana, además del diseño de investigación y el procedimiento para obtener los datos.

En el capítulo 4: Se explica los resultados obtenidos de la aplicación del EDI-3. En el capítulo 5: Se hace discusiones entre los resultados y el marco teórico. En el capítulo 6 se mencionan las conclusiones a las que se llegó debido a los resultados que se obtuvieron y por último el capítulo 7: se hacen recomendaciones para futuras investigaciones. En referencias se encuentran todas las citas bibliográficas que se usaron para esta investigación. En anexos se encuentran los documentos oficiales que se usaron para la investigación.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la alimentación se ha convertido en una actividad que busca una aprobación social por lo que la búsqueda de ingerir alimentos cuyo valor nutritivo es alto ha quedado relegado a segundo término ya que se enfocan en ingerir distintos tipos de alimentos con un valor calórico bajo, además en que los tiempos para consumirlos en ocasiones son muy limitados.

En México, existen platillos que han sido consumidos a lo largo de los siglos, un ejemplo claro es el maíz, alimento que se ha usado desde la época prehispánica y actualmente sigue consumiéndose en la actualidad. Sin embargo, estos platillos, caracterizados por su alto valor nutricional han tenido un desplazamiento por alimentos industrializados debido a la distribución de campañas publicitarias en distintos medios de comunicación o en las redes sociales facilitando su distribución y consumo.

La ingesta constante de alimentos con baja calidad nutricional provoca daños a la salud de la persona quien los consume, el ejemplo mas claro es el desarrollo de la obesidad. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSTE (2016) estima que el 70% de la población mexicana sufre de sobrepeso, además parte de esa población sufre de diabetes e hipertensión. Sin embargo, aunque los problemas psicológicos no son considerados socialmente tan indispensables en comparación a los problemas de salud físicos, estos pueden igualmente pueden afectar las decisiones o condicionar las conductas alimentarias de la persona y sí perduran pueden evolucionar a algún Trastorno de Conducta Alimentaria (Castrejón, 2018).

El padecimiento de algún Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA) es el resultado de las conductas de riesgo que fueron desarrollándose de forma periódica con el paso del tiempo, por lo que la importancia de estudiarlas tiene mayor relevancia para evitar algún TCA. Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) se entienden

como acciones que alteran de manera constante los hábitos alimentarios saludables de la persona (Moral de la Rubia y Meza, 2013).

Las CAR pueden afectar a cualquier persona sin importar su edad, sexo o situación socioeconómica, sin embargo, Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral (2014) explica que son los adolescentes entre los 13 y 18 años, el sector más vulnerable a padecer CAR. Las manifestaciones de las CAR varían dependiendo del tiempo y la constancia de la persona, pero pueden dividirse en dos tipos de CAR, las Conductas Alimentarias Purgativas, estas conductas están asociadas al TCA de Bulimia Nerviosa y las Conductas Alimentarias Restrictivas asociadas al TCA de Anorexia Nerviosa Leonardelli, Losada y Violante (2017).

Los estudiantes al ser de una edad temprana están más expuestos a recibir estímulos que les provoca cuestionarse sobre la estética de su cuerpo por lo que son vulnerables a padecer CAR, entonces las probabilidades de sufrir insatisfacción corporal aumentan, convirtiéndose en un factor predominante que afecta su autoestima y los motiva a realizar dichas conductas, estos estímulos exteriores se ejemplifican con los comentarios de familiares o personas cercanas, los medios publicitarios o la propaganda (Ponce, Turpo, Salazar, Viteri-Condori, Carhuancho y Taype, 2017)

Los estudiantes tienden a desarrollar distintos tipos de CAR dependiendo del motivo por lo que están decididos a realizarlas, usualmente las mujeres escogen conductas que les ayuden a no subir de peso mientras que los hombres escogen conductas que les ayuden a subir su masa muscular, por lo que el IMC puede ser una herramienta para identificar si el estudiante padece insatisfacción corporal (Radilla, Vega, Gutiérrez, Barquera, Barriguette y Coronel, 2015).

Las consecuencias que se presentan gracias a las CAR son: la pérdida de peso muscular aumentando el riesgo de sufrir Anemia, el desgaste de los dientes y el proceso digestivo se vuelve más lento, además, las consecuencias psicológicas

también están presentes y si perduran pueden desarrollarse en un TCA, baja autoestima e incluso la idealización del suicidio. Por lo tanto, las estrategias para prevenirlas son de suma importancia, tanto las investigaciones para seguir indagando y dar recomendaciones al estudiante y a los padres de familia y por último en caso de padecer CAR llevar a cabo el tratamiento donde se le explica de manera sutil pero constante a al estudiante las consecuencias ya mencionadas y se le apoya emocionalmente con el objetivo en que pueda superarla.

Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo: Detectar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes de nuevo ingreso en la Carrera en Psicología de una Universidad Pública, con la finalidad de indagar si estas conductas afectan a los estudiantes debido a la constante exposición de situaciones de estrés y el padecimiento de una baja autoestima influenciadas por la percepción que tienen sobre sus figuras corporales, añadiendo que sus hábitos alimentarios no son los más adecuados ya que pasan muchas horas entre comidas o en ocasiones no ingieren alimentos o en los momentos en que si lo hacen son alimentos de baja calidad nutritiva.

CAPÍTULO 1. Conductas Alimentarias de Riesgo

1.1 La alimentación

La alimentación, usualmente se consideraba únicamente como método de supervivencia debido a la ingesta de alimentos necesarios para subsistir y sobrevivir sin embargo, ha ido modificándose con el paso del tiempo ya que la influencia de los contextos socioculturales modifica el comportamiento de la persona, motivándola a seleccionar sus alimentos de acuerdo a su contexto (Peña y Reidi, 2015). En consecuencia, la ingesta de alimentos se ha convertido en una actividad que busca esa aprobación por los mismos pares y omite la necesidad fisiológica de nutrir al cuerpo mediante hábitos alimentarios saludables, relegándolos a segundo término (Arata, 2009; Oda-Montecinos, Saldaña y Andrés 2015).

La selección sobre los alimentos que se consumen no solo depende del ingreso económico que recibe la persona, también depende de los procesos sociales y culturales, donde las costumbres y las tradiciones determinan la importancia de los alimentos clasificándolos de manera jerárquica dependiendo de su importancia social por lo que el valor nutricional queda desplazado a segundo término, concluyendo las costumbres y tradiciones eligen quien, cuando y donde se pueden consumir, teniendo mayor relevancia la aceptación ideológica que el estado nutricional del alimento (Ortiz, Vázquez y Montes, 2005).

1.2 La alimentación en México

Los alimentos que se han consumido en México se han ido modificando con el paso del tiempo, ya que, en la época prehispánica, las dietas se basaban en maíz, posteriormente se evolucionó hacia la etapa de la colonización hasta llegar a la época actual donde los alimentos se caracterizan por ser industrializados (Román, Ojeda-Granados y Panduro, 2013) (Ver Figura 1). Hoy en día la producción de los

alimentos se debe gracias a la industrialización ya que tiene la capacidad de generar mayor cantidad a un ritmo mas acelerado en comparación a otras épocas, sin embargo, estos alimentos se caracterizan por ser altos en azúcares. (Gómez y Velázquez, 2019).

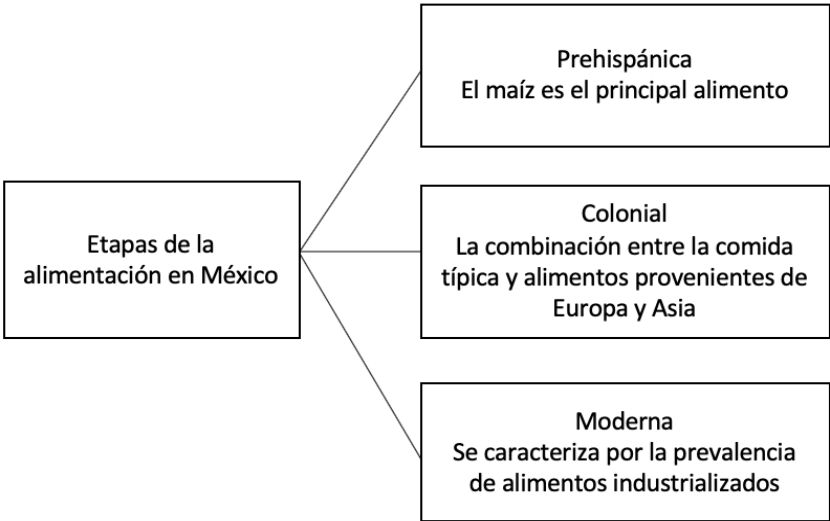


Figura 1: Adaptación de las etapas de la Alimentación en México. Citado en: Román et al. (2013)

Estos alimentos industrializados son medidas optadas por el gobierno mexicano, desde hace décadas han implementado programas como la canasta básica y ha utilizado la tecnología para generar alimentos para abastecer a la población mexicana, no obstante, esto ha provocado el desplazamiento de las comidas tradicionales debido a la facilidad en la que son creados los alimentos procesados aumentando su cantidad sin embargo, trae como consecuencias que la calidad nutricional sea menor abriendo paso a enfermedades crónicas (Ortiz, Vázquez y Montes, 2005).

El consumo de alimentos industrializados trae consecuencias a largo plazo, Gómez y Velázquez (2019) explican que las enfermedades físicas como la hipertensión, la obesidad o la diabetes son las consecuencias principales del consumo constante

de los alimentos procesados. Sin embargo, Castrejón (2018) insiste en que los problemas físicos no son la única consecuencia, los problemas psicológicos influyen en el joven debido a que puede realizar conductas de riesgo en su adolescencia y posteriormente desarrollaría algún Trastorno de Conducta Alimentaria debido a su insatisfacción percibida en su cuerpo.

El factor predominante que influye al momento de comprar alimentos procesados y con baja calórica, son los medios publicitarios, Castrejón (2018) explica que los jóvenes entre los 20 y 24 años son la población que mayor consume las redes sociales por lo que sus decisiones alimentarias están influenciadas por los medios publicitarios ya que están expuestos constantemente a ellos.

1.3 Las CAR y los TCA

Se define a las CAR como aquellas conductas que alteran los hábitos alimentarios cotidianos, además, están relacionadas con sentimientos de angustia y culpa que emergen después de haber ingerido cierta cantidad de alimentos y en consecuencia provoca insatisfacción corporal con el mismo cuerpo (Moral de Rubia y Meza, 2013), sí la presencia de las CAR es constante pueden desarrollarse a algún Trastorno de Conducta Alimentaria. Los TCA se definen como “la alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2013, p 329).

Las CAR suelen confundirse muy fácilmente con los TCA debido a la similitud de sus conductas (vómito autoinducido, ejercicio excesivo, restricción de comida, etc) sin embargo los intervalos de tiempo al ejecutar alguna CAR no son tan periódicas y su durabilidad es mucho menor a comparación de los TCA (Unikel, Díaz de León y Rivera, 2017). Por lo que la diferencia entre las CAR y las TCA cataloga a las

primeras como prediagnósticos ya que la constante acumulación de las CAR en la persona puede llegar a desarrollar algún TCA (Berengüí, Ángeles y Soledad, 2016).

La población con más riesgo a desarrollar CAR son los adolescentes debido a las relaciones sociales que tienen con sus mismos pares y las conductas más comunes son el ejercicio excesivo y la provocación de vómito (Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral, 2014; Oliver-Peña et al. 2016). No obstante Bojórquez, Saucedo-Molina, Juárez-García y Unikel-Santoncini (2013) explican que la probabilidad de sufrir conductas alimentarias de riesgos es mínima en la adolescencia ya que aún no están expuestos a los estímulos que motivan a realizar conductas de riesgo.

1.3.1 Principales CAR

Las CAR difícilmente pueden ser diagnósticas, ya que existen una alta diversidad de conductas sin embargo, suelen distinguirse por su frecuencia, prevalencia e intensidad, aunque las CAR coinciden con los TCA en alterar los hábitos alimentarios saludables de la persona. Las conductas alimentarias de riesgo con más probabilidad de realizar son el ejercicio excesivo, el uso de laxantes, dietas y vómito, diversos estudios respaldan la prevalencia de estas conductas (Berengüí, Ángeles y Soledad 2016; Paredes, Nessier y González 2011; Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral 2014; Unikel, Díaz de León y Rivera, 2017).

Leonardelli, Losada y Violante (2017) dividen las CAR en dos tipos: las conductas purgativas, aquellas consisten en: a) vómitos; b) el uso de laxantes; c) el uso de diuréticos; d) exceso de ejercicio y las conductas restrictivas que consisten en: a) restricción de la comida; b) saltar horas de la comida; c) evitación de alimentos específicos; d) deseo constante de mantener el estómago vacío e) implementarse reglas dietéticas altamente exageradas. Las CAR pueden estar catalogadas en los dos tipos de TCA dependiendo de cómo se manifiestan, normalmente las conductas

restrictivas desarrollan la Anorexia, mientras que las conductas purgativas desarrollan la Bulimia. . Tal como se aprecia en la Figura 2.

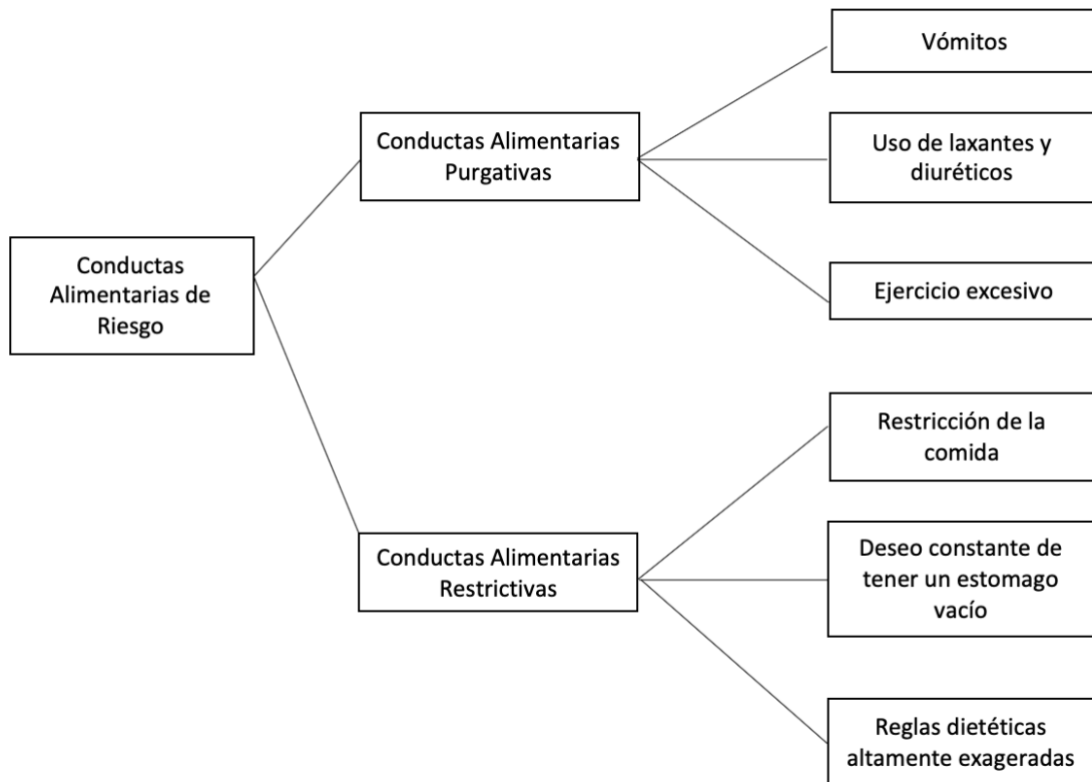


Figura 2. Adaptación de la Clasificación de las Conductas Alimentaria de Riesgo. Fuente: Leonardelli et al. (2017).

