



Facultat de Psicologia

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

Doctorat en Psicologia de la Salut i Psicologia de l'Esport

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN POBLACIÓN ESCOLARIZADA EN EL ESTADO DE NAYARIT,  
MÉXICO**

Tesis doctoral

**María América Negrete Castellano**

Directoras:

Dra. Rosa M. Raich Escursell

Dra. Eva Penelo Werner

Bellaterra, 2015



Facultat de Psicologia

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

Doctorat en Psicologia de la Salut i Psicologia de l'Esport

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN POBLACIÓN ESCOLARIZADA EN EL ESTADO DE NAYARIT,  
MÉXICO**

Tesis doctoral

**Autora:**

**M. América Negrete Castellano**

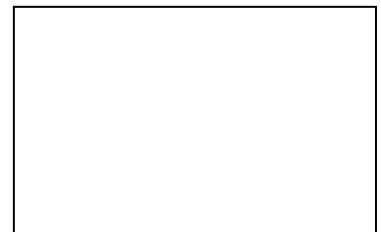


**Directoras:**

**Rosa M. Raich Escursell**



**Eva Penelo Werner**



Bellaterra, 2015



### **Tuaxa xawari**

Ahixie nemutinuiwaxi,  
netsuari pemu'eni tikariki  
'axawari ne'itari matia  
mexi metseri tanierikai.  
Aheima tuukari neukakikani ke ti  
yaxeikia petitse'iti takwa pemuwe.  
Ta'ukitsiema wa'iyari pe'anumaiti pemituwe  
'ahetia nuiwakate tem'ane.  
Ketipaimexia ne'utatsuakame peminetiuxei,  
'ana nunutsi tsuarieya pemitu'eni,  
'hiki' ukaratsi tsuarieya maniuka, neu'eni.  
'Eki tuaxa, ta'ukitsiema wananá pemihiki,  
'axawari neuxatia.

### **Hojas de roble**

Nací bajo tu mirada,  
escuchaste mi llanto en la noche,  
tus hojas fueron mi estera  
mientras la luna observaba.  
Aunque los años pasan sobre ti,  
sigues parado igual de fuerte en el patio.  
Conoces el pensar de Nuestros Padres,  
nacimos bajo tu follaje espeso.  
Cuántas veces me habrás visto  
llorar bajo tus ramas;  
entonces era un simple llanto de niña,  
ahora el llanto es de una mujer que habla.  
Tú, roble frondoso, raíz de mis antepasados,  
ofréceles tu nutrida sabia.

Angélica Ortiz López (poesía huichola)



# Agradecimientos

Este estudio fue posible gracias al soporte financiero de las instituciones:

1. Beca de la Universidad Autónoma de Nayarit



2. Beca de la Secretaría de Salud del Estado de Nayarit



Como dibujo principal en la tesis incluí un mándala (es una representación simbólica y arquetípica del universo según la antigua cosmología budista, es eficaz para armonizar, estabilizar y controlar estados de crisis y ansiedad) porque dibujarlos es una actividad común en las personas con trastornos de conducta alimentaria. Al iniciar este proyecto no podía ni imaginar el camino que habría que recorrer, ni cuáles eran los obstáculos que se presentarían, ni cómo los podría resolver, ha sido un aprendizaje en la parte profesional y en la personal. Hoy me doy cuenta que hay personas que siempre van a ser parte de mí misma y a las que siempre les voy a estar agradecida.

Cuando escribo una nota la pongo en un lugar visible por dos cosas: porque es algo importante para mí y porque no quiero que se me olvide. Ahora les pongo una nota a aquellas personas que han sido parte de este proyecto y de mi vida porque quiero decirles que son importantes para mí y quiero que lo tengan presente.



**A mis directoras:**

A la Dra. Rosa M. Raich

Por ser para mí esa ventana que se abre cuando todas las puertas se cierran. Por su todo mi reconocimiento y admiración, por ser mi ejemplo a seguir, por compartir su experiencia y sus conocimientos, por su gran calidad como ser humano, por creer en mí y acompañarme a llevar este proyecto a su término.

Me ha enseñado como decía Albert Einstein

“Dar ejemplo no es la principal manera de influir sobre los demás; es la única manera”.

A la Dra. Eva Penelo

Por enseñarme a conocer la diferencia entre hacer las cosas no solo bien sino perfectas, que para lograrlo son importantes la dedicación y el esfuerzo, que siempre hay cosas nuevas que descubrir y sacar de ellas lo mejor, que no te puedes permitir que las circunstancias de la vida te quiten la fuerza para seguir adelante y conquistar tus sueños. En todo este tiempo han sido invaluable todos los conocimientos que he recibido.

Como decía Luis Ernesto Espinoza – Chamalú

“La meta no existe, el camino y la meta son lo mismo. No tenemos que correr hacia ninguna parte, sólo saber dar cada paso” plenamente.



### **A mis hijos**

Aline y Ramón: Con ustedes he aprendido que está prohibido dejar de pensar que cada día es una oportunidad para ser feliz y que luchar para lograrlo vale la pena. Son un pedacito de mi corazón, los amo.

### **A mis padres**

A mi madre con su tenacidad para continuar a través de todas las circunstancias por difíciles que fueran poniendo siempre lo mejor de ella misma.

A mi padre; mi pilar. Por tus consejos que han terminado siendo míos; me decías que hay cosas que se pueden perder sobre todo las materiales, pero que lo que aprendes no te lo puede quitar nadie, porque forman parte de ti, de lo que eres y es tu carta de presentación. Ahora que has estado enfermo te veo parado y caminando a pesar de los pronósticos de los médicos y me dices “ya me viste, estoy parado” no me ha quedado más que respirar y yo también seguir caminando.

### **A mis hermanos**

A mis hermanos: Cuauhtémoc, Libertad, Zaynukari y Jorge Lenin.

La vida me dio a los mejores compañeros de vida. Han sido mi soporte y una extensión de mi misma en estos años, su apoyo me ha permitido continuar y cumplir con esta meta.

### **A Gladys, Aida y Felipe**

Con quienes he aprendido que el cariño es importante, pero no el que se lleva por dentro, sino también el que se demuestra por fuera.

### **A Alejandro**

Con tu compañía muchas veces has convertido mis días grises en uno donde he podido ver el sol, cuando me ha faltado una palabra de apoyo, cuando la situación ha sido difícil, ahí has estado tu regalándome tu sonrisa y sosteniendo mi mano.

### **A Lucy**

Mi compañera de carrera y mi hermana de vida.

### **A Rubén y Maritza**

Por su apoyo, su compañía, por saber que siempre han estado en todos los momentos y en todas las circunstancias.



### **A Marakame**

Por todo ese apoyo incondicional que siempre he encontrado que me ha permitido continuar este proyecto.

A las escuelas y chicos y chicas que participaron  
Por su disposición y cooperación gracias a ustedes esta investigación pudo realizarse.

### **A mis compañeras y amigas**

Simplemente no podría separar este proceso sin ustedes.  
Como decía Aristóteles "La amistad es un alma en dos cuerpos.  
Un corazón que habita en dos almas".

A Hortencia:

Textualmente sin ti no lo hubiera logrado.

A Paola:

Con tu solidaridad y apoyo pude seguir adelante.

A Laura:

Siempre juntas en todas las circunstancias.

A Lucero:

Mi compañera, mi confidente, una luz en mi vida.

A Katia:

Por esa fuerza y paz que me has dado.

A Marcela:

Mi refugio en los momentos difíciles.

A Francesca:

Siempre dispuesta a apoyar cuando lo necesité.

A Priscila y Ariadna:

Como decía Sir Francis Bacon, "En su compañía dupliqué las alegrías y dividí las angustias por la mitad".

A Mónica, Carla, Estrella, Débora

Mis compañeras y amigas

A Jorge:

Por saber que siempre he podido contar contigo.

A Mery, Pedro, Sofí, Juan, Ainoa, Iris y Nerea:

Mi familia en Barcelona.

A Raquel, Carlos, Frank, Ana, Javier, Jesy, Mariano, Paola y Bárbara:

Por su compañía, por tantos momentos compartidos.

