

## Relación entre IMC, Insatisfacción Corporal y Conductas Alimentarias de riesgo en mujeres

Relationship between BMI, Body Dissatisfaction and Risk Eating Behaviors in women  
Relação entre IMC, Insatisfação Corporal e Comportamentos Alimentares de Risco em Mulheres

### Daniela Galván Bárcenas

danielagalvanbarcenas@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0006-3630-4294>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,  
Morelia, Michoacán, México

### Andrea Godines Magaña

1805297d@umich.mx  
<https://orcid.org/0009-0002-0140-9716>

Universidad Michoacana de San Nicolás de  
Hidalgo, Morelia, Michoacán, México

### Paulina de la Torre Vidal

1805211a@umich.mx  
<https://orcid.org/0009-0001-9160-8649>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,  
Morelia, Michoacán, México

### Mónica Fulgencio Juárez

monica.fulgencio@umich.mx  
<https://orcid.org/0000-0002-9715-4764>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,  
Morelia, Michoacán, México

| Artículo recibido en enero 2023 | arbitrado en febrero 2023 | aceptado en febrero 2023 | publicado en mayo 2023

<https://doi.org/10.59993/simbiosis.v3i5.25>

## RESUMEN

### Palabras clave:

Anorexia; Bulimia;  
Conductas Alimentarias  
de Riesgo

Se realizó una investigación no experimental cuyo objetivo fue identificar la relación entre el IMC, Insatisfacción Corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo. Participaron 64 mujeres estudiantes con nacionalidad y residencia en México en un rango de edad de 15 a 25 años, a quienes se les aplicaron dos pruebas para medir Insatisfacción Corporal (IC) y Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR). Se solicitó peso y estatura para calcular su Índice de Masa Corporal (IMC), así como datos sociodemográficos, como la edad, escolaridad, nacionalidad y lugar de residencia. Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson para identificar la relación entre las variables de IMC, IC y CAR. Se identificó una correlación alta y positiva entre las variables, siendo la relación más fuerte entre IC y CAR ( $r=.739$ ;  $p=.00?$ ). Es importante reconocer el impacto que genera la IC para así poder crear medidas preventivas contra las CAR.

## ABSTRACT

### Keywords:

Anorexia; Bulimia; Risk  
Eating Behaviors

A non-experimental research was conducted whose objective was to identify the relationship between BMI, Body Dissatisfaction and Risk Eating Behaviors. Women students with nationality and residence in Mexico in an age range of 15 to 25 years participated, to whom two tests were applied to measure Body Dissatisfaction (CI) and Risk Eating Behaviors (CAR). Weight and height were requested to calculate their Body Mass Index (BMI), as well as sociodemographic data, such as age, education, nationality and place of residence. A Pearson correlation analysis was performed to identify the relationship between BMI, CI and CAR variables. A high and positive score was identified in the correlation of these variables, being the strongest relationship between CI and CAR ( $r=.739$ ). It is important to recognize the impact of HF in order to create preventive measures against CAR.

## RESUMO

Foi realizada uma pesquisa não experimental cujo objetivo foi identificar a relação entre IMC, Insatisfação Corporal e Comportamentos Alimentares de Risco. Participaram mulheres estudantes com nacionalidade e residência no México, na faixa etária de 15 a 25 anos, às quais foram aplicados dois testes para medir a Insatisfação Corporal (IC) e os Comportamentos Alimentares de Risco (RCA). Peso e altura foram solicitados para calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), bem como dados sociodemográficos, como idade, escolaridade, nacionalidade e local de residência. Foi realizada uma análise de correlação de Pearson para identificar a relação entre as variáveis IMC, IC e CAR. Identificou-se um escore alto e positivo na correlação dessas variáveis, sendo a relação mais forte entre IC e CAR ( $r=.739$ ). É importante reconhecer o impacto dos fundos de cobertura de risco para criar medidas preventivas contra a RCA.