1.3.2 Conductas Purgativas

Moncayo (2016) señala que las Conductas Purgativas se asocian directamente con los TCA, específicamente con la Bulimia Nerviosa debido a la motivación de no querer ganar peso justo después de haber consumido comidas además algunos autores como Howard (2018) señalan que las conductas purgativas se relacionan con sentimientos de odio y vergüenza por lo que desarrolla una motivación incontrolable de purgar su cuerpo de los alimentos que se consumieron, convirtiéndose en una conducta repetitiva y adictiva.

1.3.2.1 Vómito auto inducido

Es la conducta más utilizada debido a la facilidad de su realización, basta con introducir el dedo por la boca para estimular la faringe, lo que provoca el vómito de manera voluntaria (Moncayo, 2016). Un estudio realizado por Hernández-Escalante y Laviada-Molina (2014) descubrió que 37 estudiantes se provocan vómito una vez a la semana durante los últimos 3 meses además cuatro casos lo realizaban tres veces por semana por lo que la discreción por realizar esta conducta permite al estudiante a hacerlo de forma constante y periódica.

1.3.2.2 Uso de laxantes y Diuréticos

El fácil acceso a los laxantes y diuréticos provoca que sea otra de las conductas más comunes a realizar dentro de la categoría de las Conductas Purgativas. Benedi y Romero (2006) explican que su principal uso es la liberación de heces fecales debido a la provocación del aumento de nivel de agua en el colon y de la estimulación en el intestino grueso, teniendo un efecto entre 6 y 12 horas desde su administración. Existe una relación entre el uso de laxantes y las dietas restrictivas siendo los varones la población que tiende a realizar dichas conductas (Bojórquez, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla, 2008).

1.3.2.2 Ejercicio Excesivo

El ejercicio se define como cualquier actividad física que implica cualquier movimiento corporal usando cualquier músculo produciendo un gasto de energía (Caspersen, Powell y Christenson, 1985). Se considera CAR al ejercicio si estese realiza de manera excesiva justo después de ingerir cierta cantidad de alimentos o de haber realizado algún atracón con el objetivo de evitar el aumento de peso (Hernández-Escalante y Laviada-Molina 2014).

Jáuregui, Estébanez y Santiago (2008) explican que la evolución rumbo hacia una CAR comienza por la necesidad involuntaria de realizar actividades que conlleven esfuerzo físico evitando la ociosidad y en caso de no realizar dichas actividades se presentan sentimientos de ansiedad, la edad promedio en que puede iniciar esta CAR es entre los 16 años a los 26. Esto concuerda con Martínez y Munguía-Izquierdo (2017) ya que catalogan al ejercicio físico como patológico solo si se usa como método de aislamiento y el desarrollo de sentimientos de angustia en caso de no realizarlo en su horario establecido, ocasionalmente es rígido.

El ejercicio excesivo tiene una importante diferencia con la práctica deportiva sana ya que la primera consiste en realizar por varias horas actividades físicas que ayuden a no subir de peso y en caso de no efectuar, emergen sentimientos de culpa y angustia mientras que la segunda sí bien se emplea varias horas, su objetivo no es bajar de peso sino en desarrollar habilidades específicas (Jáuregui, Estébanez y Santiago, 2008). Sin embargo, tener la capacidad de distinguir entre práctica deportiva sana y ejercicios riesgosos, patológicos y adictivos tiende a ser complicado, se necesita investigar mucho más a fondo esta conducta. (Márquez y de la Vega, 2015)

1.3.3 Conductas Restrictivas

Las conductas restrictivas consisten en evitar la ingesta de ciertos alimentos, además de la selección exhaustiva o el de sustituir alimentos por otros que se caracterizan por no tener un nivel calórico de calidad, otra característica es saltarse los horarios de comida de manera voluntaria, todo esto es motivado por el miedo desmesurado a ganar peso (Attia y Timothy 2018).

1.3.3.1 Restricción de Alimentos

Alimentarse es una práctica tan habitual por lo que es difícil detectar la prevalencia o la intensidad de las Conductas Restrictivas, Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla (2008) consideran que esta práctica se limita únicamente a alimentos que se consideran engordantes, sin embargo se contradice con López-Aguilar, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, Ocampo y Álvarez-Rayón (2017) ya que señalan que la restricción alimentaria consiste en la intención voluntaria que tiene la persona en limitar su ingestión de alimentos, en conclusión esta Conducta Restrictiva no se limita únicamente a comidas engordantes más bien a todo tipo de comidas.

El origen de la restricción de los alimentos puede tener varios motivos, pero si se efectúa de manera constante desde los 3 últimos meses al momento de realizar una intervención, puede ser diagnosticado como un trastorno alimenticio; el DSM-V lo cataloga como trastorno debido a su relación directa con la anorexia nerviosa y la motivación de efectuar dicha conducta no depende de la falta de tiempo (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz, 2015)

Oda-Montecinos, Saldaña y Andrés (2015) explican la existencia de otras conductas alimentarias que son factores para el desarrollo de algún TCA; Un claro ejemplo es el evitar los tiempos de comida de manera voluntaria, esta conducta se caracteriza por ingerir grandes proporciones de alimentos lo más pronto posible y después

abstenerse de ingerir nuevamente en determinados tiempos de comida, esto tiene como creencia que al realizar dicha conducta no se ganará peso.

1.4 Correlación de las CAR entre hombres y mujeres

Las Conductas Alimentarias de Riesgo prevalecen sin importar el género, aunque si existen diferencias en la manera en que son ejecutadas por hombres o mujeres dependiendo de su motivación, la CAR con más frecuencia realizan los hombres es el atracón, mientras que el sector femenino es la dieta restrictiva la conducta más frecuente (Díaz, Bilbao, Unikel, Muñoz, Escalante y Parra). El sector femenino tiene más probabilidades de realizar CAR en comparación a los hombres debido a la presión de la sociedad por preferir mujeres delgadas (Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral, 2016).

Otro hallazgo significativo consiste en que los hombres son el sector que más realiza CAR a comparación de las mujeres sin embargo existe la posibilidad de que no sean conscientes de las conductas por lo que no lo estén realizando de manera voluntaria y consciente a diferencia de las mujeres que no son tan frecuentes en las CAR pero sus conductas sufren de una intensidad más grave ya que si están conscientes de su objetivo que es modificar su imagen corporal (Amaya, Mancilla-Díaz y Álvarez, Ortega, Larios y Martínez, 2013).

Además existe otra diferencia significativa entre hombres y las mujeres, los primeros realizan conductas compensatorias como por ejemplo: la sobre ingesta de alimentos mientras que las mujeres realizan conductas purgativas como por ejemplo la ingestión alimentaria o el vómito auto inducido; todas estas acciones pueden deberse los estereotipos sociales donde se glorifica la imagen de la mujer delgada mientras que el hombre destaca la imagen corporal varonil, protector y un cuerpo musculoso y atlético (Oda-Montecinos, Saldaña y Andrés, 2015).

1.5 Factores Sociales de Riesgo

Un entorno social negativo donde la angustia prevalece en la persona puede considerarse como indicador clave para desarrollar CAR, León, Gómez-Peresmitré y Platas (2008) explican que la relación entre las CAR y las relaciones sociales se correlacionan sí el entorno negativo prevalece alrededor de la persona. Un ejemplo son las relaciones familiares dentro del hogar, ya que se consideran negativas debido al poco tacto que se tiene al momento de educar a los familiares más pequeños, pues desde la infancia ellos son sometidos a comentarios que perjudican su autoestima y si prevalecen, los sentimientos de angustia pueden permanecer hasta su adultez volviendo a repetir el ciclo con las nuevas generaciones (De Bellabarba, 2009).

Otro factor social que prevalece en el desarrollo de las CAR, son las relaciones entre los mismos pares (Individuos que comparten características similares como la edad), Caldera, Del Campo, Caldera, Reynoso y Zamora (2019) explican que estas relaciones especialmente en la adolescencia son factores predominantes para el desarrollo de CAR debido a que en esta etapa, el adolescente tiende a estar desarrollando su propia personalidad y se vuelve vulnerable a ciertas conductas a la que se expone, por ejemplo: el ideal de delgadez fomentado entre los mismos pares, en consecuencia terminan por afectar su autoestima aumentando la probabilidad de realizar CAR debido a esa insatisfacción corporal que los aleja del cuerpo ideal.

Las CAR afectan principalmente a jóvenes y adolescentes, Oliva-Peña, Ordoñez-Luna, Santana-Carvajal, Marin-Cardenas Andueza y Gómez (2016) explican que hay dos fases en la adolescencia: la primera constituye entre los 10 y 14 años y la segunda entre los 15 y 19 años, aquí los cambios en las relaciones sociales comienzan a notarse. Sin embargo, las CAR pueden estar presentes a cualquier edad, León, Gómez-Peresmitré y Platas (2008) descubrieron que niñas desde los 7 años comenzaron a tener percepciones negativas de su propia imagen corporal por

lo que consumían dietas restrictivas, privándose de alimentos que no les generen aumentar de peso. Incluso Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) explican la existencia de las Conductas Alimentarias de Riesgo estuvo presentes en mujeres adultas, especialmente con hijos.

1.6 Estudiantes y las CAR

Diversos motivos orillan a los estudiantes a realizar CAR: sus rutinas estudiantiles diarias, la mala organización de sus horarios, o la jornada extensiva que hay entre sus horarios de comida, estas acciones no les permiten ingerir los alimentos adecuados y nutritivos obligándolos a realizar CAR de manera sin que lo perciban por lo que no están percibiendo como algo dañino (Ponce et al. 2017). Sin embargo, Caldera et al. (2019) explican que las aspiraciones académicas son factores de riesgo que motivan a los estudiantes a realizar CAR de manera voluntaria para conseguir distinciones académicas.

Las CAR pueden desarrollarse en cualquier estudiante sin importar su licenciatura, no importa que tenga conocimiento del origen y de las consecuencias de estas conductas, un ejemplo son los estudiantes de nutrición ya que ellos no están excluidos a los estímulos que enaltecen a las imágenes de cuerpos saludables por lo que corren el mismo riesgo de padecer CAR y tener más probabilidades de desarrollar algún TCA (Díaz, et al. 2019).

Un estudio realizado en estudiantes de la carrera en Nutrición por Díaz et al. (2019) observaron que el 72% de los estudiantes encuestados deseaban una figura corporal distinta a las que reflejaban en ese momento, sin importar que su peso se encontraba dentro de los parámetros normales del Índice de Masa Corporal, las mujeres deseaban que su cuerpo fuera mucho más delgado mientras que los hombres deseaban tener su figura corporal mucho más voluminosa, por lo que no quedan exentos de sufrir de insatisfacción corporal a pesar de ser estudiantes de nutrición y tener los conocimientos básicos de los TCA y las CAR.

Además, las actividades recreativas que los estudiantes realizan, como el deporte obliga al estudiante a modificar ciertos hábitos alimentarios para cumplir con el rendimiento y adaptar a su cuerpo de manera adecuada sin la necesidad de sufrir insatisfacción corporal (Márquez, 2008). Esto se concuerda con Paredes, Nessier y González (2011) pues explican en su estudio acerca de la presión que sufren un grupo de bailarinas por no poseer el cuerpo indicado para realizar dicha actividad y como resultado desarrollan alguna CAR con el objetivo de mantener sus cuerpos delgados sin que aumenten su peso corporal.

Los estudiantes son motivados a realizar CAR con probabilidad de desarrollar TCA debido a la insatisfacción corporal que sufren derivados de los comentarios familiares y la discriminación entre los pares por su figura corporal, debido a lo mencionado se debe tomar en consideración que las Universidades fomenten prevenciones e informen de las causas y de las consecuencias de estas conductas (Ponce et al. 2017).

1.6.1 Adicciones relacionados con la CAR en estudiantes

Se habla del consumo del alcoholismo y de otras sustancias debido a que se pueden considerar CAR ya que alteran los hábitos alimentarios de los estudiantes, sin embargo, no han sido estudiadas a profundidad. Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa (2013) explican que en los adolescentes existe una correlación de padecer TCA y el uso nocivo de sustancias debido a la sustitución de los alimentos básicos por la ingesta de estas sustancias.

Además, el uso constante de sustancias nocivas es consumidas por los estudiantes, convirtiéndose en un sector esencial quien lo consume, el posible motivador que usan los estudiantes para comenzar a fumar tabaco u otra sustancia es el propio alcohol; la convivencia entre pares es otro factor determinante para el uso de estas sustancias ya que los estudiantes prefieren probar este tipo de sustancias nocivas

rodeado de sus amigos (Gómez, Landeros, Pérez y Patricio, 2017). Los predictores que se han asociado con el uso del tabaco han sido la ansiedad y la depresión, siendo las mujeres las principales consumidoras de tabaco al momento de sufrir alguna ansiedad o se sienten deprimidas (Lira-Mandujano, Valdez-Piña, Núñez-Lauriano, Pech-Puebla, Morales-Chainé y Cruz, 2018).

1.6.2 Consecuencias

Las CAR trae múltiples consecuencias al estilo de vida de la persona que las realiza, por ejemplo, las lesiones orales producidas por los fluidos gástricos que son realizadas por las conductas purgativas como el vómito, además incluye lesiones producidas en los músculos de la boca, garganta y labios debido a la realización periódica de introducirse los dedos en la faringe para producirse el vómito (Romero, Sayago y Moreno, 2015).

Márquez (2008) explica acerca de las consecuencias físicas que provocan las CAR en el cuerpo de la persona que las realiza, como la infertilidad o la amenorrea, la pérdida de la masa muscular debido a la poca o nula ingesta de alimentos por lo que provocará a largo plazo que la persona no sea capaz de realizar las actividades de su jornada diaria presentando una apariencia cansada.

Además la persona puede generar actitudes de dependencia sobre estas conductas debido a la liberación de los neurotransmisores como la serotonina y dopamina por parte de su cerebro al instante de que realiza dichas conductas ya que encuentra un gozo al hacerlo, por lo tanto la persona comienza por realizar CAR con mucha más frecuencia provocando que algunas funciones corporales comiencen a fallar, como por ejemplo, las funciones del estómago o intestino ya que quedan obsoletas debido al uso constante de laxantes (Howard, 2018).

Los problemas psicológicos también son otras consecuencias que avanzan lentamente, pero de manera progresiva conforme las CAR son efectuadas por la

persona, los cambios psicológicos que afectan son: cambios de humor repentino, ansiedad, irritabilidad e incluso depresión además de existir un distanciamiento considerable con su entorno familiar y social por lo que es muy probable que dicha conducta se repita debido a la satisfacción emocional al momento de ejecutarlas (Howard, 2018).

1.7 Prevención

Las CAR están presentes e incluso mas que los TCA, sin embargo, no es un tema muy estudiado, estas conductas predominan principalmente entre las mujeres, pero el sector masculino está teniendo un crecimiento muy significativo (Caldera et al. 2019). Por lo que la importancia de indagar sobre los factores riesgosos que desarrollan los TCA ayudara al desarrollo de programas de prevención y aceptación de la figura corporal por parte de expertos en el tema (Díaz et al. 2019; Caldera et al. 2019).

La población masculina está creciendo alarmantemente debido a las presiones sociales de conseguir el cuerpo masculino ideal, por lo que la importancia de no descuidar a este sector debido a la creciente prevalencia de las CAR (Paredes, Nessier y González 2011; Gayou-Esteva y Riveiro-Toral, 2014; Illescas, Acosta, Sánchez, Del Socorro y Garcimarrero, 2014; Gayou-Esteva y Riveiro-Toral, 2014; Escolar-Llamazares, Martínez, González, Medina, Mercado y Lara, 2017).