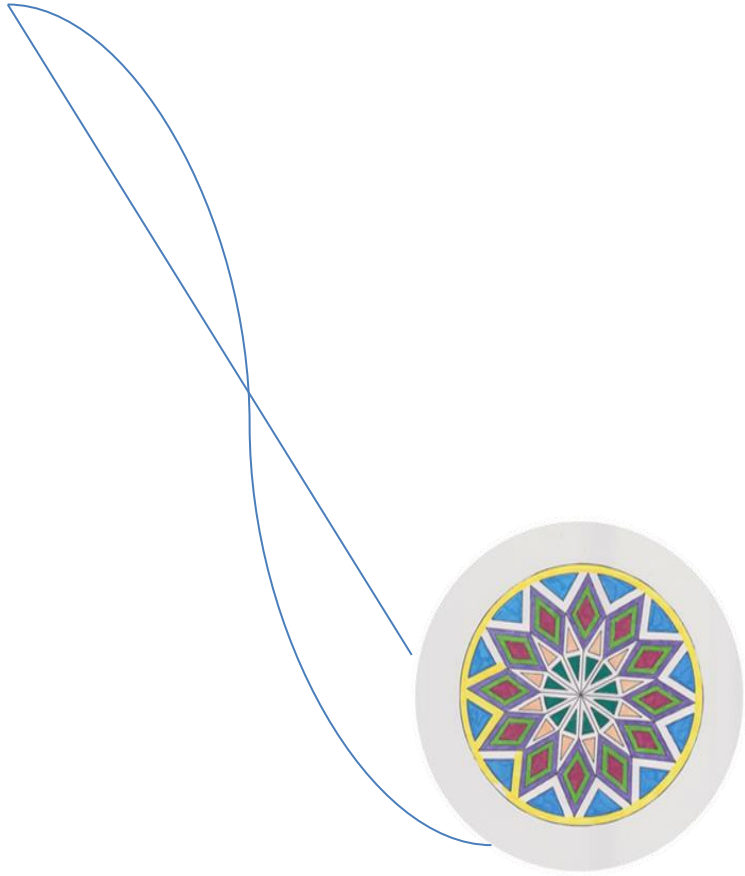


# **TABLA DE CONTENIDOS**

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.	Características de los trastornos de la conducta alimentaria .....	3
1.2.	Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR .....	4
1.3.	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades CIE-10.....	8
1.4.	Criterios diagnósticos según el DSM-5.....	10
1.5.	Alteraciones en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa .....	14
1.6.	Factores que influyen en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria .....	16
1.7.	Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria .....	19
2.	EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS .....	21
2.1.	Diseño de estudios epidemiológicos.....	24
2.2.	Estudios de prevalencia en función de los instrumentos y la metodología.....	24
2.3.	Estudios de trastornos de la conducta alimentaria en España .....	28
2.4.	Estudios de trastornos de la conducta alimentaria realizados en Centro y Sudamérica. ....	32
2.5.	Estudios de los trastornos de la conducta alimentaria en México .....	35
3.	FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA .....	43
3.1.	Factores biológicos.....	45
3.1.1.	Genética .....	45
3.1.2.	Diferencias de género .....	47
3.1.3.	Pubertad y adolescencia .....	48
3.1.4.	Índice de masa corporal (IMC), sobrepeso y obesidad .....	49
3.1.5.	Diabetes Mellitus.....	51
3.2.	Factores de riesgo individuales .....	52
3.2.1.	Conductas de control de peso.....	53
3.2.2.	Insatisfacción corporal .....	55
3.2.3.	Interiorización de la figura corporal ideal .....	56
3.2.4.	Autoestima .....	57
3.2.5.	Afecto negativo .....	58
3.3.	Factores de riesgo socioculturales .....	59
3.3.1.	Presión sociocultural hacia la perfección corporal .....	60
3.3.2.	Influencias de los medios de comunicación.....	62
3.3.3.	Influencia de las relaciones interpersonales .....	64
3.3.4.	Aspectos transculturales .....	65

4.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	67
4.1.	Objetivo general.....	69
4.2.	Objetivos específicos.....	69
4.3.	Hipótesis.....	70
5.	MÉTODO.....	73
5.1.	Participantes y diseño .....	75
5.1.1.	Selección de la muestra de la fase 1 .....	75
5.1.2.	Participantes de la fase 1 .....	76
5.1.3.	Participantes de la fase 2 .....	76
5.2.	Instrumentos .....	77
5.3.	Procedimiento .....	83
5.4.	Análisis estadísticos.....	84
6.	RESULTADOS .....	85
6.1.	Selección y descripción de los participantes de la fase 1.....	87
6.2.	Diferencias en función del sexo y el área de residencia de la muestra total.....	91
6.3.	Selección y descripción de los participantes de la fase 2.....	96
6.4.	Diagnóstico y prevalencia de TCA .....	98
6.5.	Comparación de prevalencias en función del sexo y el área de residencia.....	99
6.6.	Eficacia de los instrumentos de cribado usados .....	101
6.7.	Asociación de diversos aspectos con la presencia de TCA.....	101
6.8.	Relación entre la presencia de TCA y de obesidad o sobrepeso.....	104
7.	DISCUSIÓN.....	105
7.1.	Confirmación de hipótesis.....	110
7.2.	Limitaciones, puntos fuertes, y futuras líneas de investigación .....	125
8.	CONCLUSIONES .....	129
9.	REFERENCIAS.....	133
10.	ANEXOS.....	183
A.	Regiones de Nayarit .....	185
B.	Oficio de la Secretaria de Educación del estado de Nayarit (México) .....	186
C.	Cuestionario de datos sociodemográficos .....	187
D.	Instrucciones para administrar los cuestionarios .....	190
E.	Consentimiento de los padres de familia.....	191





# **1. INTRODUCCIÓN**





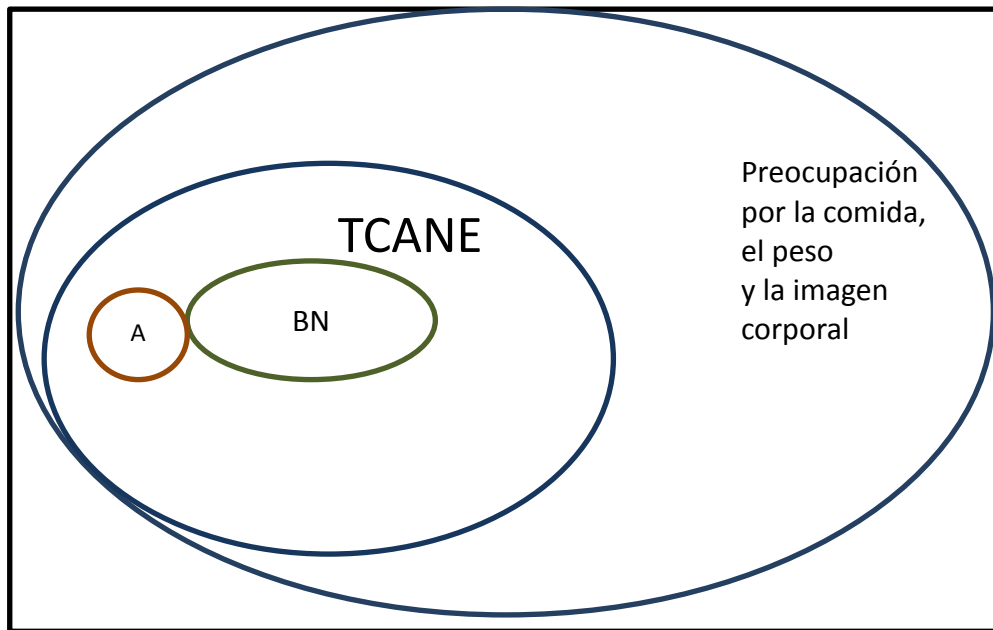
### **1.1. Características de los trastornos de la conducta alimentaria**

A los trastornos psicológicos que comportan graves anomalías en el comportamiento de la ingesta se les denomina “trastornos alimentarios” (Raich, 2011). Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por presentar conductas de alimentación anómalas como respuesta a su insatisfacción con su imagen corporal. Son enfermedades heterogéneas y complejas y en su etiopatogenia pueden intervenir diferentes factores: genéticos, biológicos, psicológicos, individuales, familiares y socioculturales (Sánchez y Prats, 2006). Incluye dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN); además también se han definido seis trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, revisado y publicado por la American Psychiatric Association, DSM-IV-TR (APA, 2000). Estos trastornos afectan preferentemente a mujeres jóvenes y muy jóvenes, mucho más que a los hombres (Raich, 2011). Es frecuente encontrar en las personas que padecen estos trastornos pensamientos distorsionados con respecto a su peso (sentimientos de inferioridad, piensan que no son apreciados debido a su imagen física) y su salud (piensan que estar delgado es sinónimo de salud o que el peso puede perderse rápidamente sin consecuencias para la salud). Entre algunos comportamientos frecuentes respecto a la comida y el peso podemos situar los comportamientos de preocupación por la comida (contar calorías, medir el contenido de grasa), por la silueta, pesarse muy a menudo, dietas estrictas, realizar atracones, uso y abuso de laxantes y, en síntesis, sentirse desgraciada o desgraciado a causa de la propia apariencia y peso (Raich, 2011). Estos comportamientos los podemos encontrar en la sociedad occidental, considerándolos dentro de la “normalidad”, pero también se presentan lo que se define como prácticas extremas de control de peso (tomar píldoras adelgazantes, abusar de diuréticos o laxantes, ayunar durante 24 horas o más, realizar ejercicio extenuante o provocarse el vómito) que suelen ser relativamente frecuentes en adolescentes americanos (Grunbaum, et al., 2004).

Grilo (2006) ha ejemplificado en la figura 1 la magnitud de los trastornos alimentarios respecto a la preocupación por el peso, la comida y la figura. Desarrolla la idea de que en la población en general se presenta de manera muy frecuente la preocupación por la imagen corporal y en los trastornos de conducta alimentaria se

encuentra una mayor prevalencia en los llamados TCANE, seguida de la BN y considera la AN menos común.

Figura 1. Representación esquemática de trastornos de la alimentación y la preocupación por la comida, el peso y la imagen corporal (Grilo, 2006).



### 1.2. Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR

Gull en 1874 publicó por primera vez unos casos de trastornos alimentarios a los que denominó “anorexia”, además de incluir el tratamiento para este proceso. La AN tiene como características principales un miedo exagerado a engordar y una distorsión de la imagen corporal que hace que las personas que la padecen se perciban y se sientan obesas cuando no lo están. Se imponen dietas restrictivas y se niegan a mantener su peso dentro de los límites de la normalidad. La valoración de sí mismas viene determinada por la opinión sobre su cuerpo y su figura. Son comunes el perfeccionismo y la baja autoestima. Muchas veces forman parte del trastorno la depresión y los pensamientos obsesivos. La persona anoréxica restrictiva exhibe su extrema delgadez como un gran logro, su triunfo sobre un cuerpo que no le satisface y al que ha convertido en un instrumento de control de su voluntad, compensando así su incapacidad de adaptación y aceptación (Sánchez y Prats, 2006). En la AN se presentan síntomas como: preocupación por comer en público, sentimientos de incompetencia, necesidad de controlar el entorno,

pensamiento inflexible, poca espontaneidad social, perfeccionismo y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa. En el tipo restrictivo se encuentran problemas de control de impulsos, abuso de alcohol o drogas, labilidad emocional y mayor frecuencia de intentos de suicidio. Muchos de los síntomas físicos de la AN son atribuidos a la inanición. La prevalencia de AN es de 0,5% en mujeres y en hombres es una décima parte de la de las mujeres (este aspecto se aborda con más detalle en el apartado de epidemiología). Algunas de las características de la AN forman parte de los criterios para la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo que no se relacionan con la conducta alimentaria y el trastorno dismórfico si la alteración está relacionada con la silueta y el tamaño corporales (APA, 2000).

Los criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) establecidos se resumen en la tabla 1 para la anorexia nerviosa y la tabla 2 para la bulimia nerviosa.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa (AN) (DSM-IV-TR)

---

<b>Anorexia nerviosa 307.1</b>
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida del peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable).
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

---

Especificar tipo:

- Restrictivo: durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.
- Compulsivo/purgatorio: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

---

En la BN, las personas afectadas presentan episodios en los que comen enormes cantidades de comida (atracon) y posteriormente realizan actividades para mantener su peso. Pueden tener un peso normal o engordar como consecuencia de sus conductas alimentarias inadecuadas. Pueden presentar procesos depresivos, su temor a engordar y la falta de control sobre la alimentación puede determinar su estado anímico y mental.