**Palavras-chave:** Anorexia; Bulimia; Comportamentos Alimentares de Risco

## INTRODUCCIÓN

Actualmente se han presentado con más frecuencia casos de personas que padecen trastornos alimentarios, en su mayoría, mujeres. Una de las causas principales es la insatisfacción corporal, ocasionando que se adopten conductas alimentarias de riesgo, siendo las más usuales, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad.

La imagen corporal negativa es un importante problema de salud pública para las sociedades a nivel mundial debido a su asociación con los síntomas de los trastornos alimentarios y la ausencia de bienestar psicológico, acorde a Castellano, et al. (2021).

Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral (2014), revelan que, en Estados Unidos, España y México, alrededor de 10-15% de las mujeres adolescentes refieren presentar CAR (Conductas Alimentarias de Riesgo), tales como ingerir grandes cantidades de comida para después inducir el vómito, utilizar laxantes y otros fármacos para perder o controlar su peso. En México, las

cifras demuestran que la prevalencia de la Anorexia Nerviosa entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que la Bulimia Nerviosa alcanza el 3%, y la presencia de estas afecciones ha demostrado tener un importante impacto en el género femenino, siendo las mujeres más susceptibles para padecer alguno de estos trastornos. “A través de la creación de los roles y los estereotipos sociales surge paralelamente un tipo de violencia simbólica, cuando estos son usados para controlar, autorregular y coaccionar la conducta de las mujeres en los estereotipos femeninos” (Álvarez, 2014). Esto se puede percibir precisamente en el cambio de las conductas alimenticias de la mujer.

Alcanzar los estándares de belleza y modificar los cuerpos en “cuerpos perfectos” es uno de los objetivos fundamentales de la existencia de los individuos, en este caso, afectando principalmente a las mujeres. Los márgenes de normalidad son tan reducidos que frente a la imagen corporal creada, aceptada y promovida desde los diversos discursos, los cuerpos rechazados aumentan. Se impone la idea de que debemos combatir la obesidad y la gordura, mantener la piel firme, el rostro terso y sin arrugas, las formas bien definidas y un sinnúmero de aspectos que hay que corregir para que se pueda cumplir con el modelo ideal.

Las prácticas corporales actuales han hecho posible que en las sociedades contemporáneas el cuerpo representa algo más que sus capacidades físicas, lo han llevado a adquirir una importante significación para el auto régimen de la propia existencia al tener la posibilidad de construirse a la medida de sus deseos. La forma en la que las mujeres llevan su experiencia corporal, en relación con su

aparición, ha sido explorada desde las prácticas más cotidianas de belleza, los tratamientos para adelgazar y las modas, la cirugía cosmética; así como la reciente “epidemia” de los desórdenes alimenticios como la anorexia y la bulimia.

En todas partes podemos encontrar la imagen de la mujer como objeto, principalmente en los medios de comunicación. En las sociedades modernas y contemporáneas, la categoría de mujer-objeto se refiere a un individuo al que no se le reconoce con una identidad propia, más específicamente, el término es empleado para manifestar la idea de que una mujer existe para satisfacer los deseos y necesidades, en este caso, de los hombres.

El índice de masa corporal (IMC) se vincula con las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en mujeres con sobrepeso y obesidad de acuerdo a Unikel, Díaz y Rivera (2016). De igual forma, mencionan que otros factores que se relacionan con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria son la interiorización del ideal estético de la delgadez, la insatisfacción corporal, la autoestima y los síntomas depresivos.

Según Weissberg y Quesnel (2004), un trastorno alimentario se observa cuando el individuo no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etc. Los comportamientos que adoptan los sujetos que desarrollan un trastorno alimentario presentan una gran preocupación por el peso, por no engordar, por mantener una delgadez extrema o conseguir una mayor y por una distorsión de la imagen corporal.