La necesidad de difundir información mas amplia acerca de las CAR, es sumamente importante ya que la ignorancia tiende a confundir a estas conductas con los TCA, además se estigmatiza a que estas conductas únicamente se desarrollan en mujeres blancas de ingresos altos y que provienen de países occidentales (Bojórquez et al. 2013). Otro aspecto fundamental es el de informar sobre los hábitos alimentarios y físicos saludables con el fin de concientizar específicamente en las zonas de trabajo ya que su actividad laboral limita el tiempo de la persona y

no le permite realizar actividades físicas o tomarse el tiempo de ingerir alimentos de calidad calórica (Oda-Montecinos, Saldaña y Andrés, 2015).

Por lo que es de suma importancia seguir indagando en este tipo de conductas y sugerir cambios en los espacios académicos o laborales con el objetivo de que la persona pueda desarrollar conductas protectoras de alimentos (Oda-Montecinos, Saldaña y Andrés 2015).

1.8 Tratamiento

La pronta detección temprana de las CAR o de los síntomas que se manifiestan en el momento de efectuarlas es de suma importancia, por lo que el tratamiento temprano debe de ser multidisciplinar; con la participación de médicos, psicólogos, dentistas y nutriólogos debido a que tienen la capacidad de detectar de manera temprana los síntomas relacionados con las CAR y evitar a que se desarrolle algún TCA (Romero, Sayago y Moreno, 2015). Además del uso de cuestionarios especializados en este tema como el Eating Disorders Instrumentary EDI-3 pueden ser herramientas que ayuden a detectar dichas conductas ya que evalúa los rasgos y los constructos psicológicos que se han presentado en personas con sospecha de TCA (Garner, 2010).

La intervención psicoeducativa es una herramienta útil como tratamiento contra las CAR, ya que comienza por explicar acerca de las CAR, el riesgo y los daños que ocasiona al cuerpo además, esta terapia es multidisciplinar ya que participan desde psicólogos, médicos y nutriólogos por lo que cada especialista brinda información fundamental desde de su experiencia con el objetivo primordial de concientizar a la persona que padece CAR y motivarla a que decline de realizarlo para que pueda cambiar su estilo de vida, la terapia cognitivo conductual es la más utilizada en casos mucho más extremos (Unikel y Caballero, 2010).

Es importante destacar que la persona que realiza CAR y está en una etapa avanzada no es capaz de dimensionar sobre sus actos, debido a que lo ha normalizado y piensa que sus acciones no afectan su salud, por lo que el apoyo familiar es sumamente importante y es trabajo del especialista abordar el tema de manera sutil y sensata con el fin de evitar respuestas violentas hacia la persona que padece o hacia algún familiar (Howard, 2018). Sin embargo, sí la persona no asiste de manera voluntaria existe posibilidad de no tener disposición por querer modificar sus conductas, entonces el seguimiento en las intervenciones motivacionales persiste para que pueda percibir su problema y acepte ser abordada por la terapia cognitivo conductual (Unikel y Caballero, 2010).

CAPÍTULO 2: Insatisfacción Corporal

2.1 Imagen Corporal

La percepción sobre la persona tiene sobre su propio cuerpo comienza a partir de sus primeros años de vida; desde los cuatro meses de edad, el bebé puede visualizar a sus padres o quienes estén a cargo de sus cuidados y conforme pasan los años, el niño de aproximadamente tres años de edad percibe su cuerpo como una herramienta para manipular su exterior, posteriormente a partir de los cinco años de edad ya es capaz de percibir a su cuerpo de manera más realista e individualista debido a que puede distinguir entre su propio cuerpo y el exterior que lo rodea (Salaberria, Rodríguez y Cruz 2007).

Los niños de 5 a 7 años ya son capaces de reconocer conceptos más realistas y complejos conforme a su cuerpo, un ejemplo puede ser la idealización de su peso o de su imagen corporal (Dohnt y Tiggemann, 2006 citado en Amaya-Hernández, Alvarez-Rayón, Ortega-Luyando y Mancilla-Díaz, 2017). Salaberna, Rodríguez y Cruz (2007) explican que con la percepción del cuerpo mismo, es el comienzo para el desarrollo de una personalidad más madura

Una de las definiciones que hay acerca de la imagen corporal se explica por Thompson 1990 citado en Raich (2004) ya que indica como “la manera en que uno percibe imagina, siente y actúa respecto con su propio cuerpo” (p.16). Otra definición proviene de Silder (1923) citado en García (2004) “la imagen que forma nuestra propia mente del propio cuerpo; es decir, el cómo nuestro cuerpo se manifiesta” (p. 100). Se entiende como los estímulos exteriores como la interacción interpersonal desarrolla emociones que influyen en la autoestima de la persona, este último se considera como factor importante para el desarrollo de la imagen corporal propia (Salaberria, Susana y Cruz, 2007; Padrón-Salas, Hernández-Gómez, Nieto-Caraveo, Aradillas-García, Cossío-Torres y Palos-Lucio 2015).

La imagen corporal es el reflejo del mismo cuerpo sin embargo no sólo son cuestiones físicas las que se ven involucradas. El modelo de Thompson (1990) citado en Raich (2004) explica los diferentes componentes que necesita la persona para percibir su cuerpo:

1. Los componentes perceptuales indican la manera en que la persona observa las dimensiones corporales de su propio cuerpo o partes de él, si se altera este componente la persona distorsiona las dimensiones reales.
2. Los componentes subjetivos/cognitivo afectivo explican las actitudes o sentimientos que tiene la persona hacia las dimensiones de su propio cuerpo ya que se demuestra un sentimiento de afecto por el mismo dependiendo de estas actitudes.
3. El componente conductual explica cómo las percepciones del propio cuerpo se involucran en las acciones cotidianas de la persona ya que lo expone a relacionarse con otros.

2.2 Historia

Los sucesos actuales sobre la percepción corporal han ido evolucionando gracias a los acontecimientos que han sucedido a lo largo del tiempo, todos estos años de transición han sido portadores de distintos pensamientos tanto positivos como inquietantes dependiendo de la época, convirtiéndose en una herramienta que permitió dar respuesta a los sucesos de la época moderna (Gervilla, 2003).

2.2.1 Antigua Grecia

La primera etapa se centra en la antigua Grecia donde se usaba el término de belleza para referirse a las cualidades que la persona poseía y no solamente sus rasgos estéticos y finos, ya que los griegos buscaban equilibrar su cuerpo y alma,

en el momento en que se conseguía finalmente podían llamarle belleza (Umberto, 2010).

Gracias a que Atenas se convirtió en potencia militar, los escultores y pintores tenían la protección gubernamental para que pudieran restaurar de forma libre los edificios dañados por las guerras, esto provocó que la idea de imagen corporal cambiará ya que los artistas comenzaron por buscar belleza representada en esculturas, convirtiéndose en una nueva expresión de belleza demostrada en cuerpos tallados en mármol debido a que buscaban ser lo mas realistas posibles (Umberto, 2010).

2.2.2 Edad Media

Para la Edad Media Santo Tomás de Aquino explicaba los tres elementos necesarios para considerar la belleza absoluta: la proporción, la integridad y las claritas. La percepción de cuerpo humano en esta época fue influenciada por la religión católica. Además, la distinción entre las clases altas y las clases sociales bajas los mantuvo pensando en el ideal de belleza bastante distinto entre sí: la clase social baja se fijaba en los colores usados en la prenda como símbolo de belleza debido a la dificultad de conseguirlos por lo que dedicaban su tiempo de trabajo para conseguirlos, mientras que las clases sociales altas percibían la belleza de la persona a través del uso de las joyas (Umberto, 2010).

2.2.3 El romanticismo

El término romanticismo (romantic) ha ido cambiando a lo largo del tiempo ya que al principio se catalogaba como algo negativo, sin embargo fue evolucionado y con un siglo de diferencia el término tuvo otro sentido y fue totalmente diferente, transformándose en algo “glamuroso” o “quimérico” siendo un símbolo de admiración (Umberto, 2010).

2.2.4 Actualidad

La preocupación por el aspecto físico del cuerpo humano y la insatisfacción corporal ha sido el resultado de la transformación de este mismo como negocio dirigido por las industrias, convirtiéndose en fuente de consumo enfocada únicamente al físico (Salaberria, Rodríguez y Cruz 2007). Además, la belleza en la actualidad está enfocada en los valores estéticos como lo más primordial de la persona y en consecuencia se crean sentimientos de insatisfacción, inseguridad y de sufrimiento (Gervilla, 2002).

El siglo XXI se ha destacado por centralizar al cuerpo como objeto y los responsables de difundir, transmitir y entregar este mensaje son los medios de comunicación por ejemplo: el cine, la televisión, revistas, etc; todo esto termina por condicionar a las personas en sus relaciones interpersonales ya que puede determinar la manera en que la persona se desenvuelve socialmente así como sus relaciones intrapersonales donde la persona se condiciona en acciones que buscan verla mucho más atractiva (Gervilla, 2003).

Catejon, Berengüi y Garces de los Fayos (2016) explican cómo el mundo contemporáneo influye en la percepción del cuerpo de la persona ya que estas mismas tienen el deseo de poseer ese cuerpo estéticamente delgado. Paredes, Nesser y González (2011) explican que la frustración se ha convertido en una por no obtener ese cuerpo deseado terminando por buscar alternativas mucho más rápidas como las CAR.

2.3 Insatisfacción Corporal

Salazar (2007) explica que la insatisfacción corporal ha tomado relevancia en los últimos años, siendo objeto de estudio de diversas investigaciones en países occidentales ya que padecer insatisfacción corporal aumenta el riesgo de

desarrollar alguna CAR, por lo que pueden estar presentes en la vida cotidiana de la persona.

La insatisfacción corporal se entiende como el pensamiento anormal que permanece de manera constante e indefinida en la vida cotidiana de la persona, es uno de los factores que impulsan a efectuar CAR (Berengüí, Castejón y Soledad 2016). Este pensamiento se encontró en un grupo de bailarinas y era tan predominante que a pesar de que su cuerpo se encontraba dentro de los estándares normativos establecidos por el IMC sentían angustia por su imagen corporal a pesar de que se realizó una comparación con el IMC de bailarinas profesionales y se descubrió que su IMC era totalmente parecido a las profesionales (Paredes, Nesser y González, 2011).

Sí la insatisfacción corporal persiste se puede desarrollar el trastorno somatomorfo conocido por la presencia de síntomas físicos sin la necesidad de alguna enfermedad. Por lo tanto, los síntomas que están presentes en la persona son presentados como si fueran reales así que el malestar que siente a pesar de ser una creación mental del propio individuo es legítimo (DSM-IV). Así mismo este trastorno se conforma de otros trastornos que lo complementan, uno de estos es el trastorno dismórfico corporal que consiste en “la preocupación por algún efecto imaginario o exagerado en el aspecto físico” (DSM-IV, 1994. p. 457).

Sin embargo, con la modificación hacia el DSM-V los conceptos de los trastornos se han ido modificando considerablemente, en este explica que el trastorno dismórfico corporal se define como “La apariencia en el exceso de preocupaciones relacionadas con la apariencia y en los comportamientos repetitivos que consumen mucho tiempo, que son por lo general difíciles de resistir o de controlar y que causan un malestar significativo” (DSM-V, 2014. 147).

Guadarrama-Guadarrama, Hernández-Navor y Veytia-López (2018) explican que la imagen corporal es un factor que permite a la persona autodefinirse debido a los

constantes cambios psicológicos y físicos a los que se está expuesto, especialmente en la adolescencia, y al final de esta etapa se puede lograr una madurez sin embargo, si no esta bien dirigida la percepción de la imagen corporal puede ser alterada y en consecuencia se desarrolla una insatisfacción corporal debido al constante malestar que sienten sobre su cuerpo, siendo mas las mujeres quienes sienten esta insatisfacción.

Esto concuerda con Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) en que la alteración de la imagen corporal es el resultado de un permanente malestar que siente la persona con su cuerpo, este malestar es el resultado de una constante comparación con las demás figuras corporales de otras personas concluyendo que su cuerpo no es sano.

2.3.1 Insatisfacción Corporal en Mujeres

Las mujeres son mas susceptibles a desarrollar insatisfacción corporal debido a que ellas se perciben mucho mas robustas alterando las proporciones reales de su cuerpo, siendo las partes corporales como la cintura y el estómago las mas enfocadas, mientras que la percepción de la imagen corporal en los hombres está enfocada en un deseo por querer ser mas robusto, especialmente en las partes del cuerpo como lo son los hombros y los glúteos (Guadarrama-Guadarrama, Hernández-Navor y Veytia-López, 2018).

En el estudio de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) de Ramos et al. (2016) realizado en Andalucía, se encuestó a 11.473 adolescentes entre 13 a 18 años de edad y se encontró que un porcentaje considerable (16.9%) se auto percibe como obeso a pesar de que su figura corporal no sea obesa y que tenga normopeso.

2.3.2 Insatisfacción Corporal en Varones

El padecimiento de sufrir insatisfacción corporal por parte de los hombres va en aumento y el principal motivador de su insatisfacción corporal es el deseo ganar masa muscular (Ramos et al. 2016; Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007; Toro-

Alfonso, Walters-Pacheco y Sánchez, 2012). El deseo de obtener el cuerpo musculoso le orilla a realizar la CAR de ejercicio en exceso motivado por esa insatisfacción corporal de no tener los músculos deseados.

Toro-Alfonso, Walters-Pacheco y Sánchez (2012) explica que el varón crea pensamientos de masculinidad ideal, convenciéndome a que su propio cuerpo tiene que ser más músculo en comparación a la masa muscular que posee al momento, mientras más se estén arraigados a esa ideología son más propensos a desarrollar algún TCA por medio de las CAR. Ramos et al. (2016) explica que el varón jerarquiza sus preocupaciones: La percepción corporal, IMC y la insatisfacción corporal

Para obtener el cuerpo idealizado puede utilizar el deporte como método para conseguirlo, además la convivencia entre sus mismos pares y el sentirse admirado por el sector femenino, lo motiva a seguir buscando esa virilidad deseada, además de crearse sentimientos de pertenencia ya que para él se encuentra dentro de los estándares de la masculinidad (Toro-Alfonso, Walters-Pacheco y Sánchez 2012). Por lo que la abstinencia de hacer ejercicio le puede generar preocupación que lo lleva a la culpa; por lo tanto para evitar tener esos pensamientos culposos, se puede motivar a realizar largas rutinas de ejercicio ignorando que este se esté convirtiendo en adicción (Andrade, García, Remicio y Villamil, 2012).

Por su parte Radilla, Vega, Gutiérrez, Barquera, Barriguete y Coronel (2015) indican que la prevalencia de la insatisfacción corporal va en aumento, aumentando las probabilidades de padecer CAR ya que la preocupación por su cuerpo los obliga a buscar mayor masa muscular o la pérdida de tejido adiposo además. Escandón-Nagel, Vargas, Herrera y Pérez (2018) explican que los hombres tienden a distorsionar su cuerpo psicológicamente haciéndose creer que sus dimensiones son más robustas, creando una alteración de su propio cuerpo.

2.3.3 Insatisfacción Corporal en estudiantes

Los medios de comunicación dan prioridad a los modelos cuyos cuerpos se caracterizan por ser atléticos, ya que se tiene la creencia que tener un cuerpo atlético es sinónimo de éxito y aceptación social, por lo que usan a estos tipos de cuerpos para mandar los mensajes, en consecuencia el estudiante termina por desear obtener ese tipo de cuerpo pero cree que para conseguirlo necesita realizar rigurosas dietas y ejercicios complicados por lo que se termina desanimando y esto da pauta a desarrollar insatisfacción corporal (Dos Santos y Lenz, 2014).