La persona bulímica descontenta por no lograr la delgadez se obsesiona por alcanzarla, pero no tienen la capacidad para persistir voluntariamente en el ayuno y enmascaran tras su normopeso o incluso ligero sobrepeso con una alternancia peligrosa de atracones y vómitos ocasionando un verdadero caos nutricional (Sánchez et al., 2006).

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa (BN) (DSM-IV-TR)

---

**Bulimia nerviosa 307.51**

---

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- a. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias generalmente se trata de alimentos con alto contenido calórico.
  - b. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
- 

Especificar tipo:

- Purgativo: durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
  - No Purgativo: durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
-

Dentro de los TCA se incluye la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), considerado habitualmente como un cuadro de AN y BN incompleto, por su inicio o porque aún está en vías de resolución (tabla 3). Se presentan síntomas similares a la AN o a la BN pero no configuran un cuadro completo, aunque no por ello son menos graves. En los TCANE se incluyen trastornos de conductas compensatorias inapropiadas, como ingerir cantidades de alimento, masticar y expulsar la comida y el TA (Trastorno por atracón) que recurre a episodios de ingesta de forma frecuente pero sin conductas compensatorias; se diferencia de la BN por la ausencia de los mecanismos compensatorios de los atracones, que con el tiempo se encamina hacia un problema de sobrepeso u obesidad (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

Tabla 3. Criterios diagnósticos de los Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) (DSM-IV-TR)

---

**Trastorno de conducta alimentaria no especificado 307.50**

---

Se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
  2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
  3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
  4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (Ej.: provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
  5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
  6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.
-

### **1.3. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades CIE-10**

Es importante aplicar criterios estrictos en los estudios (Roberts, Ramsay y Xing, 2007). Para el diagnóstico de AN y BN estos criterios se definen en el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición y texto revisado (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (APA, 2000) y en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud, décima edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1992).

El CIE-10 permite el registro, análisis, interpretación y comparación de datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países y en diferentes épocas. Convierte los términos diagnósticos y de problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y recuperación posterior para analizar la información. Es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema sirve para propósitos prácticos y epidemiológicos. La clasificación del CIE-10 para los trastornos de la conducta alimentaria se presenta en la tabla 4.

Es necesario considerar la inestabilidad entre los diagnósticos de TCA y ser más precisos en la definición de los fenotipos que dichos trastornos ponen de manifiesto (Anderluh, Tchanturia, Rabe, Collier y Treasure, 2009). Existe una desproporción entre los pensamientos anómalos que podemos considerar comunes en la población general no clínica y los que suelen ser específicos de la población en riesgo, por lo que resulta evidente marcar esa distinción (Miller, Vaillancourt y Hanna, 2009). Debido al alto porcentaje de migración entre diagnósticos de TCA, en la actualidad se propone disponer de criterios que permitan una mejor interpretación y diferenciación de los aspectos de los TCA con respecto a la población sana (Sekari, 2009; Grave, 2011). De acuerdo con esta línea, algunos investigadores han encontrado que la prevalencia de los TCA según la definición que se utilizase variaba del 0,3% hasta el 47% (Bjørnelv, Mykletun y Dahl, 2002). En estudios de seguimiento con mujeres se observó que la mitad de las pacientes diagnosticadas de AN experimentaban cruces entre AN restrictiva y purgativa y un tercio entre AN y BN, lo que plantea una implicación seria para el establecimiento de los diagnósticos de los TCA. Con respecto a la clasificación de los TCA en el DSM-5 se manifiestan diferentes opiniones; algunos autores (Eddy, et al., 2008) la consideran útil y otros aseguran que existe gran inquietud sobre ella (Hebebrand y Bulik, 2011; Knoll, Bulik



y Hebebrand, 2011). En la presente investigación hemos utilizado los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

Tabla 4. Criterios diagnósticos de AN, BN y TCANE (trastorno de la conducta alimentaria no especificado) CIE-10

---

**Anorexia nerviosa (F50.0)**

---

- A. Pérdida de peso que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura.
- B. La pérdida de peso es autoinducida por evitación de “alimentos que engordan”.
- C. Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con miedo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo un límite de peso bajo.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombres por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (Una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo la toma de píldoras anticonceptivas).
- E. El trastorno no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa (F50. 2).

---

**Bulimia nerviosa (F50.2)**

---

- A. Presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un periodo de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto periodo de tiempo.
- B. Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer.
- C. El paciente intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida por uno o más de las siguientes conductas:
  - a. Vómitos autoinducidos.
  - b. Purgas.
  - c. Períodos de ayuno alternantes.
  - d. Consumo de sustancias anorexígenas, laxantes; cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina.
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de miedo a la obesidad (que normalmente le conduce a un bajo peso).

---

**Trastorno de conducta alimentaria no especificado (F50.9)**

---

No cumple los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

---

#### 1.4. Criterios diagnósticos según el DSM-5

En el DSM-5 (APA, 2013), respecto al DSM-IV-TR, en la definición de AN se substituye el criterio “rechazo a mantener un peso mínimo” por “la restricción de la ingesta energética que conduce a un peso corporal significativamente bajo”. Asimismo, la amenorrea deja de ser un criterio diagnóstico (tabla 5).

Tabla 5. Criterios diagnósticos de la AN (DSM-5)

---

A.	Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
B.	Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
C.	Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

**Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

**Tipo con atracones/purgas:** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

---

**En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B o el Criterio C.

**En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

---

Con respecto a la BN, en el DSM-IV-TR la frecuencia de episodios bulímicos es de dos por semana en los últimos tres meses, mientras que en el DSM-5 se reduce a uno por semana. También se eliminan los subtipos (tabla 6).

Tabla 6. Criterios diagnósticos de la BN (DSM-5)

- 
- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
  2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes 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.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
- 

**En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

**En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

La gravedad se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados.

---

Con respecto al DSM-IV-TR, en el DSM-5 el trastorno por atracón tiene una categoría diagnóstica propia y se señalan los siguientes criterios diagnósticos en la tabla 7. El DSM-IV-TR también contiene los criterios diagnósticos de TCANE cuando no se cumplen criterios de AN y BN y en el DSM-5 se establecen como otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos, especificado y no especificado (tabla 8).

Tabla 7. Criterios diagnósticos del Trastorno por Atracón (TA) (DSM-5)

---

**Trastorno de atracones**

---

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
  2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
  2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
  4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
  5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante los últimos tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia

---

**En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

**En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. La gravedad se basa en la frecuencia de los episodios de atracones.

---

Tabla 8. Criterios diagnósticos: Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y no especificado (DSM-5)

---

**Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado**

---

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento.

---

**Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado**

---

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

---

### 1.5. Alteraciones en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa

En las personas con TCA el problema se inicia en las cogniciones distorsionadas que aparecen en su mente. Éstas se traducen en comportamientos y sentimientos que van reforzando su pensamiento desequilibrado y una visión negativa de sí mismas. En la vida real es difícil separar la interpretación cognitiva negativa y los sentimientos y conductas negativas respecto a ellos mismos. El pensar mal de sí mismos les provocan sentimientos desagradables y se comportan de una manera diferente a si no los tuvieran (Raich, 2011). En las tablas 9 y 10 se resumen las alteraciones emocionales, comportamentales y cognitivas de la AN y BN, respectivamente.

Tabla 9. Alteraciones emocionales, del pensamiento y comportamentales en la AN (Raich, Mora y Sánchez-Carracedo, 2002)

<b>Alteraciones emocionales</b>	<b>Alteraciones del pensamiento</b>	<b>Alteraciones comportamentales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sentimientos depresivos: insomnio, lloro, tristeza, irritabilidad, anhedonia.</li><li>• Ansiedad: inquietud, movimiento.</li><li>• Insatisfacción corporal y de su autoestima.</li><li>• Sentimientos de culpa tras la ingesta.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pensamiento dicotómico: «Si no peso muy poco, engordaré mucho».</li><li>• Creencias irracionales incorporadas de la difusión social: «uno tiene el cuerpo que quiere», «el cuerpo es infinitamente maleable».</li><li>• Pensamiento obsesivo en cuanto al peso y la comida.</li><li>• Pensamiento perfeccionista.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento de la actividad física.</li><li>• Comportamientos específicos relacionados con la comida: comer poco, esconder comida, esparcirla por el plato, preparar comida para otros sin comer de ella, revisar todo tipo de dietas...</li><li>• Comportamientos relacionados con el cuerpo: pesarse mucho o nunca, cubrirse el cuerpo con mucha ropa, comprobar su cuerpo en espejos o no hacerlo nunca.</li></ul>

Tabla 10. Alteraciones emocionales, del pensamiento y comportamentales en la BN (Raich, Mora y Sánchez-Carracedo, 2002)

Alteraciones emocionales	Alteraciones del pensamiento	Alteraciones comportamentales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimientos depresivos: lloro, tristeza, irritabilidad, anhedonia, gran inquietud e insomnio.</li> <li>• Cambios bruscos de humor.</li> <li>• Insatisfacción corporal.</li> <li>• Baja autoestima.</li> <li>• Insatisfacción con su falta de control, especialmente en la comida.</li> <li>• Sentimientos de culpa tras la ingesta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento dicotómico: «Si no peso muy poco, engordaré mucho».</li> <li>• Creencias irracionales incorporadas de la difusión social: «uno tiene el cuerpo que quiere», «el cuerpo es infinitamente maleable».</li> <li>• Pensamiento obsesivo en cuanto al peso y la comida.</li> <li>• Alto conocimiento de dietas y bajo conocimiento de nutrición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamientos específicos relacionados con la comida: comer solo, comprar y preparar comida para los atracones, comer muy deprisa, consumir los alimentos prohibidos, beber líquidos para facilitar vómito durante los atracones, revisar todo tipo de dietas...</li> <li>• Comportamientos relacionados con el cuerpo: pesarse mucho o nunca, cubrirse el cuerpo con ropa amplia, comprobar su cuerpo en espejos o no hacerlo nunca.</li> </ul>

## 1.6. Factores que influyen en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria

Fairburn, Cooper, Doll y Welch (1999) y Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Connor (2000) proponen como factores que influyen en la aparición de AN y BN el ámbito de la vulnerabilidad personal, ambiental y la dieta (tabla 11).