Otro factor asociado con el desarrollo de TCA es

la insatisfacción corporal (IC). De acuerdo con Trejo, et al. (2010), la imagen corporal representa la forma en que una persona se percibe, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Esta representación, tiene más relevancia durante la adolescencia, ya que en esta etapa se desarrolla el sentido de la identidad y son más susceptibles a sentirse insatisfechas con su imagen corporal. Además, la presión a favor de la delgadez es mayor en las mujeres, y en esta etapa adolescente, están más expuestas a imágenes y mensajes que fomentan este estereotipo. La insatisfacción corporal es una característica determinante de los trastornos de la conducta alimentaria, siendo un criterio importante para diagnosticar anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN).

La insatisfacción corporal relacionada con la imagen del cuerpo de la adolescente tiene un efecto adverso en sus relaciones interpersonales, lo cual conlleva cambios en el comportamiento. Se ha comprobado una asociación significativa entre la insatisfacción corporal y la intimidación. (Holubcikova, 2015).

La anorexia nerviosa se define en el DSM- V, como la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, curso del desarrollo y la salud física. Existe un miedo intenso a ganar peso o a engordar y hay una alteración en la forma en que la persona percibe su propio peso o constitución. El nivel de gravedad se determina por el IMC del paciente, leve ( $IMC \geq 17$  Kg/m<sup>2</sup>), moderado (IMC de 16 a 16.99 Kg/m<sup>2</sup>), grave (IMC de 15 a 15.99 Kg/m<sup>2</sup>) y extremo ( $IMC < 15$  Kg/m<sup>2</sup>) (American Psychiatric Association, 2014).

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, en el DSM- V se caracterizan

por la presencia de la ingestión de una cantidad de alimentos superior a la que una persona debería consumir en un periodo similar de tiempo, hay una sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio. Además, hay comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. El nivel de gravedad se determina con base a la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados, leve (uno a tres episodios a la semana), moderado (cuatro a siete episodios a la semana), grave (ocho a 13 episodios a la semana) y extremo (14 episodios a la semana) (American Psychiatric Association, 2014).

Existen varias teorías que han intentado explicar los principales factores que causan el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Por un lado, la teoría sociocultural de Cash, Smolak y Thomson (19992), tiene como premisa central que las presiones sociales (medios de comunicación, familia, amigos, etc.) son el impulsor del deseo a cumplir con estándares irreales e inalcanzables del físico del modelo sociocultural. Dicha teoría sostiene que: 1) existen ideales sociales de belleza en una determinada cultura, 2) se transmiten a través de una variedad de canales socioculturales, 3) estos ideales son interiorizados por los individuos, 4) por lo que la insatisfacción o satisfacción con la apariencia será una función de la medida en que las personas cumplan o no con el modelo ideal.

Thomson (1992), añade tres variables significativas a las influencias socioculturales: a) influencia de los padres y de iguales, b) la insatisfacción con la imagen corporal y c) trastornos alimenticios. Los individuos interiorizan el ideal como un estándar

personal a pesar de que sea inalcanzable provocando una insatisfacción corporal (Brote, et al. 2011).

La teoría fenomenológica de Rogers (1959), se menciona que cada persona percibe el mundo y la realidad de forma única a partir de la experiencia y la interpretación personal que haga de la realidad, a esta interpretación la define como campo fenomenológico. Esta teoría está basada en la premisa de que la conducta está moderada por los elementos internos, como la tendencia a la actualización y la evaluación de experiencias.

Hilde Bruch (1973), psicoanalista, conocida por sus trabajos acerca de los trastornos alimenticios, señaló que durante la adolescencia las mujeres le dan más importancia a su peso corporal, teniendo como consecuencia una búsqueda exhaustiva de la delgadez, puesto que, construye su autodefinición, les brinda una sensación de autonomía y autocontrol, creando esquemas negativos y distorsionados desde edades tempranas.

Existen tres variables interrelacionadas que explican el fenómeno de los trastornos de la conducta alimentaria, estas son: Distorsión perceptual del tamaño, preferencia por la delgadez e insatisfacción corporal. Estas variables no son fenómenos estáticos, sino que están influenciados por los estímulos ambientales.