La ansiedad juega un papel importante debido a que se considera como factor predominante para desarrollar insatisfacción corporal y las exigencias sociales sobre los ideales de delgadez dirigidas hacia los estudiantes terminan por afectarles emocionalmente (Medina-Gómez, Martínez-Martín, Escolar-Llamazares, González-Alonso y Mercado-Val, 2019). Los estudiantes cuya figura corporal no coincide con la morfología atlética tienen más probabilidades de desarrollar ansiedad debido a no sentirse satisfechos con su propio cuerpo (Dos Santos y Lenz, 2014).

El sector que es más propenso a sufrir ansiedad por parte de los estímulos externos (medios de comunicación o comentarios familiares), es el femenino, ya que los estereotipos catalogan a la figura delgada como símbolo de éxito (Gómez et al. 2017). Sin embargo, Kumar & Kohil (2019) explican que los estudiantes de sexo masculino son el sector que se sienten menos satisfechos con la percepción de sus cuerpos por lo que buscan obtener más masa muscular sin embargo, la insatisfacción corporal afecta de manera distinta los hombres y mujeres mientras que los primeros se enfocan en todo su cuerpo, en las mujeres se enfocan en partes específicas de su cuerpo.

2.4 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo se denominan como las variables que aumentan la probabilidad de padecer o desarrollar algún padecimiento en una persona o un grupo, estos factores pueden ser biológicos, sociales, económicos o psicológicos (Pita, Vila y Carpena 2002). Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) explican que los factores que influyen en la imagen corporal negativa se les conocen como factores predisponentes y factores de mantenimiento.

2.4.1 Factores Predisponentes

Garner (1993) citado en Baladia (2016) explica a los factores predisponentes como las condiciones ya sean personales, familiares o sociales que aparecen antes del desarrollo de un TCA. Pita et al. (2007) explican a los factores sociales y culturales como los principales creadores de estereotipos relacionados al cuerpo, estos mismos tratan de definir la imagen corporal delgada catalogando como perfecta o estética, y a la vez maneja los conceptos del atractivo físico y cataloga a la obesidad como algo negativo. Siendo los medios publicitarios el principal medio para propagar dicha imagen.

2.4.1.1 Medios Publicitarios

Los factores externos motivan a la persona a desarrollar las conductas que pueden provocar la alteración de la imagen corporal. Uno de los factores que altera significativamente a la percepción de la imagen corporal es la publicidad; Raich (2004) explica que la publicidad se enfoca en glorificar la belleza y la juventud por lo que un estudiante se puede motivar a gastar recursos en la mejora del aspecto físico elevando el riesgo de alterar su imagen corporal. Pérez-Lugo, Gabino-Campos e Ignacio (2016) explican como los medios publicitarios utilizan

estereotipos de figuras corporales estéticos, para mandar mensajes a la población a través de fotografías como medios para transmitir el mensaje.

La razón por el uso constante de modelos mujeres ejemplares ayuda al producto a ganar credibilidad para llamar la atención del receptor perdurando de manera más prolongada, todo esto influye ya sea de manera directa o indirectamente en la mujer ya que la motiva a querer obtener ese cuerpo que percibe ya que lo asocia con el éxito, belleza y aceptación social por lo tanto desea comprar el producto ofrecido (Salazar 2007). Pérez-Lugo, Gabino-Campos e Ignacio (2016) explican que se usan modelos en medios publicitarios con rasgos parecidos entre si mismas, por ejemplo, ser delgada, alta y blanca a pesar de la alta brecha de desigualdad entre la modelo y la mayor parte de la población mexicana femenina.

Gracias al mensaje emitido por algún medio publicitario, la persona se convence que al obtener esa figura corporal deseada, obtendrá un estatus social más respetado por lo que se motiva por querer ese cuerpo ideal sin embargo, al momento de percatarse que carece de esos rasgos físicos además de recibir comentarios negativos por parte de los miembros de su entorno social, provoca que aumente su insatisfacción corporal (Salazar, 2007). La presencia de la insatisfacción corporal termina por alterar la percepción de la silueta corporal real convirtiéndola en una figura obesa (Ramos, Rivera, Soledad, Lara y Moreno, 2016).

2.4.1.2 Los Modelos Familiares

Los Modelos Familiares son el círculo social más cercano en el que la persona se desarrolla de manera afectiva y social por lo que se considera como un factor predisponente debido al surgimiento de estímulos que afectan directamente en la autoestima de la persona, como por ejemplo los comentarios influenciados por los estereotipos, desarrollando una imagen corporal negativa (Pita et al. 2007). Esto concuerda con Salazar (2007) ya que explica sobre los comentarios generados dentro del círculo familiar influyen al desarrollo de la insatisfacción corporal.

La presión que se ejerce por las figuras paternas hacia sus hijos por la preocupación del cuerpo ideal estético termina por inducir comentarios negativos dirigidos hacia ellos lo que les provoca insatisfacción corporal (Salaberria, Rodríguez y Cruz 2007; Andrade, García, Remicio y Villamil, 2012) Por lo tanto, es importante evitar lo mas posible estos comentarios, si contienen palabras, por ejemplo: “gorda” o “gordo” y que tienen el objetivo de resaltar esa característica física viéndolo como algo negativo puede herir los sentimientos de la a quien va dirigida, por lo que es importante que desde la familia o el círculo cercano se limite estos comentarios hasta evitarlos completamente.

2.4.2 Factores de mantenimiento

Garner (1993) citado en Baladía (2016) explica a los factores de mantenimiento o perpetuantes como los estímulos que están presentes de manera permanente durante el padecimiento por lo que provoca que este último esté presente por mas tiempo.

2.4.2.1 Discriminación

Uno de los factores importantes que ha predominado en el desarrollo de la insatisfacción corporal ha sido la discriminación de diversos actos de violencia como la exclusión o la ridiculización social, estas se enfocan en características físicas específicas que la persona posee, sí hablamos de rasgos físicos que estén relacionados con la alimentación, la palabra “gordo” se usa con el objetivo de burla y de excluir o rechazar a la persona provocando inseguridad de su propio cuerpo, además la constancia periódica con que se ejerce esta violencia afecta la autoestima sin importar la edad (Bautista-Díaz, Márquez, Ortega-Andrade, García-Cruz y Álvarez-Rayón, 2019).

La persona con obesidad no solo desarrolla una imagen corporal derivada de su peso o silueta, la convivencia entre sus pares tiende a ser un factor importante, sin embargo, sí existe discriminación o rechazo social constante por parte del grupo social de la persona puede motivar a desarrollar insatisfacción corporal (Bautista-Díaz et al. 2019).

2.5 Consecuencias

Mientras los estímulos externos continúen alterando la realidad corporal, las consecuencias de generar CAR como método para obtener los cuerpos expuestos serán graves, desde dietas exageradas, ejercicio físico excesivo u ayunos innecesarios con el objetivo de conseguir ese estatus que se obtiene cuando el cuerpo tiene una figura corporal aceptada socialmente, sin embargo, sí perduran dichas conductas existe el riesgo de desarrollar algún TCA (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro 2013).

Un estudio de 594 adolescentes realizado por Salazar (2008) indica que el 60% de los adolescentes encuestados no se sienten satisfechos con su propio cuerpo, etiquetando su propia figura corporal como mala, en consecuencia esto provoca malestar en su autoestima y crean esa imagen corporal poco realista, además que la sociedad cataloga a los adolescentes como jóvenes, siendo la palabra juventud sinónimo de estética y belleza motivándolos a desarrollar su figura corporal delgada ideal y que esta sea aceptada por la sociedad.

Sí la distorsión de la imagen corporal prevalece y el joven se enfoca directamente en algún defecto físico específico de su cuerpo, existe la posibilidad de que exagere dicho defecto corporal desarrollando paranoia en las relaciones sociales con sus pares debido a que creerá que ellos se enfocan detalladamente en ese defecto físico mostrando falta de seguridad y esto terminará por afectar sus relaciones sociales, desarrollando actitudes y emociones defensivas (Raich, 2004).

Otra consecuencia es la idealización del suicidio, en el estudio realizado por Guadarrama, Carrillo, Márquez, Hernández y Veytia (2014) en su estudio de 1504 estudiantes, explican la relación entre la insatisfacción corporal y la ideación suicida ya que el 13% resultó padecer ambas variables; esta situación puede considerarse preocupante para la sociedad debido a la problemática que padecen los estudiantes, si bien el porcentaje de ambas variables es mínimo, 42% de los estudiantes padece de insatisfacción corporal y 22% idealización suicida.

2.6 Prevención

La detección temprana de la insatisfacción corporal puede ser favorable para el estudiante, se debe recordar que la construcción de la imagen corporal se da gracias a la creación tanto por los factores externos como las experiencias vividas por el mismo estudiante (Guadarrama et al. 2016).

Ramos et al. (2016) explica la importancia de promocionar los hábitos alimenticios señalando acerca de las actividades de concientización sobre el cuerpo con el objetivo de aceptar y valorar la imagen corporal propia y de evitar pensamientos que influyen en el desarrollo de la insatisfacción corporal, ya que esa insatisfacción corporal provoca que la persona imagine un peso corporal falso o alterado e incita a realizar CAR sin importar el género. Por lo tanto, es importante realizar programas que vayan dirigidos a personas que estén sufriendo alguna distorsión de la realidad corporal sin importar su género o edad (Vaquero-Cristóbal et al. 2013).

2.7 Tratamientos

La insatisfacción corporal es un factor predominante para la realización de las CAR y si esta se presenta de manera cotidiana aumentan el riesgo de desarrollar algún TCA, por lo que el uso adecuado, especializado y estructurado de el tratamiento cognitivo conductual dirigido hacia la insatisfacción corporal puede ayudar a reducir

las CAR dando por resultado claras mejorías en las actitudes y emociones de la persona diagnosticada (Marco, Perpiñá y Botella, 2014).

Raich, Mora, Marroquin Pulido y Soler (1997) explican que El tratamiento cognitivo-conductual de la imagen corporal ha demostrado ser eficaz para las estudiantes que presentan una imagen corporal negativa debido a esta intervención los sentimientos, las emociones y los hábitos alimentarios riesgosos disminuyeron significativamente por medio de sus pasos cronológicos de su terapia:

1.- Al inicio de la terapia se le debe de explicar al paciente que el defecto que lo ha llevado a terapia debe de ser eliminado, además de explicarle las diferencias entre la imagen corporal y apariencia física debido a la subjetividad de estas últimas.

2.-El siguiente paso consiste en el desarrollo de pensamientos positivos que ayude a motivar al paciente mediante auto registros, y comparación de pares.

3.- Se usa técnicas como presentarse enfrente de un espejo para que se enfoque en partes específicas de su cuerpo, y seleccionarlas de manera jerárquica.

4.- Se inicia la reestructuración cognitiva de sus pensamientos gracias a los registros detallados que se le pidió, por lo que se le comienza a motivar a cambiar los pensamientos negativos y explique sus sentimientos y emociones.

5.- Se presenta la terapia al paciente donde se trabaja en el consultorio y se le deja tareas donde se incita al paciente a exponer situaciones que suele evitar para debido a su insatisfacción corporal.

6.- Se trata de disminuir las conductas de riesgo que estén afectando al paciente con el fin de evitar que las efectúe nuevamente

7.- Posteriormente se asignan tareas con el objetivo de no caer de nuevo en recaídas.

La importancia sobre el estudio de la insatisfacción corporal debe de ser continua y seguir profundizándolo, ya que es un factor para desarrollar CAR, Franco, De Jesús, López-Espinoza, Del Consuelo y Jaime (2013) explican que si la insatisfacción corporal persiste de manera paulatina y constante en la persona no solo desarrollara CAR que como variable independiente es capaz de predecir algún TCA como la Anorexia Nerviosa.

2.8 Índice de Masa Corporal

La Organización Mundial de la Salud (2007) indica al índice de masa corporal (IMC) como una medida estandarizada que sirve para detectar la obesidad, tiene un rango de normalidad entre los 18.5 y 24.9 kg/m². Además, Vázquez (2015) explica que los factores elementales para indicar el estado nutricional de la persona son el peso y su altura actual. Usar el peso y la estatura de manera conjunta ayuda a describir el IMC, pero si se usan de manera separada termina por limitar estas descripciones.

2.8.1 Historia

Los inicios de la fórmula se basan en Alphonse Quetelet quien fue un estadístico belga cuya obra *Sur l'Homme et le développement de ses facultés. Essai d'une psychique sociale* escrita en 1835 se enfocó específicamente a investigar mediante la estadística las variables relacionadas al comportamiento del ser humano en la sociedad (Puche, 2005).

El uso de la fórmula de Quetelet fue evolucionando y con el paso del tiempo, los autores Bøe, Hommerfelt y Wedervang realizaron un estudio donde recabaron información sobre el peso y estatura de los habitantes de la ciudad de Bergen, Noruega, usando métodos estadísticos con el fin de analizarlos, el rango de edad de los habitantes consistió entre los 25 años y los 29 años de edad, se descubrió que el peso máximo dividido entre la estatura máxima al cuadrado P/E^2 se mantenía el resultado de manera constante, siendo el inicio de la fórmula del IMC (Ponce, 2008)

2.8.2 IMC como factor para diagnosticar insatisfacción Corporal

El origen de realizar CAR está relacionado con la ansiedad, además las personas con sobrepeso tienden a realizar dichas conductas con más frecuencia por la preocupación del exceso de grasa que padecen (Franco et al. 2013). La ansiedad está relacionada con los niveles del IMC ya que a mayor nivel del IMC mayor la ansiedad originada por la preocupación corporal por lo que será más notoria el aumento de la probabilidad de realizar CAR (Radilla et al. 2015; Moral de la Rubia y Meza, 2013).

Otra correlación notoria se da entre la insatisfacción corporal y el IMC, Jiménez-Cruz y Silva-Gutiérrez (2008) explican que el IMC influye en la manera en que el joven percibe su propio cuerpo, motivándose a realizar CAR en caso de que su IMC sea alto, por ejemplo, un grupo de personas que padecían IMC alto fueron

expuestas a fotografías de mujeres con siluetas corporales delgadas y su reacción inmediata fue el demostrar sentimientos de depresión y angustia.

La investigación realizada por Castejón, Berengüi y Garcés de los Fayos (2016) descubrió la correlación entre el IMC con las escalas de Insatisfacción Corporal y la Obsesión con la Delgadez utilizadas en el Eating Disorders Inventory-3 en personas con obesidad y personas que desean bajar de peso y mujeres.

2.8.3 Correlación sociodemográfica y económico y el IMC

El nivel socioeconómico influye en la percepción corporal de la persona, en el estudio de Moral de la Rubia y Meza (2013) descubrió que la persona que tiene ingresos económicos altos tiene la capacidad de comprar alimentos de mayor calidad. Por otra parte, las personas que sufren en extrema pobreza resultan ser la población que no puede adquirir alimentos ricos en nutrientes, lamentablemente la mayor parte de la población del Estado de México tiene un ingreso económico bajo con 42.7% (CONEVAL, 2018) por lo que gran parte de la población no tiene los recursos para alimentarse de comida valor nutricional de calidad.

Sin embargo, se contradice con Guzmán-Saldaña, Saucedo-Molina, Teresita de Jesús, García, Galván y Del Castillo (2017) ya que explican que la población de mujeres indígenas del Estado de Hidalgo y siendo de ingresos bajos no presentaron insatisfacción corporal a pesar de tener su nivel de IMC alto. Es posible que el desconocimiento que se tiene sobre el estereotipo de mujer delgada sinónimo de belleza, estética y éxito impuesto por las sociedades occidentales no existan en estas comunidades indígenas, por lo que no reciben el mismo estímulo y terminan por desconocer estos estereotipos, al contrario, para estas comunidades el fomento de la obesidad es significado de salud lo que termina por ser lo contrario de lo dictado por las sociedades urbanas.