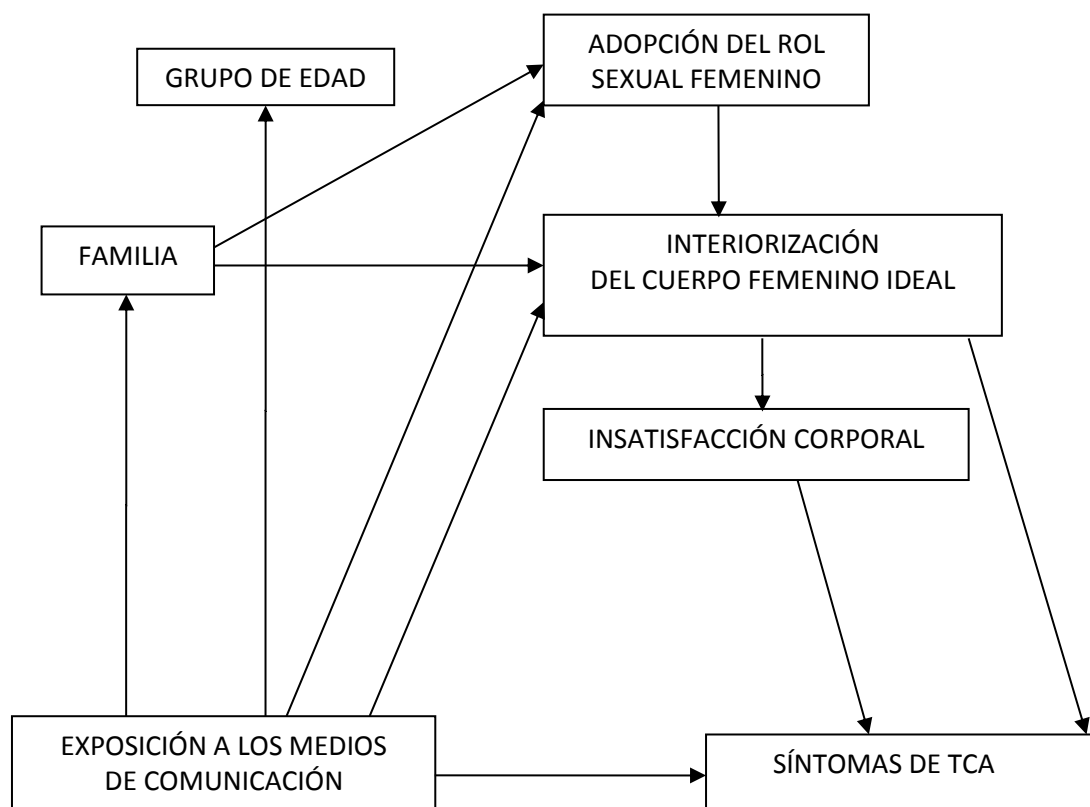
Tabla 11. Factores que influyen en la aparición de la AN y BN (Fairburn et al., 1999, 2000)

ANOREXIA	BULIMIA
Ámbito de la vulnerabilidad personal:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoevaluación negativa.</li> <li>• Perfeccionismo.</li> <li>• Depresión mayor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión mayor.</li> <li>• Alcoholismo o drogadicción en los padres.</li> </ul>
Ámbito ambiental:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sexual y físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos psiquiátricos paternos</li> <li>• Abuso sexual físico</li> </ul>
Ámbito de vulnerabilidad a la dieta:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembro de la familia que hace dieta para perder peso.</li> <li>• Comentarios críticos de la familia sobre la silueta y el peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembro de la familia que hace dieta para perder peso.</li> <li>• Comentarios críticos de la familia sobre la silueta y el peso.</li> <li>• Burlas sobre la apariencia.</li> <li>• Obesidad infantil.</li> <li>• Obesidad paterna.</li> </ul>
Factor de riesgo adicional:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menarquia temprana.</li> </ul>

Se han publicado algunos modelos explicativos sobre los diferentes factores de riesgo para los TCA. Stice, Schupak, Shaw y Stein (1994) mencionan que la insatisfacción corporal de la mujer se basa en la interiorización previa del ideal delgado, los medios de comunicación influyen en la determinación del rol actual, que se asocia más específicamente en la apariencia física. Es importante no olvidar que los padres y los pares potencian el anhelo de poseer un cuerpo delgado. Los mensajes de las personas cercanas incrementan la importancia de los mensajes que envían los medios de comunicación (Toro, 2004). Este modelo se esquematiza en la figura 2.



Figura 2. Influencia de la familia y del grupo coetáneo en la interacción con los medios en la génesis de síntomas de TCA (Toro, 2004)

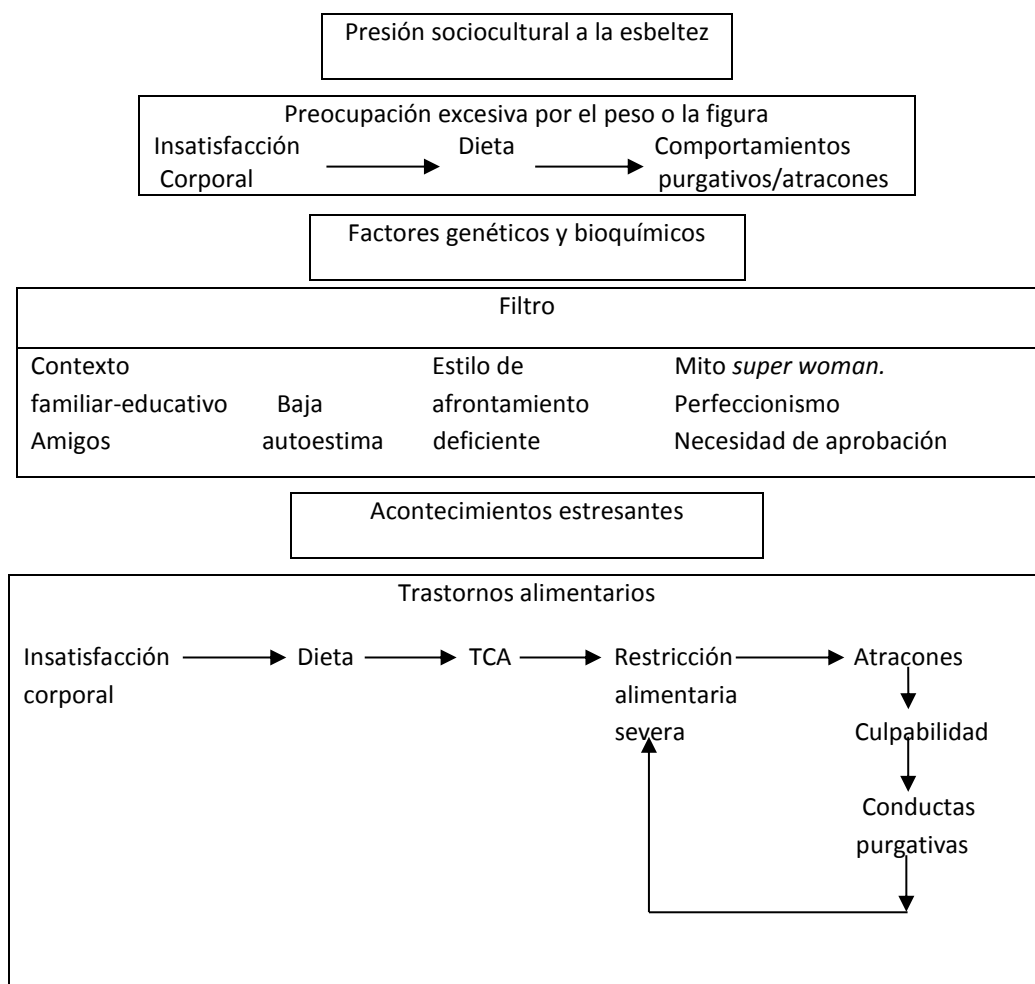


La mayoría de los estudios destacan como factores de riesgo para los TCA la preocupación por el peso y la figura, el género femenino, el neuroticismo, la morbilidad psiquiátrica y el afecto negativo, que se caracteriza por sensaciones de estados emocionales aversivos como nerviosismo, miedo, disgusto o ira que conllevan malestar emocional (Raich, 2011). Los factores de riesgo de un trastorno se determinan después de estudios preliminares que encuentran asociaciones entre el trastorno y variables particulares (Agras, 2010).

Raich (2011) propone un modelo explicativo a partir de diversos estudios y de la revisión de diferentes modelos explicativos de los TCA. Este modelo proviene del conjunto de factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales que pueden favorecer la aparición y el mantenimiento de los TCA. Las presiones socioculturales hacia

la esbeltez, junto con la estigmatización de la obesidad, juegan un papel fundamental en el desarrollo de los TCA. La herencia genética, el contexto educativo y un ámbito familiar que valore el modelo de belleza de la esbeltez, la dificultad o la falta de habilidades de afrontamiento, de contacto y de relaciones sociales y una autoestima baja que demande necesidad de valoración y aprobación y la introyección del mito de la Super woman (altos niveles de perfeccionismo y necesidad de aprobación social), aunado con acontecimientos estresantes, podrían llevar a la persona a presentar respuestas inadecuadas, pudiendo asumir la forma de un TCA (figura 3).

Figura 3. Propuesta de modelo explicativo de la aparición de los TCA (Raich, 2011)



### **1.7. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria**

La prevalencia de la AN y la BN en mujeres jóvenes se sitúa entre 0,5% para AN y de 1-3% para BN de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000). Para el protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995) las cifras son similares en mujeres jóvenes de países de Europa: una prevalencia cercana al 1% para AN y de 2-3% para BN. Con respecto a la población general la prevalencia de la AN y la BN está situada entre el 0,5% y el 1% (Fairburn y Beglin, 1990; Fernández-Aranda y Jiménez-Murcia, 2009). En población adolescente las cifras aumentan, con una prevalencia de AN en chicas entre el 0,1-2% y entre 0,1-0,9% en chicos. Respecto a la BN la cifra se encuentra entre 0,9-4% en chicas y 0,1-2% en chicos. El riesgo total de desarrollar TCA en chicas oscila entre 8,2-13%, y en los chicos entre 1-2,5% (Pamies, 2011). En estudios de dos fases realizados en España en mujeres con edades de 12 a 21 años, se obtiene una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la AN, del 0,41% al 2,9% para la BN y del 2,76% al 5,3% en el caso de los TCANE. Estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia de TCA del 4,1% al 6,41% (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).