Gardner (1996), menciona que la imagen corporal está compuesta por dos factores: uno perceptivo, que se relaciona con la estimación del tamaño y la apariencia, y otro actitudinal que abarca los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Dentro del trastorno de la imagen corporal influyen ciertos aspectos, entre ellos los perceptivos, afectivos y cognitivos y se caracteriza por una excesiva preocupación por algún defecto imaginario.

Esto acarrea una devaluación de la apariencia, una preocupación excesiva por lo que los demás piensen de ellas, de ahí que las personas con estos trastornos tengan una tendencia a esconder su cuerpo, someterse a dietas y ejercicio, así como evitar las relaciones sociales (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes, y Alemán, 2001).

Algunas investigaciones realizadas en 2010 evidenciaron que las CAR que se presentaban con mayor frecuencia eran las dietas restrictivas, los atracones y los ayunos. Es importante estudiar las CAR en mujeres debido a que es común que cuando aparecen en la adolescencia persisten en la adultez, siendo posible que resulten en cuadros crónicos y de posible riesgo para el desarrollo de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria. Se ha demostrado que en porcentajes importantes de mujeres mexicanas, la detección temprana de CAR coadyuvará a la intervención futura a nivel primario.

De acuerdo con Oliva et al. (2016), estiman que de 5% a 13% de la población mundial presenta síndromes parciales con relación a los trastornos de la conducta alimentaria. En el mundo, 1% de los adolescentes y adultos jóvenes padece de anorexia nerviosa y, 4.1% bulimia nerviosa. De acuerdo con la OMS, la anorexia inicia en edades que van de los 14 a los 18 años, en tanto que, la bulimia, suele ser más frecuente en mayores de 16 años.

Así mismo, en la población mexicana, la anorexia afecta al 0.1% de adolescentes, en su mayoría mujeres y la bulimia afecta al 0.4%. Ambos se presentan con mayor frecuencia entre los 12 a los 25 años y de cada 10 casos de personas con anorexia y bulimia, nueve son mujeres (Flores- Pérez, 2018).

Behar (2004), menciona que existe una sobrevaloración a la delgadez en la sociedad occidental,

esto ejerce una fuerte presión, principalmente en las mujeres jóvenes, con el objetivo de lograr este ideal de belleza, que puede llegar a percibirse como sinónimo de éxito, inteligencia, belleza y atractivo sexual.

Antes de la década de 1980 en sociedades occidentales, los Trastornos de Conducta Alimentaria estaban limitados a mujeres blancas, jóvenes y de clase media- alta. Sin embargo, se ha dado un incremento en poblaciones que se creían inmunes a los factores causantes de la insatisfacción corporal, los casos eran prácticamente desconocidos. Actualmente los TCA están presentes en distintos países debido a su rápido desarrollo y a la occidentalización (Cruzat, Haemmerli, García, 2012).

La adolescencia se considera una de las etapas más vulnerables ya que se caracteriza por cambios psicológicos, emocionales, cognitivos y sociales. Durante esta etapa el cuerpo es una fuente de identidad, autoconcepto y autoestima; es por esto que se tiene una tendencia a compararse con sus iguales, generando como resultado una fuerte preocupación por la apariencia física. Es importante mencionar, que la adolescencia es uno de los periodos más críticos en el desarrollo de la autoestima y se ha demostrado que la autoestima está relacionada negativamente con la insatisfacción corporal, siendo así la autoestima una mediadora entre la insatisfacción corporal y los trastornos alimenticios (Laporta, Jáuregui, Barajas y Santed, 2016).

A través de esta investigación se buscó identificar la relación entre el IMC, la satisfacción corporal y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres de 15 a 25 años.

De acuerdo con la teoría sociocultural de Cash, Smolak y Thomson (año), la insatisfacción corporal



dependerá de que la persona cumpla o no con el modelo delgado ideal, por consiguiente, se espera observar que, a mayor IMC, menor satisfacción corporal y mayor presencia de CAR. Refiriéndose con mayor IMC a las personas que se encuentren con sobrepeso u obesidad.