Olivia-Peña et al. (2016) enfatizan la importancia de realizar más estudios sobre los estereotipos de género en comunidades rurales ya que su percepción gracias a su contexto social es muy distinta comparándolas con las ciudades occidentales, específicamente las áreas urbanizadas, por lo que existe el riesgo de sufrir alteraciones corporales en su cuerpo y ser más vulnerables a desarrollar obesidad o padecer peso bajo de acuerdo al IMC sin percatarse de ello.

2.8.4 IMC entre Hombres y Mujeres

Por otra parte, Kumar & Kohil (2019) explican que el hombre y su idealización de la virilidad se correlaciona con obtener más peso corporal y el índice de Masa Corporal se convierte en un factor importante para medir esa idealización, los hombres que sufren de sobrepeso y su IMC es alto buscan conductas que les permitan obtener niveles de IMC mucho más bajos, por otra parte, los hombres con una figura corporal atlética buscan métodos para aumentar su IMC.

Las mujeres son las más vulnerables a padecer algún TCA por medio de las CAR, en el estudio de Castejón et al. (2016) se encontró que de 248 encuestados el 64.4% eran mujeres que deseaban tener una imagen corporal más delgada, en comparación de los hombres que obtuvieron 35.6% sufrían de insatisfacción corporal. Además, Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) explican que la relación entre el IMC y la percepción de la imagen alteran la figura corporal de la mujer, distorsionando su imagen, muy lejos de su real figura, pero son percibidas como si fueran reales.

Kumar & Kohil (2019) describen la correlación entre el IMC y la insatisfacción corporal y como influyen en la percepción corporal de la mujer, mujeres con bajo peso y peso adecuado al IMC tienen una satisfacción mayor con su silueta corporal a diferencia de las mujeres con sobrepeso. Las presiones sociales dirigidas específicamente a las mujeres son la principal causa de preocupación de su masa

corporal por lo que normalizan las CAR y no se percatan que dichas conductas están perjudicando su salud, este desconocimiento se puede generar en cualquier mujer sin importar su peso corporal y por ende aunque su IMC se encuentre en el rango normal existe la posibilidad de que realice CAR (Bojórquez et al. (2013).

Otra explicación se da por Olivia-Peña et al. (2016) donde la clara diferencia entre la percepción del cuerpo en mujeres que tienen su IMC y su peso corporal bajo consideran a su cuerpo como normal a pesar de no permanecer a la media del normopeso, mientras que las mujeres que padecen de obesidad tienden a exagerar su silueta y en consecuencia a alterar su figura corporal con el objetivo de demostrar normopeso. Sin embargo, en el estudio de Escandón-Nagel et al. (2018) explican que 73 estudiantes entre 18 y 28 años que no hay diferencias significativas en el IMC al comparar ambos géneros, pero la percepción corporal está más alterada en hombres que en mujeres debido a que ellos perciben sus dimensiones corporales más corpulentas y musculosas que como están en realidad.

La insatisfacción corporal afecta directamente a ambos géneros, mientras que las mujeres terminan por afectar su autoestima especialmente si su cuerpo es robusto y con IMC alto, a los hombres la insatisfacción corporal provoca que se sientan aislados socialmente debido a que no sienten ser aceptados a algún grupo social que los rodea (Escandón-Nagel et al. 2018). Además, explica que el aislamiento social también perjudica a las mujeres, específicamente las mujeres que son robustas y tienen su IMC más alto que la media, por lo que la incongruencia entre cómo se ven en realidad y como se quieren ver, afecta su autoestima (Escadón-Neria et al. 2018).

2.8.5 Correlación entre el IMC y la edad

Healthy Children.Org (2020) explica que el 90% de las personas que sufren de algún TCA, son mujeres entre 12 y 25 años, teniendo como principal factor la insatisfacción corporal. (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006; Moral de la Rubia y Meza, 2013 y Franco et al. 2013) explican que el IMC de la persona tiende a

aumentar conforme pasan los años por lo tanto aumenta la insatisfacción corporal, motivando a la persona adulta a realizar CAR. Moral de la Rubia y Meza (2013) afirmaron que hay correlaciones entre la edad y el IMC, mientras que la figura corporal de la persona sea robusta y su IMC sea mayor, las CAR pueden ser más propensas a desarrollarse.

Moral de la Rubia y Meza (2013) explican que las mujeres con mayor edad presentan mayor obesidad por lo que alteran sus hábitos alimentarios en comparación a las mujeres más jóvenes y su IMC más bajo, ya que las figuras corporales delgadas son más frecuentes en mujeres jóvenes. Si bien el cuerpo delgado impuesto por la sociedad occidental afecta en su mayoría a las mujeres jóvenes; la mujer adulta también recibe este estímulo teniendo más probabilidades de realizar CAR debido su insatisfacción corporal añadiendo su edad, termina por alterar su imagen corporal en su mente sintiéndose más gorda. (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006)

2.8.6 Limitaciones del IMC

Saucedo-Molina, Rodríguez, Olivia Villareal, León y Fernández (2015) explican que si su IMC se encuentra por debajo de la media pudo deberse a la realización de conductas alimentarias de Riesgo como la sobre ingesta de alimentos, o el sobre ejercicio. Esto se confirma con el resultado de Bojórquez et al. (2013) cuya investigación descubrió a jóvenes que tenían IMC bajo, pero padecían de CAR por lo tanto se puede asumir que lograron obtener ese IMC de rango normal gracias a las CAR.

El IMC tiene relevancia como indicador pero no puede ser aplicable a toda la población, Castejón, Berengüí y Garcés de los Fayos (2016) explican que se debe de usar en poblaciones específicas con las que existen correlaciones significativas, ejemplificando: personas con sobrepeso o personas cuyo deseo es tener su peso más bajo, estas poblaciones coinciden en una obsesión por querer ser más delgado

en consecuencia provoca que la situación actual de su figura corporal no sea satisfactoria y le provoca malestar con su propio cuerpo.

Franco et al. (2013) determinó que el IMC por sí solo no es capaz de diagnosticar trastornos, pero si existe una correlación entre variables, como la interacción social y la insatisfacción corporal que son capaces de diagnosticar algún TCA, como la Bulimia Nerviosa o la Anorexia nerviosa.

En conclusión, el IMC no influye en el diagnóstico de los TCA, pero si es un factor que se tiene que tomar a consideración para la detección de la insatisfacción Corporal ya que esta es uno de los causantes para realizar las CAR debido a lo que se menciona en el capítulo. Las poblaciones cuyo IMC es alto sienten insatisfacción corporal por lo que provoca que no se sientan bien con su cuerpo y deseen un ideal mas delgado ante la sociedad siendo la causa para realizar CAR.

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

3.1 Objetivo General

Detectar el nivel de las conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes de nuevo ingreso en la Carrera en Psicología de una Universidad Pública.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el porcentaje de estudiantes de acuerdo con su sexo.
- Identificar la frecuencia de IMC de los estudiantes de acuerdo con su sexo y grupo de edad.
- Detectar el porcentaje de estudiantes de acuerdo con el nivel de riesgo para cada uno de las escalas e índices de TCA.
- Determinar el porcentaje de estudiantes por cada nivel de riesgo para cada una de las escalas psicológicas.
- Determinar el porcentaje de estudiantes por cada nivel de riesgo para los índices psicológicos.

3.3 Planteamiento del Problema

La percepción corporal de la persona puede distorsionarse debido a los distintos factores a los que está expuesto, como, por ejemplo: la publicidad, la convivencia familiar o entre pares, los medios de comunicación, el contexto social. Alterando la percepción de su imagen corporal por lo que motiva a la persona a realizar conductas que controlen su masa corporal y así facilitar su imagen corporal aceptada por la sociedad, las mujeres tienden a realizar conductas que les ayuden a bajar de peso, por otro lado, los hombres tienden a realizar conductas para subir su masa muscular, y así ambos géneros cumplan con su objetivo de obtener el cuerpo que sea aceptado por la sociedad.

La población más vulnerable son los adolescentes y los adultos jóvenes, donde a edad temprana, la imagen corporal pudiera comenzar a distorsionarse, aumentando la posibilidad de realizar conductas de riesgo que afecten su salud. La importancia de detectar preocupaciones por la ingesta de alimentos que aumenten o disminuyan la masa corporal, lleva a investigar la presencia o desarrollo de CAR, las cuales al persistir pueden llevar al desarrollo de un TCA.

Esta investigación pretendió detectar si los estudiantes de nuevo ingreso realizan CAR, ya que si prevalecen estas pueden evolucionar hacia un TCA, afectando tanto su salud física por el desarrollo de enfermedades como la anemia. Además, su salud mental también puede resultar afectada ya que afecta a la persona teniendo baja autoestima y poca confianza para convivir en su entorno social. Por todo lo expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Las conductas Alimentarias de Riesgo están presentes en los estudiantes de primer semestre en la carrera de psicología?

3.4 Tipo de estudio

Descriptivo

Estudio Descriptivo: Su objetivo consiste en medir distintas dimensiones de las variables a través de la descripción y analizarlas tratando de ser lo más precisas posibles no sin antes poseer conocimientos previos del tema que se quiere investigar (Hernández, Fernández y Baptista, 2008) Este método se utilizó para describir la presencia de CAR en los estudiantes de nuevo ingreso

3.5 Variables

Índice de Masa Corporal

Definición Conceptual

La Organización Mundial de la Salud (2020) indica al índice de masa corporal (IMC) como una medida estandarizada que sirve para detectar la obesidad donde existe un rango de normalidad entre 18.5 y 24.9 kg/m².

Definición Operacional

El índice de masa corporal se mide el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²)

Conductas Alimentarias de Riesgo

Definición Conceptual

Las Conductas Alimentarias de Riesgo son conductas inapropiadas similares a las que se presentan en los trastornos de Conducta Alimentaria, pero no cubren sus criterios diagnósticos. (Unikel, Diaz de Leon y Rivera 2017).

Definición Operacional

Las Conductas Alimentarias de Riesgo se evalúan con el EDI-3 debido a que está conformado por las escalas de riesgo de trastornos alimentarios de la conducta alimentaria y por los índices psicológicos.

Escalas de riesgo:

Obsesión por la delgadez: Una de las escalas más importantes del instrumento debido a que permite descubrir si hay jóvenes que tienen la posibilidad de desarrollar el TCA bulimia además de predecir si hay atracones.

Bulimia: Escala que mide una de las conductas alimentarias de riesgo más predominantes: los atracones, se entiende como la conducta incontrolable de ingerir comida.

Insatisfacción Corporal: La preocupación por el total o parcial del cuerpo, capaz de modificar o alterar su realidad especialmente agrandándola.

Escalas psicológicas

Baja Autoestima: Existe una correlación entre los sentimientos y la inseguridad que la persona tiene, haciendo creer que no tiene valor significativo haciéndose menos incapaz de conseguir sus objetivos.

Alienación Personal: Se define como la presencia permanente donde predomina la inseguridad, el vacío y la despersonalización de la persona.

Inseguridad Interpersonal: La incapacidad de expresar las emociones o sentimientos a personas de su contexto social además de dificultar las relaciones.

Desconfianza Interpersonal: La carencia de cariño que percibe la persona hacia sus relaciones predomina además teniendo como consecuencia sentimientos negativos como la desilusión y el distanciamiento.

Déficits Introspectivos: Consiste en la incapacidad de responder a emociones sin saber como definir lo que siente en el momento, además de evitar sentir emociones intensas.

Desajuste Emocional: La incapacidad de controlar las emociones en situaciones necesarias siendo la persona impulsiva sin razonar; teniendo poca tolerancia a la frustración.

Perfeccionismo: La persona necesita obtener los más altos estándares sin la necesidad de cometer error alguno, ya que, si comete alguno, siente inconformidad.

Ascetismo: El sobre sacrificio de las necesidades de cuerpo con el objetivo de buscar la espiritualidad debido a la incapacidad de tolerar emociones como la vergüenza o la culpa.

Miedo a la madurez: El continuo desarrollo a la adultez desarrolla sentimientos de evasión hacia las responsabilidades individuales o la independencia y se sigue buscando el cuidado parental.

Índices

Índice Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC): El índice consiste en la suma total de las escalas DT, B y BD ya que muestra de manera general el resultado de estas escalas, además de proporcionar un reflejo inicial acerca de la preocupación por la alimentación y el peso.

Índice de ineficacia (IC): consiste en la suma total de las escalas LSE y PA por lo que muestra un resultado general de ambas escalas, además de proporcionar un reflejo inicial acerca de el vacío emocional y una baja autovaloración inicial.

Índice problemas interpersonales (IPC): consiste en la suma total de las escalas II y IA, además de proporcionar un reflejo inicial acerca de la inseguridad que tiene el estudiante por relacionarse con sus pares considerando las relaciones sociales como inseguras o de baja calidad.

Índice de problemas afectivos (APC): consiste en la suma total de los índices ID y ED, además de proporcionar un reflejo inicial sobre la dificultad de interpretar y responder estados emocionales.

Índice exceso de control (OC): consiste en la suma total de los índices P y A, además de proporcionar un reflejo inicial si el estudiante renuncia a sentimientos de placer por la búsqueda de la perfección.

Índice desajuste psicológico general (GPMC): consiste en la suma total de todas las escalas tanto las escalas de riesgo como las escalas psicológicas del EDI-3, si bien puede ser un error sumar todas las escalas en un mismo índice, la suma total proporciona un reflejo de los patrones de respuestas que el estudiante proporciona,

3.6 Población

Estudiantes de primer semestre quienes ingresaron a una Universidad Pública en el Estado de México, con una población en su totalidad de 369 estudiantes del turno matutino y el turno vespertino, no obstante, 5 estudiantes no desearon participar en la investigación, 66 estudiantes se encontraron ausentes en el horario donde se aplicó el cuestionario EDI-3 y 10 estudiantes no alcanzaron los criterios establecidos, por lo que el total de estudiantes que realizaron la prueba EDI-3 fue de 298.

3.7 Instrumento

Se utilizó el EDI-3 Inventario de Desórdenes Alimenticios-3 (Garner, 2004). Cuyo nombre original es Eating Disorder Inventory-3. Consiste en medida estandarizada que ofrece puntuaciones objetivas y perfiles de gran utilidad para el enfoque del caso y para la planificación de personas con sospechas de TCA. Consta de un cuestionario de 91 ítems y una hoja de respuesta autocorregible. La aplicación es individual y toma alrededor de 30 minutos para contestar. Dirigido a una población de 12 años en adelante y su finalidad es la evaluación de los trastornos de conducta alimentaria y el riesgo de conducta.

Como demuestran García-García, Vázquez-Velázquez. López-Alvarenga, Arcila-Martínez (2003) el uso del manual en baremos de población mexicana arrojan resultados confiables, válidos y utilizados como herramientas para el diagnóstico de TCA; desde su segunda versión del EDI (EDI-2) se utilizó una población de 22 mujeres con diagnóstico de Trastorno de Conducta Alimentaria y fueron comparadas con mujeres quienes no tenían un diagnóstico de Trastorno de Conducta Alimentaria, el resultado de esta investigación indicó el uso confiable como herramienta para el diagnóstico sin embargo también expuso las limitaciones del EDI-2.

En 2004 se creó la última versión del EDI (EDI-3) y en el 2010 se adaptó para la población clínica española y no clínica mexicana gracias a las nuevas investigaciones y está se pudo ampliar. (Garner, 2004).

3.8 Validez y Confiabilidad

El EDI-3 ofrece dos baremos de muestras no clínicas, el primero consiste en la muestra no clínica española y el segundo consiste en la muestra no clínica mexicana, esta última fue utilizada en 1268 mujeres de distintas partes de la república mexicana, por lo que el EDI-3 tiene la capacidad de discriminar las diferencias entre personas con TCA y sin TCA.

3.9 Diseño de investigación

No experimental, descriptivo y transversal, ya que únicamente se midió la variable en un momento determinado.