## **2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS**

### **ALIMENTARIOS**



Los comportamientos de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia (tanto temprana como tardía) son difíciles de explicar, si se considera que no obedecen a un fenómeno unidimensional (Shapiro, Siegel, Scovill y Hays, 1998). Los adolescentes son el segmento de la población más vulnerable debido a que aún no han desarrollado los criterios y valores suficientes que les permitan hacer frente a la presión de los modelos estéticos vigentes, asociados a un cuerpo cada vez más delgado (Brusset y Bertrand, 1985; Roberts, Attkinsson y Rosenblanctt, 1998; Sherman y Sorosky, 1988). Diversos informes en adolescentes norteamericanos indican que el 65,2% de las chicas y el 37,2% de los chicos estaban intentando perder peso (Eaton, D, K. et al., 2008), mientras que el 57% de ellas y el 25,3% de ellos realizaban dietas para conseguirlo (Neumark-Sztainer, Wall, Guo et al., 2006). Los trastornos alimentarios constituyen un problema de creciente importancia en la población juvenil. Cada vez es mayor el número de casos que se diagnostica y que se trata. La mayoría de las veces su diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad cuando el trastorno ya está instalado y el panorama es poco alentador. La población con más alto riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria lo constituyen principalmente mujeres y chicas adolescentes (Peláez, Labrador y Raich, 2005). En esta población las cifras de prevalencia de TCA alcanzan entre 0,5-1% para la anorexia nerviosa (AN), 1-3% para bulimia nerviosa (BN) y el 3% para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) (APA, 2000; Hoek y van Hoeken, 2003; Insalud, 1995) .

Como se verá en más detalle en el apartado de factores de riesgo, las personas que sufren TCA se caracterizan por un alto grado de comorbilidad, baja autoestima, falta de habilidades sociales y abuso de drogas (APA, 2000, Gila, Castro, Gómez y Toro, 2005; Linderberg y Hjern, 2003). También estos trastornos se relacionan con altos niveles de deseabilidad social, temor a ser rechazado y necesidad de aprobación (Lauer, 1990). Estas características del trastorno alimentario hacen aún más complejo su tratamiento. Las repercusiones de los TCA son graves y requieren de un tratamiento largo, delicado y difícil. Muchas veces los casos pueden cronificarse y traer consigo sufrimiento familiar y personal (Carrasco, 2000; Figueroa, et al., 2004). En la AN el trastorno se asocia a un elevado riesgo de mortalidad y el porcentaje de recuperación es muy reducido (Kaye, Klump, Frank y Strober, 2000; Vitiello y Lederhendler, 2000).

Los trastornos de la conducta alimentaria una vez establecidos, son notablemente persistentes y provocan deterioro físico, discapacidad psicosocial (Walsh, 2013) y costos personales y sociales importantes (Aigner, Treasure, Kaye y Kasper, 2011). Se estima que 1.5 millones de ciudadanos de la UE (Unión Europea) sufren de AN o BN, con un coste de la enfermedad de 0,8 millones de euros al año (Gustavsson et al., 2011; Wittchen et al., 2011). Esta cifra subestima los verdaderos costes de los TCA. El consumo de recursos ambulatorios, el costo de la pérdida de productividad de las familias y los costos indirectos debido a la reducción de la duración de vida y la mala salud no se incluyeron en la estimación (Schmidt y Campbell, 2013). Un informe reciente sobre el costo de los TCA en Australia estima el gasto de 15.1 billones de dólares australianos en 2012, cifra similar a la estimada para ansiedad y depresión.

### **2.1. Diseño de estudios epidemiológicos**

A la epidemiología le corresponde estudiar las diferentes patologías y su distribución en los diferentes grupos sociales humanos, por estos motivos concentra sus estudios en los factores de riesgo y en los de vulnerabilidad (Hernández, Garrido y López, 2000). En las últimas tres décadas se han realizado estudios epidemiológicos tratando de estimar el alcance de los TCA y de identificar los factores de riesgo asociados a estos trastornos (Hoek y Van Hoeken, 2003; Morande et al., 1995). Resulta imprescindible que los datos de los estudios epidemiológicos sean precisos debido a que la programación de los recursos sanitarios se apoya en estos resultados para planificar y garantizar servicios de asistencia eficaces. Para lograr esta precisión es necesario conocer y controlar una serie de factores metodológicos como el tipo de diseño, el método de selección de las muestras y los instrumentos utilizados para evaluar cada determinado trastorno (Peláez et al., 2005).

### **2.2. Estudios de prevalencia en función de los instrumentos y la metodología**

Los estudios de prevalencia se engloban en tres grupos generales (Fairburn y Beglin, 1990):



*a).- Estudios apoyados en cuestionarios de autoinforme para establecer un diagnóstico de TCA*

Estos estudios para establecer un diagnóstico de TCA calculan las tasas de prevalencia únicamente a partir de las respuestas de los participantes a los cuestionarios. En la década de los 80 la mayoría de los estudios se realizaban utilizando este método y sus resultados se consideraban una primera aproximación epidemiológica a los TCA, cuando aún no se disponía de criterios diagnósticos DSM. Estos estudios son sencillos dado que no requieren un método para identificar a los participantes y localizarlos en una segunda fase y la administración de los cuestionarios se puede realizar de forma grupal y en un sólo periodo de evaluación.

En la interpretación de los resultados de este tipo de investigaciones es conveniente ser cauteloso por tres cuestiones básicas:

- Elección de las muestras

Las técnicas empleadas en este tipo de muestreo tienen como limitación la dificultad para generalizar sus resultados. En la mitad de las investigaciones se han utilizado muestras de estudiantes de psicología o muestras clínicas de pacientes ingresados. Este tipo de poblaciones no representa a la población general (Whitaker et al., 1990).

- Tasas de respuesta

En estos trabajos la tasa-media de respuesta obtenida es del 74,4%. Los estudios con una tasa de respuesta muy baja en los cuestionarios presentan una alta probabilidad de que los participantes que responden a los cuestionarios no sean representativos de la población. En poblaciones cautivas (pacientes ingresados) las investigaciones obtienen alrededor del 90% pero carecen de validez externa (Peláez et al., 2005).

- Método de detección de casos

Los cuestionarios de autoinforme no constituyen un método adecuado para la detección de casos de TCA, porque no permiten establecer un perfil diagnóstico basado en las respuestas de enunciados que presentan dificultades de interpretación (episodios de sobreingesta, atracones). En la actualidad existe un convenio en la literatura científica sobre la necesidad de realizar una entrevista clínica diagnóstica presencial con los participantes para poder establecer diagnósticos fiables (Fairburn y Beglin, 1990; Steinhausen, Wilkner y Meier, 1997; Sullivan, Bulik y Kindler, 1998).

*b).- Estudios de doble fase que utilizan entrevista diagnóstica, pero no evalúan la adecuación del instrumento de cribado.*

En epidemiología se denomina metodología de doble fase a los estudios en los que se administra un cuestionario de barrido a todos los participantes en la primera fase para detectar la población en riesgo de TCA. En la segunda fase los participantes que superan o igualan el punto de corte establecido son entrevistados (Nadaoka et al., 1996). Estos estudios suelen ser económicos y sencillos porque solo se entrevista a los sujetos en riesgo de TCA y se excluye a los que no están en esta categoría. Esta metodología tiene la limitación de que no permite estimar la especificidad (detección de los no casos o controles), ni lo más importante en estudios epidemiológicos, la sensibilidad (capacidad de discriminar todos los casos) del instrumento de barrido. Sin la realización de una entrevista diagnóstica a una muestra aleatoria de sujetos que puntúan por debajo del punto de corte no es posible calcular el porcentaje de falsos negativos en la muestra, ni estimar en forma precisa la prevalencia del trastorno. El porcentaje de falsos negativos resulta de suma importancia en los estudios epidemiológicos de los TCA, dada la tendencia de los sujetos afectados a falsear y ocultar su sintomatología (Peláez et al., 2005).

*c).- Estudios de doble fase y evaluación del instrumento de cribado o entrevista a toda la muestra.*

En estos estudios se engloban aquéllos que realizan una entrevista diagnóstica a todos los participantes de la muestra y también los estudios de doble fase o identificación de caso en dos etapas (Drewnowski, Hopkins y Kessler, 1988; Hoek, 1991). En estos estudios también se incluyen los de doble fase que en la primera fase administran un cuestionario de barrido a todos los participantes para identificar a los posibles casos de TCA (los que superan o igualan el punto de corte en el instrumento de barrido) y a los controles (aquéllos que puntúan debajo de dicho corte). En la segunda fase se realiza una entrevista diagnóstica a todos los sujetos preseleccionados como posibles casos, junto a un número equivalente de controles elegidos al azar (Hoek 1991; Garfinkel et al., 1995; Johnson-Sabine, Wood y Patton 1988). Estos diseños son los más complejos porque implican un mayor coste económico y se requiere de más tiempo. Sin embargo, estos

diseños se consideran más fiables para estimar la prevalencia de los TCA, porque aportan cifras más exactas de casos y no casos y proporcionan un porcentaje aproximado de falsos negativo entre los participantes no entrevistados (diseños de doble fase) (Peláez et al., 2005).

Desde los años 70 en el centro y norte de Europa, Canadá, Australia y Estados Unidos se han llevado a cabo numerosos estudios epidemiológicos con metodologías y aproximaciones teóricas diferentes. Estos estudios en su mayoría ponen de manifiesto un aumento en la incidencia y la prevalencia de los TCA (Halmi, Falk y Schwartz, 1981; Hart y Ollendick, 1985; Hawkins y Clement, 1980; Kendell, Hall, Hailey y Babigan, 1973; Patton, 1988; Turnbull, Ward, Treasure, Jick y Derby, 1996).