La prevalencia de los TCA es mayor en mujeres que en hombres, debido a factores como la representación en medios de la figura femenina, las exigencias de género, los estereotipos y prejuicios, los cuales han prevalecido a lo largo del tiempo, indiferentemente de la cultura, edad, raza, nivel socioeconómico, orientación e identidad. De ahí la importancia de trabajar los TCA y las CAR con perspectiva de género.

Unikel et al., (2010) menciona que en la actualidad está muy generalizado el deseo de una figura corporal delgada y el deseo de ser aceptada y aprobada por la sociedad, viéndose en la necesidad de cumplir los estándares de extrema delgadez para obtener el sentimiento de ser suficiente, sobre todo en la población femenina, la cual suele ser víctima de comentarios negativos sobre su cuerpo que tienen origen en el estigma que existe sobre el sobrepeso y los cuerpos gordos, que afectan la autoestima y se asocian con la adopción de CAR.

## MÉTODO

### Participantes

Esta investigación se realizó con una muestra no aleatoria con sujetos voluntarios, se realizó a 64 estudiantes mujeres que han dado su consentimiento para brindar la información requerida. Los criterios de inclusión fueron estar en un rango de edad de 15 y 25 años y con nacionalidad y residencia en México. Como criterio de exclusión se consideró que las

participantes no padecieran de ninguna enfermedad crónica que afectara su peso corporal.

### Instrumentos

Se aplicó una batería de pruebas que incluyó un breve cuestionario para conocer información de las participantes como sexo, nacionalidad, edad, grado de escolaridad y si tenían alguna afección médica que afectara su peso corporal.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

1) BSQ-14 Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987), dicho instrumento mide la Insatisfacción Corporal con la imagen corporal debida al peso y la forma del cuerpo. Está compuesto por 14 reactivos directos con seis opciones de respuesta que parten desde Nunca= 1 hasta Siempre= 6. Dicho instrumento posee una validez en una población de mujeres mexicanas, encontrando propiedades psicométricas satisfactorias: validez discriminante y predictiva ( $\lambda$  de Wilks = .485,  $\chi^2(gf = 1) = 278.830$ ,  $p < .001$ ) y su consistencia interna es de  $\alpha = .98$ .

2) Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo (Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S., 2004), consta de 11 preguntas que abarca la preocupación por engordar, la práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo y purgativo, en los tres meses que anteceden a la aplicación del instrumento. La escala tiene un valor de consistencia interna de  $\alpha = .83$ .

3) El IMC (Índice de Masa Corporal), se obtuvo utilizando la fórmula=  $\text{kg}/\text{m}^2$ , solicitando a las participantes su peso en kilogramos y su talla en metros. Al obtener el cálculo del IMC, se ubicó a la persona en la categoría a la que corresponde: a) Peso bajo ( $\text{IMC} < 18.9$ ), b) Peso normal ( $\text{IMC} = 18.91$  a  $24.99$ ),

c) Sobrepeso (IMC= 25.00 a 29.99), d) Obesidad leve (IMC= 30.00 a 34.99), e) Obesidad media (35.00 a 39.99) y f) Obesidad mórbida (IMC> 40.00) (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018).

### Procedimiento

Las evaluaciones se realizaron por medio de diferentes plataformas virtuales, para la aplicación se utilizó Google Formularios, y para difundir el cuestionario se utilizó la plataforma de Facebook. Se solicitó a varias mujeres su participación para la investigación, la batería se aplicó por medio de un formulario que tenía una duración de 15 minutos. Las participantes acordaron previamente participar posterior a explicarles el objetivo de la investigación, las indicaciones y la confidencialidad y privacidad de su identidad y de la información proporcionada.

### Análisis de datos.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS, versión 20; se calcularon las frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas, y para el IMC, se calcularon las frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar.