3.10 Captura de información

Se solicitó al coordinador de carrera de la Universidad pública permiso para realizar la aplicación del instrumento dirigidos los estudiantes de primer semestre, dándoles a conocer el formato de consentimiento informado y el instrumento a aplicar, una vez obtenido el visto bueno se procedió a acudir a cada grupo, en el cual a su vez el docente en turno otorgo el permiso para aplicar.

Una vez en cada grupo se entregó un consentimiento informado a los estudiantes, y se les dio tiempo para que lo leyeran, una vez que concluyeron la lectura, se les explicó de manera verbal el tema del proyecto, así como sus objetivos y los colaboradores con los que se trabajó, además del rol de su participación. después de esto los estudiantes que quisieron participar firmaron el consentimiento informado, quedándose con una copia de este. Además, se les indicó a los estudiantes que sus datos eran confidenciales y que su participación era totalmente voluntaria. Y si deseaban saber sus resultados proporcionan su número telefónico, para posteriormente comunicarse con ellos.

A los estudiantes que decidieron participar se les proporcionó el cuestionario y se les explicó de manera verbal y grupal la forma en la que deberían contestar. Las dudas que se presentaron se resolvieron en el instante. La aplicación tuvo una duración de 40 minutos en promedio.

3.11 Procesamiento de los datos

Una vez aplicados los cuestionarios se vaciaron en el programa SPSS versión 22, para proceder a obtener los niveles de riesgo de cada una de las escalas. Presentándose en tabla las frecuencias y porcentajes para cada nivel de riesgo., así como de IMC.

CAPITULO 4 RESULTADOS

La población estudiada en el presente trabajo de investigación fue un total de 298 estudiantes de la carrera en psicología de una Universidad Pública.

Con respecto a los resultados de la escala del Índice de Masa Corporal (IMC) (véase tabla 1), la escala normopeso se posicionó con la mayor cantidad de estudiantes con un total de 214 (71.8%) cuya mayoría fueron identificados como mujeres, sin embargo, sí existe un sector considerable de estudiantes que se posicionaron dentro de la categoría de sobrepeso y obesidad siendo de 61 estudiantes (20.6%) por lo que este porcentaje con mayores probabilidades de sufrir CAR.

Tabla 1

Porcentaje del Índice de Masa Corporal de Hombres y Mujeres

Clasificación	Hombres		Mujeres	
	<=18	19+	<=18	19+
Bajo Peso	1	2	17	3
Normo Peso	34	14	138	28
Sobrepeso	11	4	21	13
Obesidad	0	0	8	4

Con respecto a los resultados de las escalas de riesgo de CAR (véase tabla 2), la escala de Obsesión por la Delgadez (DT), posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango bajo con un total de 135 (45.3%) sin embargo, la suma entre los rangos clínicos típicos y elevados arrojó la cantidad de 162 estudiantes (54.7%) por lo que mas de la mitad de la población presentan alguna preocupación acerca de su figura corporal son latentes.

En la escala Bulimia (B) posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango clínico bajo con 166 (55.7%) sin embargo, la suma entre el rango clínico típico y el rango clínico elevado arrojó la cantidad de 132 (44.3%) por lo que cerca de la

mitad de la población tienen más probabilidades de realizar alguna Conducta Alimentaria Purgativa (CAP) ya sean atracones que usualmente son causados por sentimientos de malestar o angustia ante situaciones desagradables o pensamientos conscientes de autoinducirse el vómito.

En la escala de Insatisfacción Corporal (BD) posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango clínico bajo con 166 (56.7%) mientras que la suma entre el rango clínico típico y el rango clínico alto arrojó la cantidad de 146 estudiantes (43.3%) por lo que cerca de la mitad de la población sufre de insatisfacción corporal aumentando las probabilidades de desarrollar algún TCA, especialmente la bulimia nerviosa.

En el índice de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (EDRC), posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango bajo con 152 (51%) mientras que la suma entre el rango clínico típico y el rango clínico elevado arrojó la cantidad de 146 estudiantes (49%) por lo que casi la mitad de los estudiantes presentan una preocupación e insatisfacción latente con respecto a su figura corporal y su peso.

Tabla 2**Frecuencias y Porcentajes de Escalas e Índice de Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Escalas de Riesgo	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Rango clínico cualitativo Obsesión por la delgadez	Rango clínico bajo	135	45.3
	Rango clínico típico	121	40.6
	Rango clínico elevado	42	14.1
Rango clínico cualitativo Bulimia	Rango clínico bajo	166	55.7
	Rango clínico típico	83	27.9
	Rango clínico elevado	49	16.4
Rango clínico cualitativo insatisfacción corporal	Rango clínico bajo	152	51.0
	Rango clínico típico	96	32.2
	Rango clínico elevado	50	16.8
Rango clínico cualitativo índice de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria	Rango clínico bajo	152	51.0
	Rango clínico típico	96	32.2
	Rango clínico elevado	50	16.8

En la escala de Baja Autoestima (LSE) (véase tabla 3) posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango clínico bajo con un total de 249 (83.6%) mientras que la suma entre el rango clínico típico y el rango clínico elevado arrojó la cantidad de 49 estudiantes (16.4%) por lo que la mayoría de los estudiantes no presentan baja autoestima.

En la escala de Alienación Personal (PA) posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango bajo, con un total de 211 (70.8%) mientras que la suma entre el rango clínico típico y el rango clínico arrojó un total de 87 estudiantes (29.2%) por lo que gran parte de la población no tienen deseos de querer ser otra persona o de presentar vacíos emocionales.

En la escala de Inseguridad Personal (II) posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango clínico bajo con un total de 161 (54%) sin mientras que la suma total entre el rango clínico típico y el rango clínico arrojó una cantidad de 137 estudiantes (46%) por lo que cerca de la mitad de la población no tienen la suficiente confianza en ellos mismos desarrollando sentimientos de incertidumbre frecuentemente.

En la escala de Déficit Introspectivos (ID) posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango clínico típico y del rango clínico elevado con un total de 139 (46.6%) mientras que el rango clínico bajo arrojó una cantidad de 159 estudiantes (53.4%) por lo que cerca de la mitad de los estudiantes no son capaces de reconocer sus propios estados emocionales ante situaciones de estrés.

En la escala de Perfeccionismo (P) posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango clínico típico y del rango clínico elevado con un total de 192 estudiantes (58.1%) mientras que el rango clínico bajo que obtuvo un total de 105 estudiantes (35.3%). Por lo que gran parte de la población presentan sentimientos de perfeccionismo derivado a estos sentimientos busquen de manera voluntaria metas exigentes y exageradas.

En la escala de Ascetismo (A) la suma total que se obtuvo en los rangos clínicos típicos y elevados fue de 189 estudiantes (64.7%) mientras que el rango clínico bajo arrojó un total de 109 estudiantes (36.6%) por lo que la mayoría de la población se restringen de manera voluntaria a placeres y emociones reemplazándolas por actitudes disciplinarias.

En el rango clínico de Miedo a la Madurez (MF) la suma total que se obtuvo entre el rango clínico típico y el rango clínico elevado fue de 261 estudiantes (87.6%) mientras que el rango clínico bajo arrojó un total de 37 estudiantes (12.4%) por lo que en la mayoría de la población las preocupaciones hacia los cambios fisiológicos y psicológicos son latentes.

Con respecto a los resultados de los Índices psicológicos (véase tabla 4) en el rango clínico del Índice de Ineficacia (IC) posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango clínico bajo con un total de 230 estudiantes (77.2%) mientras que la suma entre el rango clínico típicos y el rango clínico elevado arrojaron un porcentaje de 22.8% (66 estudiantes) por lo que cierta parte la población de los estudiantes perciben una valoración negativa y un vacío emocional.

En el índice de Problemas Interpersonales (IPC) posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango clínico bajo con un total de 158 estudiantes (53%) mientras que la suma entre el rango clínico típico y el rango clínico elevado arrojó un total de 140 estudiantes (47%) por lo que cerca de la mitad de la población de estudiantes presentan problemas para relacionarse con sus amigos, familiares además de tener dificultades para expresar sus emociones .

En el índice de rango de Exceso de Control (OC) la suma que se obtuvo entre el rango clínico típico y el rango clínico elevado fue de 212 estudiantes (71.2%) mientras que el rango clínico bajo reflejó la cantidad de 86 estudiantes (28.8%) por lo que las metas que son estipuladas por ellos mismos se caracterizan como exageradas y que necesitan de una estricta atención, por lo que optan de manera voluntaria ignorar satisfacciones y placeres emocionales o físicos ya que los catalogan como debilidad.

En el Índice de Desajuste Psicológico General (GPMC) posicionó a la mayor cantidad de estudiantes dentro del rango clínico bajo con un total de 164 estudiantes (55%) mientras que la suma entre el rango clínico típico y el rango clínico elevado fue de 134 estudiantes (45%) por lo que casi la mitad de la población presentan malestar psicológico. Recordemos que el GPMC es la suma total de los índices y muestra de manera general la calificación de la población.

Tabla 3
Frecuencias y Porcentajes de Escalas Psicológicas

Escalas Psicológicas	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Rango clínico Baja Autoestima	Rango clínico bajo	249	83.6%
	Rango clínico típico	35	11.7%
	Rango clínico elevado	14	4.7%
Rango clínico Alienación Personal	Rango clínico bajo	211	70.8%
	Rango clínico típico	52	17.5%
	Rango clínico elevado	35	11.7%
Rango clínico desconfianza personal	Rango clínico bajo	161	54%
	Rango clínico típico	92	30.9%
	Rango clínico elevado	45	15.1%
Rango Clínico déficits introceptivos	Rango clínico bajo	139	46.6%
	Rango clínico típico	97	32.6%
	Rango clínico elevado	62	20.8%
Rango clínico perfeccionismo	Rango clínico bajo	105	35.3%
	Rango clínico típico	121	40.6%
	Rango clínico elevado	72	24.1%
Rango clínico ascetismo	Rango clínico bajo	109	36.6%
	Rango clínico típico	137	45.9%
	Rango clínico elevado	52	17.5%
Rango clínico Miedo a la madurez	Rango clínico bajo	37	12.4%
	Rango clínico típico	141	47.3%
	Rango clínico elevado	120	40.3%

Tabla 4

Frecuencias y Porcentajes de Índices Psicológicos

Índices Psicológicos	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Rango clínico cualitativo Índice de ineficacia (IC)	Rango clínico bajo	230	77.2%
	Rango clínico típico	43	14.4%
	Rango clínico elevado	23	8.4%
Rango clínico cualitativo problemas interpersonales (IPC)	Rango clínico bajo	158	53%
	Rango clínico típico	95	31.9%
	Rango clínico elevado	45	15.1%
Rango clínico cualitativo problemas afectivos (APC)	Rango clínico bajo	121	40.6%
	Rango clínico típico	139	46.6%
	Rango clínico elevado	38	12.8%
Rango clínico cualitativo exceso de control (OC)	Rango clínico bajo	86	28.8%
	Rango clínico típico	170	57.1%
	Rango clínico elevado	42	14.1%
Rango clínico cualitativo Índice desajuste psicológico general (GPMC)	Rango clínico bajo	164	55%
	Rango clínico típico	95	31.9%
	Rango clínico elevado	39	13.1%

CAPITULO 5 DISCUSIÓN

La obsesión por la delgadez es un pensamiento que se origina debido a los constantes estímulos sobre las figuras corporales ideales impuestas por la sociedad por lo que esa preocupación es constante, tal como lo demuestra esta investigación ya que más de la mitad de la población de estudiantes presentan una obsesión por la delgadez por lo que aumentan las probabilidades de realizar alguna CAR, como la restricción de alimentos o los saltos de comida, conductas de riesgo que coinciden en la investigación de Oda-Montecinos, Saldaña y Andrés (2015) ya que en su investigación estas conductas fueron realizadas por trabajadores que tenían la creencia que saltarse sus horarios de comida ayudaría a gastar más energía calórica.

La preocupación por la figura corporal ideal es un malestar constante en el estudiante por lo que realiza conductas que puedan facilitar la modificación de su cuerpo actual, los atracones y el vómito son las conductas más utilizadas debido a la facilidad (Garner 2010; Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral, 2014; Oliver Peña et al. 2016). Estos malestares que son percibidos por los estudiantes se vieron reflejados en esta investigación ya que cerca de la mitad de la población estudiada sufre de altos índices de bulimia.

Datos que coinciden en la investigación de Hernández-Escalante y Liviada Molina (2014) ya que descubrieron que un grupo considerable de estudiantes realizaban el vómito por lo menos una vez en los últimos tres meses debido al malestar psicológico que presentaban debido a su figura corporal. (Jáuregui, Estébanez y Santiago 2008; Castrejón 2018) explica que las conductas alimentarias de riesgo se desarrollan en la adolescencia y pueden perdurar hasta convertirse en algún TCA por lo que lo que traería consecuencias tanto físicas como psicológicas para el estudiante.

La insatisfacción corporal va incrementando de manera considerablemente por lo que el estudiante comienza por rechazar su cuerpo o alguna parte específica de él, tal como lo demuestra esta investigación debido que cerca de la mitad de los estudiantes sufren de insatisfacción corporal por lo que no se sienten satisfechos con su propio cuerpo, esto concuerda con la investigación de Acuña, Niklitschek Quiñones y Ugarte (2020) pues en su estudio descubrieron que los varones no sienten satisfacción con su silueta corporal y buscan aumentar su masa muscular realizando actividades físicas mientras que las mujeres realizan conductas que ayuden a visualizarse más delgadas.

Las personas que realizan CAR usualmente presentan baja autoestima debido a la valoración negativa que se tienen de sí mismos, sin embargo esto no fue el caso de esta investigación ya que la mayoría de los estudiantes se posicionaron dentro de un rango bajo por lo que no presentan sentimientos de inseguridad, ineficacia o incapacidad para resolver sus problemas esto se contradice con Agostini (2017) ya que en su estudio arrojó que estudiantes de 18 años sí presentaron una autoestima baja por lo que tienen más probabilidades de realizar alguna CAR y desarrollar algún TCA.

Esto puede deberse al poco trayecto académico que han recorrido los estudiantes y no sienten inseguridades acerca del futuro laboral, Gaviria y Carmenza (2013) explican que las causas por las cuales los estudiantes sufren de baja autoestima se deben a la incertidumbre ante un futuro incierto o por relaciones dañinas entre sus compañeros o maestros lo segundo coincide con Ponce et al. (2017) ya que explica que las CAR pueden generarse debido a los comentarios negativos que sufren los estudiantes por parte de sus familiares o compañeros.

A pesar del poco recorrido académico, las metas autoimpuestas por lo estudiantes están muy presentes ya que en esta investigación encontró que la mayoría de los estudiantes suelen buscar el perfeccionismo sin importar reemplazar los sentimientos o emociones de placer por una disciplina exigente, como lo explica

Behar, Gramegna y Arancibia (2014) los estudiantes suelen buscar deportes exigentes que les permitan modificar su cuerpo hacia uno más atlético debido a la constante comparación con cuerpos delgados. Además, Jáuregui, Estébanez y Santiago (2008) explican que a partir de los 16 años los estudiantes buscan prácticas deportivas y cuyo objetivo principal no es el aprendizaje de algún aprendizaje específico, más bien intentan modificar su figura corporal a través del deporte y usualmente realizan ejercicio excesivo.

Caldera et al. (2019) explica que los estudiantes son capaces de realizar alguna conducta de riesgo con el objetivo de alcanzar distinciones académicas como lo explica Ramón, Martínez, Granada, Echaniz, Pellicer, Juárez, Guerrero y Sâez (2020) en un grupo de estudiantes españoles, modificaron totalmente sus hábitos alimentarios en momentos de estrés teniendo como consecuencia el aumento de ansiedad, pocas horas de sueño y el surgimiento inicial de cuadros depresivos.