De acuerdo a la evolución y el alcance de los TCA en las últimas décadas se pueden deducir los siguientes puntos (Peláez, 2003):

- Del 90 a 95% son mujeres las que se ven afectadas por los TCA.
- Hasta la década de los 70 la anorexia nerviosa era un trastorno prácticamente inexistente. En los últimos 40 años en Estados Unidos de América (EUA) y Europa Occidental ha incrementado su incidencia.
- En este periodo los TCA alcanzaron una tasa media de prevalencia de 1/100.000 en población general y de 0,5% en mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales.
- Es más frecuente la BN que la AN. Se ha producido un incremento en la BN en los últimos 30 años de tres a cinco veces en las tasas de prevalencia, dado que afecta del 1 al 3% de las mujeres adolescentes y jóvenes de los países occidentales.
- Los cuadros de trastornos de la conducta alimentaria no especificada son el tipo más frecuente y afectan a un 3% de mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales.

Anteriormente se pensaba que los TCA ocurrían sólo en grupos con poder adquisitivo alto de las naciones occidentales (Bruch, 1973). Algunos autores han investigado las tasas de incidencia de los TCA en países como Suiza (Willi y Grossman, 1983), Italia (Dalle, De luca y Oliosi, 1997), España (Morandé, Celada y Casas, 1999), Suecia (Norrning y Sohlberg, 1988), Alemania (Steinhausen, 1984), Inglaterra (Lacey y Dolan, 1988), Escocia (Kendell, Hall, Hailey y Babigian, 1973) y Países Bajos (Hoek, 1991) y han encontrado que los TCA se presentan en diferentes culturas, etnias y niveles

socioeconómicos. Algunos estudios coinciden en que las mujeres adolescentes o jóvenes adultas son las más afectadas por los TCA (Levine y Smolak, 1992; Johnson y Connors, 1987; Toro, 1996; Kendler et al., 1991). Sin embargo, en los últimos años se ha reportado la presencia de TCA en niños con un rango de edad de 7 a 9 años de ambos sexos (Al-Adawy et al., 2002; Edlund, Halvarsson y Sjoden, 1996; Ricciardelli y McCabe, 2001). En varones se encuentra un aumento en la incidencia de TCA (Clarkson y Riedl, 1996; Crispo, Guelar y Figueroa, 1996; O´Dea y Abraham, 2002; Woodside, 2002).

### **2.3. Estudios de trastornos de la conducta alimentaria en España**

En España no comenzaron a publicarse estudios epidemiológicos de los TCA hasta mediados del decenio 1990-99. A partir de esta fecha, el número de estudios se ha equiparado con el resto de Europa. A continuación se presenta una recopilación de los estudios epidemiológicos de los TCA que se han realizado en España (Peláez, Labrador y Raich, 2004, 2010). En los estudios citados en la tabla 12 se ponen de manifiesto las siguientes características:

- Al no utilizar un instrumento diagnóstico adecuado, los estudios de una fase solo pueden señalar la población en riesgo, dado que no es posible establecer el número real de casos con TCA (Canals, Barceló y Doménech, 1990; Carbajo, Canals, Fernández y Doménech, 1995; Gandarillas y Febrel, 2000; Martínez, Menéndez, Sánchez, Seoane y Suárez, 2000; Moraleda et al., 2001; Raich et al., 1992; Rodríguez et al., 2001; Sáiz et al., 1999; Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989; Vega, Rasillo y Lozano, 2001).
- A partir de 2003 se han realizado estudios de prevalencia de los TCA con entrevista clínica en la segunda fase como método diagnóstico.
- En la mayoría de los estudios de prevalencia de doble fase se realizó entrevista diagnóstica únicamente a aquellos sujetos preseleccionados como posibles casos en el cuestionario de cribado administrado en la primera fase (Morandé, 1990; Morandé y Casas, 1997; Pérez-Gaspar et al., 2000; Ruiz et al., 1998, 2010). Entre los estudios que entrevistaron a una muestra aleatoria de controles equivalente a la de probables-casos están los de Rojo et al. (2003), Peláez, Labrador y Raich (2007) y Ruiz et al. (2010).

Tabla 12. Estudios epidemiológicos de TCA en España

Estudio	Lugar	Fecha	Curso	Sexo	Edad	Muestra	Instrumento	1ª fase	2ª fase	Dg.
Morandé (1990)	Madrid	1985-1987	Escolares	V y M	15	636 M 86 V	EDI GHQ	sí	sí	sí
Toro et al. (1989)	Barcelona	1989	7º y 8º EGB, BUP y COU	V y M	12-19	706 M 848 V	EAT-40	sí	no	no
Canals et al. (1990)	Reus	1990	Escolares	V y M	13-14	520	EAT-40	Sí	no	no
Carbajo et al. (1995)	Reus	1990-1991	Escolares	V y M	13-15	225 M	EAT-40	sí	no	no
Raich et al. (1991)	8 ciudades catalanas	1990	BUP, FD	V y M	14-17	1.263 M 1.155 V	EAT-40	sí	no	no
Raich et al. (1992)	5 ciudades catalanas, EEUU	1991	EGB y BUP	V y M		1.373 EEUU 3,544 España	EAT-40	sí	no	no
Morandé y Casas (1997)	Móstoles	1993 -94	1º y 2º BUP, FP	V y M	M = 15	725 M 520 V	EDI GHQ	sí	sí	sí
Loureiro et al. (1996)	La Coruña	1996	3º BUP	M	M = 16.7	607 M	EAT-40	sí	no	no
Ruiz et al. (1988)	Zaragoza	1997	7º y 8º EGB, ESO,FP,BUP, COU	V y M	12-18	2.194 M 1.854 V	EAT-40, EDI, CIMEC	sí	sí	sí
Sáiz et al. (1999)	Asturias	1997-98	ESO	V y M	13- 21	415 V 401 M	EDI	sí	no	no
Pérez-Gaspar et al. (2000)	Navarra	1997	Escolares	M	12- 21	2.862	EAT-40	sí	no	no
Martínez et al. (2000)	Gijón (Asturias)	2000	ESO	V y M	14-22	430 M 430 V	EAT-26 CIMEC-26	sí	no	no
Moraleda et al. (2001)	Toledo	2001	2º3º y 4º ESO	V y M	13-16	503	EAT-40	sí	no	no
Rodríguez et al. (2001)	Cádiz	2001	ESO	V y M	14-18	491	Cuestionario Granada	sí	no	no
Rivas et al. (2001)	Málaga	2001	Escolares	V y M	12- 21	1.757	EDD-Q	sí	no	sí

Estudio	Lugar	Fecha	Curso	Sexo	Edad	Muestra	Instrumento	1ª fase	2ª fase	Dg.
Sánchez-Carracedo, et al. (1999).	Barcelona	1999	1º Carrera	M	M = 18.7	334 M	Three-Factor Eating Questionnaire	sí	no	no
Vega et al. (2001)	Castilla-León	2001	ESO	V y M	12-18	1.260 M 1.220 V	EAT-40	sí	no	no
Boletín CAM (2002)	CAM	2001	3º y 4º ESO 1º y 2º Bach. FP	M	15-18	1.534	EAT-26, EDI-1, EDE (12 ed.)	sí	no	sí
Rojo et al. (2003)	Valencia	1999	Escolares	V y M	12 -18	544	EAT-40, SCAN	sí	sí	sí
Rodríguez, Beato y Belmonte (2005)	Ciudad Real	2005	ESO	V y M	12-15	1.766	GHQ-28, EAT-40, BITE, BSQ, SCAN	sí	sí	sí
Arrufat (2006)	Osona (Barcelona)	2006	3º y 4º ESO	V y M	14-16	1133 V 1147 M	EAT-26, CDRS, DICA-IV	sí	sí	sí
Muro y Amador (2007)	Barcelona	2007	Escolares	V y M	12 -17	1155	EDI-2, EDE-12	sí	sí	sí
Peláez, Labrador y Raich (2007)	Madrid (Comunidad)	2003	ESO, Bachillerato, Universidad	V y M	12-21	1543	EAT-40, EDE-Q, EDE	sí	sí	sí
Sancho, Arija, Asorey y Canals (2007)	Tarragona	2007	Escolares	V y M	M = 11,4	1336	Cheat, DICA-C, DICA-P, DICA-A	sí	sí	sí
Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde (2008)	Valladolid	1999	Escolares	V y M	12-18	3434	GHQ-28, EDI-2, SCID	sí	sí	sí
Ruiz-Lázaro et al. (2010)	Zaragoza, Santander, Vigo, Orense, Santiago	2007	1º ESO	V y M	12 -13	1831	EAT-26, SCAN	sí	sí	sí

Abreviaturas: Bach., Bachillerato; BUP, bachillerato unificado polivalente; V: Varones; M: mujeres; X: media; EGB: Educación General Básica; FP: Formación Profesional; COU: Curso de Orientación Universitaria; CAM: Comunidad Autónoma de Madrid; EAT: *Eating Attitudes Test*; EDI: *Eating Disorders Inventory*; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; GHQ: *General Health Questionnaire*; CIMEC: *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal*; EDDQ: *Eating Disorders Diagnostic Questionnaire*; EDE: *Eating Disorder Examination*. Parte de los estudios que aparecen en esta tabla aparecen asimismo en el estudio de Ruiz-Lázaro (2003).

La prevalencia de los diferentes estudios epidemiológicos españoles (tabla 13) es similar en la población adolescente y joven de ambos sexos a las obtenidas en otros países desarrollados en torno al 4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes y al 1-3% en población adolescente y joven (Peláez, Raich y Labrador, 2010).

Tabla 13. Prevalencia en España

Autor	Lugar	Sexo (n)	Edad	Resultados
Morandé (1990)	Móstoles	M = 636 V = 82	15	1,55% TCA en Mujeres 0 % Varones
Morandé y Casas (1997)	Móstoles	M = 636 V = 82	15	En mujeres 0,69% AN 1,24% BN 2,76% TCANE En Varones 0,36% BN y 0,90% TCANE.
Ferrando, Blanco, Masó, Gurnés y Avellí (2002)	Girona	M y V = 1.025	14-19	16,3% Riesgo de TCA en Mujeres 0,4% en Varones
Rodríguez, Beato y Belmonte (2005)	Ciudad Real	M y V = 1.766	12-15	Prevalencia General TCA 3,7%. En mujeres un 6,41%: 0,17%, AN 1,38% BN y 4,86%TCANE En varones TCANE 0,6%.
Peláez, Labrador y Raich (2007)	Comunidad Autónoma de Madrid	M y V = 1.545	12-21	Prevalencia general de TCA fue de 3,43%. En mujeres fue de 5,34% (AN 0,33%, BN 2,29% y TCANE 2,72%). En varones la prevalencia fue de 0,64% (AN 0,00%, BN 0,16 y TCANE 0,48%).
Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde (2008)	Valladolid	M y V = 3.434	12-18	Prevalencia en las mujeres de 5,26% (0,88% AN; 0,37% BN y 3,86% TCANE en varones 1,7% (0,11% AN; 1,59% TCANE).