Igualmente, se midieron los coeficientes de correlación de Pearson con el objetivo de identificar la relación entre IMC, Insatisfacción Corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes mexicanas de 15 a 25 años.

### RESULTADOS

Los datos sociodemográficos se presentan en la Tabla 1, en la cual se exponen las características de las participantes de la investigación. El promedio de edad fue de 20.8 años.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos

Variables	f	%
Edad		
18	4	6.3
19	14	21.9
20	17	26.6
21	11	17.2
22	3	4.7
23	7	10.9
24	4	6.3
25	4	6.3
Escolaridad	7	10.9
Preparatoria	55	85.9
Universidad	2	3.1
Especialidad o Maestría		
Nacionalidad y residencia		
México	64	100.0

En la Tabla 2 se muestra la media de IMC obtenido y la desviación típica del mismo. La media de IMC fue de 23.2588.

En la Tabla 3 se presentan las frecuencias y porcentajes del IMC obtenido de acuerdo con la

clasificación proporcionada por el ISSSTE (2018). Según los datos proporcionados en la Tabla 2, se afirma que la media de la población se encuentra en un peso corporal normal.

**Tabla 2.** Tabla de frecuencias de IMC

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
IMC	64	16.56	33.06	23.2581	3.60772
N válido (según la lista)	64				

**Tabla 3.** Tabla de clasificación del IMC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado.
Válidos	Bajo peso	7	10.9	11.1	11.1
	Peso normal	39	60.9	61.9	73
	Sobrepeso	15	23.4	23.8	96.8
	Obesidad 1	2	3.1	3.2	100
	Total	63	98.4	100	
Perdidos	Sistema	1	1.6		
Total		64	100		

Como se mencionó con anterioridad, se realizó un análisis de correlación de Pearson para identificar la relación existente entre IMC, Insatisfacción Corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo, en la Tabla 4 se encuentran los resultados de dicho análisis.

La relación más fuerte que se obtuvo fue entre Insatisfacción Corporal y Conductas Alimentarias de

Riesgo con un valor de ( $r=.739$ ), seguido de la relación entre Insatisfacción Corporal e IMC con un valor de ( $r=.525$ ) y finalmente la relación entre IMC y Conductas Alimentarias de Riesgo con un valor de ( $r=.469$ ). En términos generales se afirma que la relación entre todas las variables es positiva y bastante alta.



**Tabla 4.** Tabla de correlaciones

		IMC	CAR	IC
IMC	Correlación de Pearson	1	.469**	.525**
	Sig. (bilateral)		0	0
	N	64	64	64
CAR	Correlación de Pearson	.469**	1	.739**
	Sig. (bilateral)	0	0	
	N	64	64	64
IC	Correlación de Pearson	.525**	.739**	1
	Sig. (bilateral)	0	0	0
	N	64	64	64

Nota: \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### DISCUSIÓN

Con base al presente estudio sobre la relación entre Índice de Masa Corporal, Insatisfacción Corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo, se observó que existe una fuerte correlación entre las variables estudiadas, teniendo puntuaciones de correlación más alta entre IC y CAR, tal como lo mencionaron Trejo et. al (2010), el factor mayormente asociado con el desarrollo de TCA es la insatisfacción corporal (IC).

Igualmente, se obtuvieron puntuaciones de correlación altas entre el IMC e IC y entre el IMC y CAR, de acuerdo con los resultados obtenidos, se rechaza la hipótesis de investigación, en la cual se esperaba observar que, a mayor IMC, menor satisfacción corporal y mayor presencia de CAR. Se rechaza porque a pesar de que la media de la muestra no se encuentra con sobrepeso y en vez de esto, se encuentra en peso normal se presentaron altas puntuaciones de IC y CAR. Esto sucede porque, de acuerdo con Unikel et. al (2016), un factor que se relaciona con el desarrollo de trastornos de la

conducta alimentaria es la interiorización del ideal estético de la extrema delgadez, entonces, a pesar de que se tenga un IMC saludable siempre se aspira a tener un cuerpo aún más delgado. De acuerdo con la teoría de la personalidad de Rogers (1959), la aspiración del ser humano siempre será hacia la mejora, en este caso, siendo esta “mejora”, el logro del modelo ideal.