Otro factor importante es la jornada extensiva además de una mala organización de sus horarios les obliga a realizar alguna CAR como los saltos de comida, atracones etc sin embargo ha sido normalizado en sus rutinas diarias que no se percatan que están realizando alguna conducta de riesgo (Ponce et al. 2017)

Otro aspecto importante es el miedo a crecer pues con el fin de evitar la madurez existen los deseos de volver a la niñez, usualmente se tiene la creencia que la infancia es la etapa más feliz de la vida debido a la protección total que tiene el niño por parte de algún adulto que le relega de todas las responsabilidades. Estos resultados coinciden con Laporta, Diéz, Latorre, Vives y Navalón (2018) ya que en su estudio indican que más de las tres cuartas partes de sus sujetos no aceptan los cambios psicosexuales y sociales que traen consigo la vida adulta, teniendo un deseo latente por querer regresar a la niñez y evitar las responsabilidades relacionadas con la madurez.

Guadarrama-Guadarrama, Hernández-Navor y Veytia-López (2018) explican que el adolescente comienza una etapa de autodefinición debido a los constantes cambios físicos y psicológicos y al final de esta etapa se puede llegar a un proceso de maduración eficaz sin embargo si esta autodefinición de su imagen corporal no es bien dirigida puede alterarse y puede provocar un malestar constante. Esto puede explicar el por que los estudiantes sienten un miedo a la madurez ya que los cambios físicos que tuvieron a lo largo de su adolescencia pudieron no haber sido agradables para ellos mismos por lo que comenzaron a desarrollar este malestar.

De manera general en la investigación cerca de la mitad de la población de los estudiantes prevalecen un malestar psicológico obtenido por todas las escalas de EDI-3 especialmente en las escalas de perfeccionismo, ascetismo y miedo a la madurez por lo que estudiantes son capaces de realiza CAR con el objetivo de alcanzar metas académicas deseadas. Las limitaciones que se presentaron en esta investigación fue el hecho de haber aplicado el instrumento a estudiantes sin ningún diagnostico o sospechas de algún TCA, sin embargo, la muestra fue suficiente para haber detectado que CAR son utilizadas con mayor frecuencia.

El uso de estos instrumentos permite reconocer de manera oportuna sí existe sospecha de una realización de alguna CAR, por lo que es recomendable el uso continuo en áreas escolares, deportivas o laborales. Además de continuar investigaciones mas amplias en poblaciones de edades avanzadas, debido a que las CAR tienen mayor posibilidad de desarrollarse en personas de mayor edad.

Otra recomendación que se puede realizar es la creación e implementación de programas que informen de manera mas especifica y clara el significado de las Conductas Alimentarias de Riesgo, el riesgo que conllevan y las consecuencias que pueden surgir sí se continúan realizando, debido a que las conductas de perfeccionismo están presentes en los estudiantes pueden influir en sus hábitos alimentarios sin que se den cuenta.

En caso de detectar a algún estudiante que este realizando alguna CAR, se recomienda trabajar de manera multidisciplinaria con trabajadores de la salud para una mayor atención psicológica y nutricional y asesorarlo eficazmente. Además hay que enfocarse en el sector masculino pues es una población de riesgo que esta aumentado, tal y como lo dicen Kumar & Kohil (2019) los hombres son la población que sufre de insatisfacción corporal con todo su cuerpo a diferencia de las mujeres que sufren de insatisfacción por alguna parte especifica de él mismo.

Los hombres suelen escoger actividades físicas con el fin de aumentar su masa muscular convenciéndose que la actual situación en la que está viviendo su cuerpo no es la ideal y decide realizar ciertas conductas que puedan ayudar a modificarlo en muchas ocasiones estas actividades son exageradas y muy alejadas de la realidad sin embargo el hombre está dispuesto a realizarlas Toro-Alfonso, Walters-Pacheco y Sánchez (2012) mientras que las mujeres se enfocan mas en alguna parte especifica de su cuerpo como la cintura o el abdomen ya que la autopercepción que tienen de ellas mismas sobre su cuerpo es que es mucho mas robusto por lo que el estudio de la insatisfacción corporal es muy importante ya que los géneros no perciben de la misma manera su insatisfacción corporal

Otra recomendación seria estudios mas avanzados acerca de la ansiedad pues en muchas ocasiones la ansiedad va ligada con las CAR, tal y como lo indica Medina-Gómez et al. (2019) la ansiedad es un factor predominante en el desarrollo de la insatisfacción corporal debido a que los estudiantes suelen sufrir de ansiedad debido a las constantes presiones que sufren por parte de las exigencias sociales con respecto al cuerpo ideal.

CAPITULO 6 CONCLUSIONES

El IMC tiene una correlación con las escalas e índice de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, sin embargo se mide de distinta manera entre hombres y mujeres, los hombres aspiran a buscar un IMC mas alto ya que para ellos es sinónimo de virilidad, buscarían realizar conductas de riesgo como el exceso de ejercicio para alcanzar dicha meta, mientras que las mujeres al percatarse de mayor IMC, buscan conductas de riesgo como ejercicio excesivo, ayunos o saltos de comida para bajar los índices del IMC.

Un sector considerable de los estudiantes de nuevo ingreso es propenso a desarrollar Conductas Alimentarias de Riesgo debido a la insatisfacción corporal que padecen sin embargo todos los estudiantes al ser sometidos a un horario escolar rígido por lo que pueden restringirse de manera voluntaria hábitos alimentarios saludables debido a que la ingesta de una buena alimentación tiende a tomar tiempo y es una característica que los estudiantes no poseen por lo que las conductas restrictivas como el salto de horas alimentarias o ayunos prolongados suelen ser las conductas de riesgo mas frecuentadas por los estudiantes.

Además, el exceso de control es otra escala que arrojó puntuaciones altas ya que los estudiantes se auto imponen metas exageradas y son capaces de sacrificar situaciones de felicidad consideradas por ellos mismos como perdidas de tiempo, inclinándose por el ascetismo, otro aspecto importante son las decisiones que toman ante situaciones de estrés ya que no son capaces de controlarse ante dichas acciones y toman las decisiones menos sensatas.

Sí bien las relaciones interpersonales reflejan en los estudiantes relaciones sanas entre sus pares y sus familiares, los estudiantes de 18< arrojaron resultados menores a estudiantes de 18=> por lo que se cree que las relaciones interpersonales van modificándose conforme van creciendo, teniendo la creencia que las relaciones no son sanas o de poco fiar. Al tener una edad tan corta, todavía son arropados por sus padres o algún tutor que les brinda seguridad por lo que al

continuar su crecimiento el estudiante comienza a ser mas independiente y toma sus propias decisiones.

La negación hacia el cuerpo biológicamente adulto esta muy presente en los estudiantes, por lo que el miedo a crecer y tomar las responsabilidades de adultos es latente en ellos y optarían por seguir teniendo el resguardo paternal.

La relación entre las CAR y el IMC no son muy significativas debido a que la gran mayoría de los estudiantes se encontraron en el normo peso, es posible que al tener una edad de 18 años su cuerpo.

CAPITULO 7 RECOMENDACIONES

Realizar futuras investigaciones para profundizar acerca de las Conductas Alimentarias de Riesgo con el fin de clasificarlas de una manera mas especifica, ya que la poca investigación que existe no permite catalogarlas y suelen confundirse con los Trastornos de Conducta Alimentaria

Las Conductas Alimentarias de Riesgo son mas propensas a realizarse en mujeres, el sector masculino ha ido incrementándose debido a la idealización del cuerpo masculino atlético por lo que enfocarse en esta población realizando mas investigaciones enfocados en este sector.

La realización de futuras investigaciones en estudiantes atletas, debido que a los resultados de esta investigación, las escalas de perfeccionismo, ascetismo y el índice de exceso de control arrojaron que los estudiantes son capaces de enfocarse en metas excesivas difíciles y sacrifican tiempos de reposo por lo que los estudiantes atletas suelen ser muy estrictos consigo mismos.

Realizar mas investigaciones entre estudiantes atletas que realizan algún deporte ya que la poca investigación no permite diferenciar entre estudiantes que realizan ese deporte con el fin de adquirir una habilidad o sufren de la conducta de riesgo como el ejercicio excesivo.

Realizar investigaciones en estudiantes universitarios de mayor edad a 18=>, con el fin de detectar sí los sentimientos de vacío emocional, desesperanza sobre el futuro y el miedo a la madurez son mas latentes

Creación e implementación de programas de manera multidisciplinar para informar acerca del significado de las Conductas Alimentarias de Riesgo, el riesgo que conllevan y las consecuencias que pueden surgir debido a la implementación de las CAR. Realizar de manera constante instrumentos que puedan ayudar a detectar las

CAR, tal como el EDI-3 y trabajar de manera coordinada con profesionales de la salud y de nutrición para un trabajo mas eficaz.

REFERENCIAS

Acuña, V., Niklitschek, C., Quiñones, A y Ugarte, C. (2020). *Insatisfacción de la imagen corporal y estado nutricional en estudiantes universitarios*. Revista de Psicoterapia: 31(116); 279-294.

DOI: <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.344>

Agostini, A. (2017). *Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescente* (Tesis de Licenciatura). Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

Recuperado

de:

<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/8027/AGOSTINI%20-TIF.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Amaya, A., Mancilla-Díaz, J.M., Álvarez, G.L, Ortega, M., Larios, M y Martínez, J.J. (2013). *Edad, Consciencia e Interiorización del Ideal Corporal como Predictores de Insatisfacción y Conductas Alimentarias Anómalas*. Revista Colombiana de Psicología; 22(1): 121-133.

Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v22n1/v22n1a09.pdf>

Amaya-Hernández, A., Alvarez-Rayón, G., Ortega-Luyando, M & Mancilla-Díaz, J.M. (2017). *Peer Influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors*. Revista Mexicana de trastornos alimentarios; 8: 31-39.

Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152316300301>

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed). Washington, DC EE. UU.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed) Washington, DC EE. UU.

Andrade, J.A., García, S., Remicio, C y Villamil, S (2012). *Niveles de adicción al ejercicio corporal en personas fisicoculturistas*. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte; 7(2): 209-226.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4147720>

Arata, G. (2009). Conducta Alimentaria y Familia. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo: 7(3): 1-2.

Recuperado de:

http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-31102009000300001&script=sci_arttext

Attia, E y Timothy, B. (2018). *Trastorno que evita/restringe la ingesta de alimentos (TERIA)*. Manual MSD Versión para profesionales. Recuperado de:

<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/trastorno-que-evita-restringe-la-ingesta-de-alimentos-teria?query=Trastorno%20por%20evitaciónrestricción%20de%20la%20ingesta%20de%20alimentos>

Bautista-Díaz, M.L., Marquez, A.K., Ortega-Andrade, N.A., García-Cruz, R y Álvarez-Rayón, G. (2019) *Body overweight discrimination: Context and situations*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios:10(1); 121-133.

DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519

Recuperado

de:

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/516/769>

Baladía, E. (2016). Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) Revista Española de Nutrición Humana y Dietética; 20(3): 161-163. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/renhyd/v20n3/editorial.pdf>

Behar, R., Gramegna, G y Arancibia, M. (2014). *Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria*. Revista Chil Neuro-Psiquiat; 52(2); 103-114. Recuperado de:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v52n2/art06.pdf>

Berengüí, R., Ángeles, A y Soledad, M. (2016). *Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders un university students*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios; 7: 1-8. DOI: 1016/j.rmta.16.02.004

Benedi, J y Romero, C. (2006). Laxante. Farmacia Espacio de Salud; 20(7): 44-50. Recuperado de:

<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13091131>

Bojórquez, I., Saucedo-Molina, T.J., Juárez-García, F y Unikel-Santoncini, C.U. (2013) Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. Saúde Pública; 29 (1): 29-39.

Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/05.pdf>

Bojórquez, R.M., Ávila, M.L., Cortés, M.C., Vázquez, R y Mancilla, J.M. (2008). Restricción Alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. Psicología y Salud; 18(2): 189-198. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/291/29118205.pdf>

Caldera, I.A., Del Campo, P.M., Caldera, J.F., Reynoso, O.U y Zamora, M.R. (2019), Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios; 10(1): 22-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519>

Caspersen, C.J., Powell, K & Christenson, G.M. Physical activity exercise and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports; 100: 126-131. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>

Castejon, M.A., Berengüí, R y Garcés de los Fayos, E.J. (2016). *Relación del índice de masa corporal, percepción del peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios*. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*; 36(1): 54-63.

DOI: 10.12873/361catejon

Castrejón, C. (2018). Impacto de las redes sociales y el marketing en la alimentación y la actividad física de los jóvenes en el estado de Guanajuato. *Revista Cimexus*; 23(2): 71-83.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6816494>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012, 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Cruz-Sáez, M.S., Pascual, A., Etxebarria, I y Echeburúa, E. (2013). *Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes*. *Anales de Psicología*. 29(3). 724-733.

DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.151041>

De Bellabarba, G.A. (2009). *Conducta Alimentaria y Familia*. *Revista Venezolana de Endocrinología, y Metabolismo*; 7 (3): 1-2.

Recuperado de:

http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-31102009000300001&script=sci_arttext

Díaz, M.C., Bilbao, G.M., Unikel, C., Muñoz, A., Escalante, E.I y Parra, A. (2019). Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias

de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 10(1): 53-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.490>

Dos Santos, M., Lenz, K. L. (2014) *Media Influence and body dissatisfaction in Brazilian Female undergraduate students*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 5: 20-28.

Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152314703738>

Escolar-Llamazares, M.C., Martínez, M.A., González, M.Y., Medina, MB., Mercado, E y Lara, F. (2017). *Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 8: 105-112. DOI:10.1016/j.rmta.2017.05.003

Escandón-Nagel, N., Vargas, J.F., Herrera, A.C & Perez, A.M. (2018). *Body Image based on sex and nutritional status: Association with the construction of self and others*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 10(1): 32-41.

Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6792946>

Franco, De Jesús, López-Espinoza, Del Consuelo y Jaime (2013). *Variables Predictoras de Riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres*.

Terapia Psicológica; 31(2): 219-225. Recuperado de:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v31n2/art08.pdf>

García-García, E., Vázquez-Velázquez, V., López-Alvarenga, J.C y Arcila-Martínez, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica. *Salud Pública*; 45: 206-210.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10645312.pdf>

García, N.I. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1 (Tesis doctoral Psicología de la Salud y Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona).

Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/13276493.pdf>

Garner, D.M. (2004). EDI-3, *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Gaviria, Y.P y Carmenza, M. (2013). Bajo rendimiento académico: desesperanza aprendida una mirada desde la complejidad del sujeto. *Planilla Educativa*; 403-423.

Gayou-Esteva, U y Ribeiro-Toral, R. (2014). *Eating Disorders identification of risk cases among students from Querétaro*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 5: 115-123. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-trastornos-alimentarios--110-pdf-S2007152314720075>

Gervilla, E. (2003). La tiranía de la belleza, un problema educativo hoy. La estética del cuerpo como valor y como problema. Ediciones Universidad de Salamanca. 14; 185-206.

Gómez, Y y Velázquez, E.B. (2019). Salud y cultura alimentaria en México. *Revista Digital Universitaria*; 20(1): 1-11.

DOI: <http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n1.a6>

Gómez, Z., Landeros, P., Pérez, M y Patricio, S. (2017). *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios*. *Revista Salud Pública y Nutrición*; 16(4). 1-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2017/spn174a.pdf>

Guadarrama-Guadarrama, R., Hernández-Navor, J.C y Veytia-López, M. (2018). “Como me percibo y cómo me gustaría ser”: un estudio sobre la imagen corporal de

los adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*; 5(1): 37-43 DOI: 10.21134/rpcna.2018.05.1.5

Guadarrama, R., Carrillo, S.S., Márquez, O., Hernández, J.C y Veytia, M. (2014). *Body Image dissatisfaction and suicidal ideation in state of Mexico adolescents students*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 5: 98-106. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152314720051>

Guzmán.Saldaña, R., Saucedo-Molina, T.J., García, M., Galván, M y Del Castillo, A. (2017). *Imagen Corporal e Índice de Masa Corporal en mujeres Indígenas del Estado De Hidalgo*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 8(1): 56-62.

Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000100056

Healthychildren.org. (2020). Trastornos alimentarios. Recuperado de:

<https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Eating-Disorders.aspx>

Hernández, C.R. Fernández, C y Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. Naucalpan de Juárez. México: Mc Graw Hill.

Hernández-Escalante, V.M y Laviada-Molina, H.A. (2014). *Vómito autoinducido y ayuno compensatorio en mujeres sin diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA)*. *Revista Biomédica*; 25(1):17-21.

Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2014/bio141c.pdf>

Howard, C. (2018). Purging Disorder: Sign and Symptoms: Eating Disorder Hope.

Recuperado de: <https://www.eatingdisorderhope.com/blog/purging-disorder-signs-and-symptoms>

Illescas, I., Acosta, M.C., Sánchez, M.C., Del Socorro, M.V y Garcimarrero, E.A. (2014). *Estudio de la conducta alimentaria de escolares obesos de la ciudad de Xalapa, Veracruz (México) mediante entrevista personalizada*. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*; 34(2):97-102.

DOI: 10.12873/342illescas

Jáuregui, I., Estébanez, S y Santiago, M.J. (2008). Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. *Archivos latinoamericanos de nutrición*: 58(3): 280-285

Recuperado de:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300010

Jiménez-Cruz, B.E. y Silva-Gutierrez, C. (2008). *Niveles de ansiedad y depresión tras la exposición breve a imágenes publicitarias en relación con el índice de masa corporal y las actitudes hacia el peso y la alimentación en un grupo de mujeres universitarias*. *Revista Mexicana de Psicología*; 25(1): 89-98.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016300006.pdf>

Kumar, C & Kohli, N. (2019). *Body image attitudes and perception among college students*. *IAHRW International Journal of Social Sciences*; 7(5-1), 1263-1267.

Laporta, I., Diéz, T., Latorre, P., Vives, E y Navalón, V. (2018). Miedo a la madurez en adolescentes con anorexia nerviosa. *European Journal of Child Development*: 6(2): 67-75.

Leonardelli, E., Losada, A y Violante, R. (2017). *Conductas de Riesgo Vinculadas a los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Miedo a la Evaluación Negativa en Adolescentes Escolarizadas*. *Integración Académica en Psicología*. 14(5). 77-91.

Recuperado

de

<http://integracionacademica.org/attachments/article/167/06%20Conducta%20alimentaria%20-%20ELeonardello%20ALosada%20RViolante.pdf>

León, R.C., Gómez-Peremistré, G y Platas, S. (2008). *Conductas Alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas*. Salud Mental; 31: 447-452. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000600004

Lira-Mandujano, J., Valdez-Piña, E., Núñez-Lauriano, M., Pech-Puebla, D., Morales-Chainé S y Cruz, S.E. (2018). *Ansiedad, depresión, afecto negativo y positivo asociados con el consumo de tabaco en universitarias*. Revista Internacional en Adicciones; 4(1): 4-12. Doi: 10.28931/riiad.2018.1.02

López-Aguilar, X., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J.M., Ocampo, M.T y Alvarez-Rayón, G.L. (2017). *Restricción alimentaria, Insatisfacción corporal y conductas compensatorias en obesas con diferente nivel de patología alimentaria (Atracón)*. Psicosomática y Psiquiatría; 1(2): 14-23. Recuperado de: https://psicosomaticaypsiquiatria.com/wp-content/uploads/2017/09/psicosom_psiquiatr_201712_14_23.pdf

Lora-Cortez, C.I y Saucedo-Molina, T.J. (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*; 29(3): 60-67. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58232908.pdf>

Marco, J.H., Perpiñá, C y Botella, C. (2014). *Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo*. Anales de Psicología; 30(2): 422-430. DOI:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.151291>

Márquez, S. (2008). *Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención*. Nutrición Hospitalaria; 23(3): 183-190. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300003

Márquez, S y de la Vega, R. (2015) La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. *Nutrición Hospitalaria*; 31(6): 2384-2391.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n6/06revision05.pdf>

Martínez, S y Munguia-Izquierdo, D. (2017). *Ejercicio Físico como herramienta para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. *INFAD Revista de Psicología*; 4(1). 339-350. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853537034.pdf>

Medina-Gómez, M.B., Martínez-Martin, M.A., González-Alonso, Yolanda y Mercado-Val, Elvira. (2019). Ansiedad e insatisfacción corporal en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*; 22(1); 13-21. DOI: 10.14718/ACP.2019.22.1.2

Moncayo, M. (2016). Complicaciones médicas de las conductas de purga: Consecuencias en la alimentación. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*; 24: 2604-2625. Recuperado de:

https://www.tcasevilla.com/archivos/complicaciones_medicas_de_las_conductas_purgativas3.pdf

Moral de la Rubia, J y Meza, C. (2013). *Causal Attribution of overweight/Obesity and its relationship to BMI and eating Alteration*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 4: 89-101. Recuperado de:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-trastornos-alimentarios--110-articulo-causal-attribution-overweight-obesity-its-relation-S2007152313719967>

Oda-Montecinos, C., Saldaña, C y Andrés, A. (2015). *Comportamientos alimentarios cotidianos y anómalos en una muestra comunitaria de en adultos chilenos*. *Nutrición Hospitalaria*; 32(2): 590-599. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000800014

Oliva-Peña, Y., Ordóñez-Luna, M., Santana-Carvajal, A., Marín-Cárdenas, A.D., Andueza, G y Gómez, I.A. (2016). *Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán*. Revista Biomédica; 27: 49-60. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472016000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Organización Mundial de la Salud. (2007). Tabla de Índice de Masa Corporal.

Recuperado

de:

http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/tablas_imc/hombres_imc.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). 10 datos sobre la obesidad.

Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

Ortiz, A.S., Vázquez, V y Montes, M. (2005). La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. Estudios Sociales; 13(25): 8-34. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/417/41702501.pdf>

Paredes, F., Nessier y Gonzalez, M. (2011). *Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe*. Diaeta; 29 (136): 18-24. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372011000300003

Padrón-Salas, A., Hernández-Gómez, J.F., Nieto-Caraveo, A., Aradillas-García, C.Cossío-Torres, P.E y Palos-Lucio, A.G. (2015). *Asociación entre autoestima y percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios*. Acta Universitaria; 25(1); 76-78. DOI:10.15174/au.2015.769 Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5632005>

Pérez-Lugo, A.L., Gabino-Campos, M e Ignacio, J. (2016). *Analysis of the aesthetic stereotypes of women in nine fashion and beauty Mexican magazines*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios; 7: 40-45. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152316000033>

Pita, S., Vila, M.T y Carpenente, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. Atención Primaria de la Red; 4: 75-78. Disponible en: [https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f de riesgo/3f de riesgo2.pdf](https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f%20de%20riesgo/3f%20de%20riesgo2.pdf)

Ponce, C., Turpo, Kenny, Salazar, C., Viteri-Condori, L., Carhuancho, J y Taype, A. (2017). *Trastornos de la Conducta Alimentaria en Estudiantes de Medicina de una Universidad de Perú*. Revista Cubana de Salud Pública; 43(3). 552-563. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2017/csp174f.pdf>

Ponce, I.S. (2008). *Comparación de la Asociación entre la Estatura y la Masa Libre de Grasa y la Masa Grasa con el Índice de Masa Corporal en Niños de 4 a 7 Años de Edad* (Tesis para obtener el título de Licenciado en Nutrición de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo). Recuperado de: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/10886/Comparacion%20de%20la%20asociacion%20entre%20la%20estatura.pdf?sequence=1>

Puche, R. (2005) *El índice de masa corporal y razonamientos de un astrónomo*. Medicina; 65: 361-365. Recuperado de: <http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol65-05/4/EL%20INDICE%20DE%20MASA%20CORPORAL%20Y%20LOS%20RAZONAMIENTOS%20DE%20UN%20ASTRÓNOMO.pdf>

Radilla, C.C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barrigüete, J.A y Coronel, S. (2015). *Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con*

ansiedad nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. Revista Española de Nutrición Comunitaria; 21(1): 15-21.

DOI: 10.14642/RENC.2015.21.1.5037

Raich, R. (2004) *Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal.* Avances en Psicología Latinoamericana; 22: 15-27.

Raich, R.M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, S.A y Soler. A (1997) *Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal.* Análisis y Modificación de Conducta; 23(89). 405-424. DOI: 10.5231/psy.writ.2015.1409

Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1989-38092016000100005

Ramón, E., Martínez, B., Granada, J.M., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., Guerrero, S y Sáez, M. (2020). *Conducta Alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios.* Epidemiología y dietética: 36(6); 1339-1345.

Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v36n6/1699-5198-nh-36-6-1339.pdf>

Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R.S., Lara, L y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso Escritos de Psicología; 9(1): 42-50. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/2710/271045358005.pdf>

Román, S., Ojeda-Granados, C y Panduro, A. (2013). Genética y evolución de la alimentación de la población en México. Revista de Endocrinología y Nutrición; 21(1): 42-51.

Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er131f.pdf>

Romero, Y., Sayago, P y Moreno, A.I. (2015). *Complicaciones Médicas de las Conductas Purgativas. Consecuencias de la Alimentación.* Trastornos de la

Conducta Alimentaria. 21. 2260-2276. Recuperado de:
https://www.tcasevilla.com/archivos/complicaciones_medicas_de_las_conductas_purgativas2.pdf

Salaberria, K., Rodríguez, S y Cruz, S. (2007). *Percepción de la imagen corporal*. Osasunaz; 8: 171-183.

Recuperado de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>

Salazar, Z. (2007). *Imagen Corporal Femenina y publicidad en revistas*. Revista Ciencias Sociales; 116: 71-85.

Recuperado de:
<https://pdfs.semanticscholar.org/598e/31d065a8b39c74c742b9edcdf60effc71bfb.pdf>

Salazar, Z. (2008) *Adolescencia e imagen corporal en la época de delgadez*. Reflexiones; 87(2): 67-80.

Saucedo-Molina, T.J., Rodríguez, J., Oliva, L.A., Villareal, M., León, R.C y Fernández, T.L. (2015). *Relación entre el índice de masa corporal, la actividad física y los tiempos de comida en adolescentes mexicanos*. Nutrición Hospitalaria; 32(3): 1082-1090.

Recuperado de: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9331.pdf>

Soto, M.A., Cáceres, K., Fuare, M., Gásquez, M y Marengo, L. (2013). *Insatisfacción corporal, búsqueda de la delgadez y malnutrición por exceso, un estudio descriptivo correlacional en una población de estudiantes de 13 a 16 años de la ciudad de Valparaíso*. Rev Chil Nutr; 40(1): 10-15.

Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v40n1/art01.pdf>

Toro-Alfonso, J., Walters-Pacheco, K.Z. y Sánchez, I. (2012) *El cuerpo en forma: Masculinidad, imagen corporal y trastornos en la conducta alimentaria de atletas varones universitarios*. Acta de Investigación Psicológica; 2(3): 842-857.

Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v2n3/v2n3a7.pdf>

Umberto, E. (2010) Historia de la belleza a cargo de Umberto Eco. Barcelona, España. De bolsillo.

Unikel, C y Caballero, A. (2010). *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Recuperado de: http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf

Unikel, C.U., Diaz de León, C y Rivera, J.A. (2017). *Conductas Alimentarias de Riesgo y factores de riesgo asociados desarrollo y validación de instrumentos de validación*. Ciudad de México, México. Casa Abierta al Tiempo.

Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J.M y López-Miñarro, P. (2013). Imagen Corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*; 28(1):27-35 DOI: 10.3305/NH.2013.28.1.6016


Vázquez, K.J. (2015). *Determinación del IMC y recomendaciones físicas y nutricionales para los estudiantes que toman cursos obligatorios de cultura física de la universidad politécnica salesiana en el ciclo 2014-2015*. (Tesis para la obtención del título de licenciado en Cultura Física de la Universidad Politécnica Salesiana Sede Cuenca).

Vázquez, R., López, X., Ocampo, M.T y Mancilla-Diaz, J.M (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*; 6(2): 108-120 Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/2007-1523-rmta-6-02-00108.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Carta de consentimiento

 REGIÓN CENTRO SUR

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Estimado(a) Alumno(a):
P R E S E N T E

Se te invita a participar en el presente estudio de investigación titulado "Detección de los rasgos y constructos psicológicos de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Psicología" dicho estudio esta desarrollado por diversas instituciones: Universidad Anáhuac con sede en Querétaro y Cancún; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y el Instituto de Ciencias de la Salud; Universidad Autónoma del Estado de México; Universidad Anáhuac Puebla.

Este proceso se le conoce como consentimiento informado, en el cual se te explica todo lo relacionado con la presente investigación. Siéntete con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar tus dudas al respecto. Cuyo objetivo del estudio consiste en Identificar la prevalencia de rasgos y constructos psicológicos para el desarrollo de un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA). Siendo la responsable del proyecto la Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama.

Si deseas participar en el estudio: Con el fin de identificar y explorar de manera general el ambiente que te rodea se te aplicara una cedula sociodemográfica, posteriormente se te administrara el instrumento titulado "Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria, EDI-3" el cual tiene el objetivo evaluar variables de riesgo y variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria.

Selección de los participantes: Invitamos a participar en este proyecto a todos los alumnos de nuevo ingreso de la licenciatura en Psicología de las diversas universidades participantes.

Aclaraciones:

- **Participación:** Tu decisión para participar es de manera voluntaria. Tú puedes elegir entre participar o no, e independientemente de tu elección continuarán todos los servicios brindados por tu universidad. Recuerda que eres libre de cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.
- **Riesgo:** No existe ningún riesgo en la participación.
- **Gastos:** No tendrá que hacer gasto alguno. La evaluación es de manera gratuita.
- **Remuneración por la participación:** En esta investigación no recibirá pago por su participación, más que el agradecimiento por su colaboración.
- **Confidencialidad:** La información personal obtenida en el estudio será mantenida con estricta confidencialidad, será manejada solamente por el equipo de investigación y solo para fines científicos, por lo que nadie más tendrá acceso a tu información.

Dejo constancia de que he sido informado(a) de las características de la investigación, que han sido aclaradas mis dudas y que doy consentimiento para participar. Se me entrega copia de esta carta de consentimiento.


Yo _____, con número de cuenta _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio se utilizaran solamente para fines de investigación, por lo que convengo en participar en este estudio.

Firma del participante

*Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

Anexo 2.

Variables Sociodemográficas


CNEIP DETECCIÓN DE RASGOS Y CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS EN TCA

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

FOLIO: _____

FECHA APLICACION: _____

1. NUM. DE MATRICULA: _____

2. EDAD: _____

3. SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

4. FECHA DE NACIMIENTO: _____

5. LUGAR DE NACIMIENTO: _____

6. ESTADO CIVIL:

CASADO VIUDO SEPARADO DIVORCIADO UNIÓN LIBRE SOLTERO

7. ACTUALMENTE VIVE CON:

PADRE MADRE AMBOS PADRES HERMANOS 1 2 3 + COMPAÑEROS

SOLO/A OTROS _____

8. SITUACIÓN LABORAL ACTUAL:

AMA DE CASA ESTUDIANTE INDEPENDIENTE EMPLEADO

9. ERES ESTUDIANTE FORANEO: SI _____ NO _____

10. LUGAR O PAIS DE PROCEDENCIA _____

11. CUENTA CON ALGUNA BECA:

SI TIPO: _____ NO

12. ¿CUÁL ES EL INGRESO MENSUAL FAMILIAR APROXIMADO EN TU HOGAR?