#### **2.4. Estudios de trastornos de la conducta alimentaria realizados en Centro y Sudamérica**

Los trastornos de la conducta alimentaria son un tema de interés actual para la investigación clínica, epidemiológica y básica (Rodríguez y Mina, 2008). Aunque los TCA son más frecuentes en sociedades industrializadas occidentales, en mujeres no occidentales expuestas a las costumbres de occidentalización se observan patrones similares de insatisfacción corporal y alimentaria (Anderson-Fye y Becker, 2004; Rodríguez y Cruz, 2008; Soh, Touyz y Sugenor, 2006). Estos cambios socioculturales acelerados presentan procesos de transición económica y política (Gordon, 2001) en países de América Latina como Argentina, Brasil, Chile, México y Venezuela (Mancilla y Gómez, 2006). Adolescentes de ambos sexos de seis capitales de ciudades latinoamericanas entre las que se encuentran Santiago de Chile (Chile), Buenos Aires (Argentina), Ciudad de Guatemala (Guatemala), La Habana (Cuba), Lima (Perú) y Ciudad de Panamá (Panamá) consideran la silueta de bajo peso como la mejor representación del atractivo físico y la salud, por su parte las chicas elegían la silueta más delgada como la más atractiva y presentaron mayor insatisfacción corporal (McArthur, Holbert y Peña, 2005). Con el propósito de comprender cómo el ambiente sociocultural puede influir en el desarrollo de las alteraciones alimentarias en adolescentes de contextos diferentes se han llevado a cabo estudios transculturales entre ellos: en jóvenes españoles y mexicanos (Gómez-Peresmitré y Acosta-García, 2000; Raich et al., 2001; Toro et al., 2006), en adolescentes españolas y latinoamericanas de diversos países residentes en España (Rodríguez y Cruz, 2008), adolescentes suizos y argentinos (Holmqvist, Lunde y Frisén, 2007) y en adolescentes españoles y chilenos (Espinoza, Penelo y Raich, 2009). En la tabla 14 se presentan algunos estudios realizados en Centro y Sudamérica.



Tabla 14. Estudios de TCA realizados en Centro y Sudamérica

País	Estudio	Curso	Sexo/n	Edad	Instrumento	Fases	Resultados
Buenos Aires, Argentina	Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura (2010).	Secundaria	M y V n= 454	13 a 18	Cuestionario Sociodemográfico y de sintomatología específica de TCA, EDI-2, CDRS. 2° Fase EDE	2	Mayor proporción de mujeres insatisfechas con su imagen corporal, que realizan dieta y se provocan el vómito con el fin de mantener o bajar de peso. Los hombres puntuaron más alto en perfeccionismo. En cuanto a la proporción de TCA las mujeres presentan un 14,1% y los hombres 2,9%
Argentina	Bay et al. (2005)		M n = 1.231 V n = 740	10 a 19	EDE-Q Entrevista EDE	2	BN 0,05% 6,94% TA 19,2% Sospecha de TA 26,4% Sobrepeso u obesidad
Brasil	Alvarenga, Lourenço, Philippi y Scagliusi (2013)	130 Instituciones	M n= 2.489	18 a <50	DEAS ( <i>Disordered Eating Attitude Scale</i> ) y EAT-26	1	40,7% utiliza dieta para bajar de peso, 35,6% realiza métodos compensatorios, 23,9% se salta comidas, 12,6% estaban a base de líquidos y el 3.3% se provocan el vomitó. Dejar de comer o saltarse comidas era más frecuente en personas con sobrepeso u obesidad.
Chile	Behar (2010)	Estudiantes, adolescentes con sobrepeso, deportistas, embarazadas.	M y V N = 2.171		EAT-40 y EDI	1	15% y 41% riesgo para desarrollo de TCA. Alta motivación por la delgadez, perfeccionismo e insatisfacción corporal. 40,7 % ansiedad social y 18.5% depresión severa en AN
	Behar (2010)	Estudiantes de medicina, psicología, nutrición y dietética	M 23% y V 18%	17 a 25	EAT-40 y EDI	1	18% rango patológico del EAT-40. 41% con sobrepeso alcanzaron puntajes iguales o mayores en el EAT-40
	Behar (2010)	Estudiantes de	M y V		EAT-40	1	40% puntajes en rango patológico del EAT-40.

País	Estudio	Curso	Sexo/n	Edad	Instrumento	Fases	Resultados
		enseñanza media y adolescentes con sobrepeso					Desarrollaron 18% BN 9% AN
Chile	Urzúa, Castro, Lillo y Leal (2011)	Adolescentes escolarizados	M n= 835 y V n = 595 n = 1429	13 a 18	EDI-2	1	7,4% de los evaluados se encontraban en la categoría de riesgo, aumentando a 8,9% en mujeres.
Colombia	Ortiz, Caro y Mesa (2010)	Jóvenes escolarizados	M y V n = 937	12 a 20	Encuesta "ad hoc" del desarrollo y mantenimiento de TCA, EAT-26 y Zung (ansiedad y depresión)	1	38% acepto entrevista psiquiátrica con diagnóstico clínico de TCA en el 53.7% de los entrevistados y 93% con TCANE. Comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos, así como conductas suicidas.
Cali, Colombia	Rodríguez y Mina (2008)	6 a 11 grados	M n = 198	10 a 18	Cuestionario estructurado	1	7,1% vomita para reducir de peso 86,9% usa laxantes para adelgazar. 15,7% utiliza ambos. 3,5% prevalencia de riesgo para los TCA
Lima Perú	Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón (2003)	3° a 5° secundaria	M n = 2141	13 a 19	Inventario de conductas alimentarias (ICA)	1	16,4% con uno o más TCA y un 15.1% en situación de riesgo.
Venezuela	Quintero Párraga et al. (2003)	3° etapa de educación básica	M y V n = 1.363 M n = 719 V n = 644	12 a 18	lista de chequeo A.B.A	1	0% AN 1,58% BN 0,66% TA (trastorno por atracón).

Abreviaturas: V: Varones; M: mujeres

En estudios realizados en Centro y Sudamérica se informa que en algunos países como Argentina y Chile se encuentra una alta motivación por la delgadez, el perfeccionismo y la insatisfacción corporal (Behar, 2010; Rutzstein et al., 2010). En Chile los grupos de riesgo (estudiantes, adolescentes con sobrepeso, deportistas y mujeres embarazadas) para desarrollar TCA fluctúan entre el 15% y 41% (Behar, 2010). En Colombia entre las conductas compensatorias que realizan para reducir el peso se incluyen la autoinducción del vómito, la realización de dietas y el uso de laxantes y pastillas para adelgazar (Rodríguez y Mina, 2008). En Brasil dejar de comer o saltarse las comidas es más frecuentes en personas con sobrepeso u obesidad (Alvarenga, Lourenço, Philippi y Scagliusi, 2013). Al igual que en los países occidentalizados (Ferrando et al., 2002; Rodríguez et al., 2005; Peláez et al., 2007; Imaz et al., 2008) las mujeres tienen una mayor prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios (Ortiz, Caro y Mesa, 2010; Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón, 2003).

## **2.5. Estudios de los trastornos de la conducta alimentaria en México**

En México el panorama alimentario y nutricional es complejo; por un lado se presentan problemas de desnutrición y deficiencias nutricionales y por otro lado también hay obesidad y enfermedades crónicas degenerativas, como resultado en muchos casos de costumbres y hábitos ajenos a la cultura alimentaria en este país (Torrero y Urbiola, 2010). En la actualidad nos enfrentamos a efectos innegables de la vida moderna y de la transculturación (Rebato, 2009). Los medios masivos de comunicación, la publicidad de las grandes compañías de alimentos y el prototipo de belleza hacia la delgadez nos enfrentan a una paradoja. Por una parte hay problemas relacionados con la ingestión de alimentos y a la vez problemas relacionados con la restricción de alimentos, como la anorexia y la bulimia (Torrero y Urbiola, 2010). Los medios masivos de comunicación “venden” un prototipo de belleza hacia una delgadez extrema que no encaja con la mayor parte de la población y que influye principalmente en los jóvenes, quienes interiorizan que ser extremadamente delgado es sinónimo de belleza, éxito y popularidad, conduciéndolas a llevar a cabo hábitos de alimentación poco saludables (Pérez y Romero, 2008; Pérez-Gil y Romero, 2010; Pérez, Vega y Romero, 2007).

El estudio de los TCA lleva ya varias décadas en los países desarrollados, a diferencia de lo que ocurre en los países en vías de desarrollo, como es el caso de México.

Aunque las investigaciones son recientes, cada vez se generan mayor número de contribuciones en eventos académicos nacionales e internacionales. El aumento en las publicaciones con repercusión nacional contrasta aún con el número limitado de publicaciones a nivel internacional (Mancilla y Gómez, 2006). Ello incluye los estudios sobre factores de riesgo de los TCA en niños y preadolescentes (Gómez, 1997; Saucedo, Escamilla, Portillo, Peña y Calderón, 2008).

Los resultados de la encuesta de salud mental en adolescentes del Distrito Federal informan de una prevalencia de 0,5% para AN y 1,0% para BN (Benjet, Borges, Blanco, Rojas, Fleiz y Méndez, 2009). Estos datos concuerdan con las cifras a nivel mundial de prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (Hoek, 2006; Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007). Entre los primeros estudios de doble fase con el propósito de estimar la prevalencia de los TCA en mujeres mexicanas, Mancilla-Díaz et al. (2007) realizaron dos investigaciones en muestras comunitarias. Uno de los primeros estudios lo llevaron a cabo en 1995 en mujeres con una media de edad de la muestra de 19.48 años. Se utilizó un diseño de dos fases: en la primera se les administraron instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas en población mexicana (EAT, Álvarez et al., 2002; BULIT, Álvarez, Mancilla y Vázquez, 2000). En la segunda fase utilizaron la entrevista IDED-IV (Williamson, Davis, Duchmann y McKenzie, 1990). Los resultados revelaron una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria de 1,15%, de 0,14% de BN y de TCANE de 0,35%. En el segundo estudio (2002) estos mismos investigadores utilizaron los mismos instrumentos y procedimientos y encontraron que la prevalencia en mujeres había aumentado, alcanzando un 0,24% de BN y 0,91% de TCANE. En ninguno de los dos estudios se diagnosticaron casos de AN.