Una de las debilidades del estudio fue que la muestra es homogénea, ya que la mayoría de las participantes se encontraron con peso normal y muy pocas con bajo peso, sobrepeso y obesidad, limitando los resultados y la posibilidad de dar interpretaciones basándose meramente en el IMC.

Sin embargo, los resultados de la investigación demostraron que, al contrario de que se pensaba que mayormente las personas con sobrepeso y obesidad presentarían puntuaciones altas de IC y CAR, se encontró que las personas con IMC normal presentan altas puntuaciones de IC y CAR, demostrando que es un tema relevante en la actualidad porque debido a la interiorización del modelo estético extremadamente

delgado, es cada vez más frecuente que se lleven a cabo Conductas Alimentarias de Riesgo, afectando principalmente a las mujeres adolescentes y adultas jóvenes. La insatisfacción corporal es un factor determinante de problemas psicológicos como los trastornos de la conducta alimentaria, siendo un criterio importante para diagnosticar anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

### CONCLUSIONES

Las investigaciones revisadas buscan identificar la relación entre el IMC, Insatisfacción Corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo, con el fin de reconocer el impacto que genera la IC para así poder crear medidas preventivas contra las CAR.

Los hallazgos encontrados en la presente investigación permiten reconocer la importancia de la problemática que enfrentan muchas mujeres mexicanas para así poder crear programas de psicoeducación y prevención de las Conductas Alimentarias de Riesgo que representan una amenaza para la salud de las jóvenes.

Las limitaciones de la presente investigación fueron las desproporciones geográficas en el desarrollo de las investigaciones, había pocas fuentes mexicanas a comparación de estadounidenses, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos en la población mexicana.

### REFERENCIAS

- Álvarez- Espinoza, N. (2014). La moral, los roles, los estereotipos femeninos y la violencia simbólica. *Humanidades*, 6(1), pp. 2-32. Doi: 10.15517/h.v6i1.2496
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Anorexia nerviosa. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V.* (pp. 191-192). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Bulimia nerviosa. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V.* (pp. 192-194). Barcelona: Masson.
- Comunicación Social (2018). Gobierno de México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201805/114>
- Cruzat, C., Haemmerli, C., García, T. y Andrea, L. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria: Reflexionando en torno a las variables socioculturales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3 (1), pp. 54-61
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicometha*, 13 (4), pp. 533-538
- Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral. (2014). Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(1), pp. 115-123
- Holubcikova J, Kolarcik P, Geckova AM, Van Dijk JP, Reijneveld SA. (2015). Is subjective perception of negative body image among adolescents associated with bullying? *Eur Jo Pediatr* 2015
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2018). Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/issste/es/articulos/que-es-el-indice-de-masa-corporal?idiom=es>
- Laporta, I., Jáuregui, I., Barajas, B. & Santed, M. (2016). Body dissatisfaction in adolescents with eating disorder. *Springer International Publishing Switzerland*, 23, 339–347. Doi: 10.1007/s40519-016-0353
- Oliva, Y., Ordóñez, M., Santana, A., Marín, A., Andueza, G. y Gómez, I. (2016). Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Revista Biomédica*, 27 (2), pp. 49-60. doi: 10.32776/revbiomed.v27i2.24

- Ramírez, M. (2017). Imagen Corporal, Satisfacción Corporal, Autoeficacias Específicas y Conductas de Salud y Riesgo para la Mejora de la Imagen Corporal (Tesis doctoral). Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/26765640.pdf>
- Trejo, P., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. y Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (3), pp. 144- 154
- Unikel, C., Díaz, C., Rivera, J. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39 (3), pp. 141- 148. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.012
- Weissberg, K. y Quesnel, L. (2004). Guía de Trastornos Alimenticios. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 1(1), pp. 7-28