En la tabla 15 se muestran algunos de los estudios realizados sobre prevalencia y factores de riesgo en México.

Tabla 15. Estudios sobre la prevalencia y los factores de riesgo de los TCA en México

Estudio	Lugar	Curso	Sexo/n	Edad	Instrumento	Fases	Resultados
Mancilla-Díaz et al. (2007)	Distrito Federal (1995)		F n = 522	19,48 ± 2.20	EAT BULIT	2	BN 0,14% y TCANE 0,35%
	Distrito Federal (2002)		F n = 880	19,48 ± 2.20	EAT BULIT	2	BN 0,24% y TCANE 0,91%
Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001)	Distrito Federal		F n = 5.929 M n = 6.141 Total 12.070	3 grupos 1° 6 a 9 2° 10 a 12 y 3° de 13 a 19	(no se menciona/n)	1	1° Grupo F = 49% Interioriza una figura delgada y muy delgada 68% Insatisfacción con Imagen corporal 41% Alteración de la Imagen corporal 50% Dieta Restrictiva M = 42% Figura delgada atlética 51% dieta restrictiva 2° Grupo F = 26% Alteración de la imagen corporal y 64% preocupación por el peso corporal Dieta restrictiva F = 53% M = 25% 3° Grupo F = 77% Interioriza una figura delgada y muy delgada, 74% insatisfacción corporal Dieta restrictiva F = 50%. M = 34%
Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002)	Distrito Federal		F/M  N = 7597	13 a 18	Cuestionario autoaplicable sobre actitudes y conductas alimentarias de riesgo, versión incluida en la encuesta 1997 (Encuesta sobre prevalencia del consumo de drogas y alcohol)	1	Tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los TCA a medida que se incrementa el IMC y la edad de los sujetos. 1,5% de hombres de 13 a 15 años y 2,2% de 16 a 18 años se encuentran en riesgo de desarrollar una patología alimentaria y en las mujeres 5,4% de 13 a 15 años y 16,1% en las de 16 a 18 años. Relación entre IMC y CAR (Conducta alimentaria de riesgo)
Medina-Mora et al. (2003)	Nacional		F/M  N = 5826	18-65	Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CAPI Versión 15 Certificada) aplicada cara a cara	1	1,8% BN mujeres  0,6% BN hombres

Estudio	Lugar	Curso	Sexo/n	Edad	Instrumento	Fases	Resultados
Chávez, Macías, Gutiérrez, Martínez y Ojeda (2004)	Guanajuato	Bachillerato	F/M n = 810 53,5% F 46,5% M	14 a 20	Forma A del "Cuestionario de Estudiantes 2002" elaborado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INP) y la Secretaría de Educación Pública.	1	Hábitos alimentarios de riesgo 15% nunca desayuna 28% solo hace dos comidas al día. Dos de cada diez ha tenido atracones y uno de cada diez se ha provocado el vómito con tal de no subir de peso.
Barriguete et al. (2009)	Nacional		F/M  N = 25.166	10 a 19	Cuestionario Breve de conductas Alimentarias de Riesgo.	1	F/M 0,8% con alto riesgo de desarrollar un TCA M = 0,4% F= 1,0% La edad de mayor riesgo fue de 15 años en hombre y 13 en mujeres
Unikel et al. (2006)	Distrito Federal	Secundaria, Bachillerato y Técnico	F/M  N = 9.755	12 a 19	Cuestionario autoinformado sobre actitudes y conductas alimentarias de riesgo, versión incluida en la encuesta 1997 (Encuesta sobre prevalencia del consumo de drogas y alcohol en el Distrito Federal)	1	Incremento en conductas alimentarias de riesgo (hombres, 1,3% en 1997 a 3,8% en 2003; mujeres 3,4% en 1997 a 9,6% en 2003), preocupación por engordar, uso de métodos purgativos y restrictivos para bajar de peso. La relación con la escolaridad del jefe de familia muestra una relación positiva en las mujeres.
Álvarez- Rayón et al. (2009)	Distrito Federal		F n = 145	12 y 46 años divididas en 3 grupos  1° 12 a 15 2° 18 a 21 3° 34 a 46	Cuatro Instrumentos de autoinforme para evaluar: Síntomas de AN, BN, interiorización del ideal corporal de delgadez e insatisfacción corporal	1	1° Grupo 16% síntomas de AN 20% síntomas de BN 18% insatisfacción Corporal 2° Grupo 6% síntomas de AN 11% síntomas de BN 11% insatisfacción Corporal 3° Grupo 19% síntomas de AN 27% síntomas de BN 17% insatisfacción Corporal
Moreno y Ortiz (2009)	Xalapa, Veracruz	Secundaria	F n = 153 M n = 145	12 a 14	EAT-40, BSQ y Cuestionario de Evaluación de la Autoestima para Alumnos de Enseñanza Secundaria (CEA)	1	8% Riesgo de trastorno alimentario 10% Patología ya instalada con mayor prevalencia en mujeres
Nuño, Celis y Unikel	Guadalaj	1° Bachille	F/M N = 1134	15 a 20	Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo.	1	Prevalencia de Conductas alimentarias de riesgo (CAR) 7,2%

Estudio	Lugar	Curso	Sexo/n	Edad	Instrumento	Fases	Resultados
(2009)	ara	rato	F n = 671 M n = 463				10,3% mujeres 2,8% hombres
Saucedo y Unikel (2010)	Pachuca y Hidalgo	Bachillerato y Licenciatura	F n = 464 M n = 381	18 a 23	Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) y Cuestionario de actitudes hacia la figura corporal desarrollado en la Ciudad de México.	1	Conductas alimentarias de riesgo (CAR) La prevalencia de CAR en mujeres fue de 8,4% (9,0% en preparatoria; 7,9% en licenciatura) y de 2,9% en hombres (1,6% en preparatoria; 4,2% en licenciatura).
Trujano, Gracia, Nava, Marcó y Limón (2010)	Distrito Federal		F/M N = 600	9 a 12	Lawrence Self-Esteem Questionnaire (LAWSEQ), Body Esteem Scale (BES), Children Eating Attitude Test (ChEAT) y Body Image Assessment (BIA).	1	27,9 % niños de 9 a 12 puntuó encima del punto de corte de Cheat. Niños de 9 y 10 años. 54,9% niños puntuaron encima del valor criterio y 61,4% de las niñas. Los participantes con mayor riesgo de TCA presentan: Una menor autoestima Mayor discrepancia negativa entre la imagen percibida y la ideal Un IMC en franja alta del intervalo de normopeso, corroborando la alta prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad.
Unikel-Santoncini et al. (2010)	Nacional		F N = 4.358	15 a 19	Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)	1	Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) 6,8% alto 14,2% moderado 12,1% Estado de México Prevalencia más alta Por regiones: Norte 17,2% moderado y 9,7% alto Centro-occidente 15,1% moderado Centro 8% alto
Guadarrama y Mendoza (2011)	Tejupilco Estado de México	Bachillerato	F/M n = 316 F n = 175 M n = 141	Media de edad de 16.71 + 1.21	BULIT y EAT-40	1	17% mostró síntomas de trastorno alimentario, 8% AN 6% BN 3% Rebaso ambos puntos de corte.
Benjet, Méndez, Borges y Medina (2012)	Distrito Federal		F/M N = 3.005	12 a 17	Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI-A), aplicada cara a cara.	1	Prevalencia 0,5% AN 1,0% BN 1,4% TA 83 y 100% reportan discapacidad y todos con AN y casi la mitad con BN y TA reportan discapacidad grave

Estudio	Lugar	Curso	Sexo/n	Edad	Instrumento	Fases	Resultados
Bojorquez, Saucedo, Juárez y Unikel (2013)	Estado de México		F n = 2357	15 a 19	Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)	1	4,23% de prevalencia de conductas alimentarias de riesgo. El efecto del IMC sobre conductas alimentarias de riesgo fue mayor en municipios más marginados.
Camarillo, Cabada, Gómez y Munguía (2013)	Veracruz	2° y 3° Secundaria	F n = 138 M n = 135	13 a 16	EAT-26 Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner	1	5% muestran conductas patológicas según la encuesta con EAT y 4% de acuerdo con la escala de Gardner
<b>ZONAS RURALES</b>							
Pérez y Romero (2008)	Comunidades del estado de Oaxaca	Fabricación de artesanías, comercio, corte de limón y tareas domésticas	F n = 244	15 a 50	Cuestionario con preguntas cerradas y abiertas que ayudaran a cumplir los objetivos relacionados con la imagen corporal	1	Se observa problemas de sobrepeso y obesidad, se perciben más gordas y les gustaría ser más delgadas, algunas hasta desnutridas. Se detectan algunos casos de mujeres que practican la anorexia y bulimia en este lugar.
Pérez y Romero (2010)	Oaxaca, Querétaro o Hidalgo	Comercio, corte de limón, pesca, agricultura y tareas domésticas	F n = 205	15 a 60	Cuestionario con preguntas relacionadas a la composición corporal, autopercepción de la imagen corporal y anhelo de cierto tipo de cuerpo	1	Se detectó un anhelo por la delgadez corporal alrededor de 50% de las mujeres encuestadas.

Abreviaturas: M: masculino; F: femenino



El estudio de Unikel-Santoncini et al. (2010) realizado a nivel nacional proporciona datos de prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes de escuelas preparatorias públicas de 17 localidades urbanas de la República Mexicana. En esta investigación se incluye el estado de Nayarit. Los autores estimaron la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 4358 mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad. La evaluación se realizó mediante el *Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo* (CBCAR), validado y estandarizado para adolescentes mexicanas. Este instrumento ha sido validado en mujeres en el Distrito Federal, (Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004), en el Estado de México y en el de Hidalgo (Saucedo y Unikel, 2010). El cuestionario tiene dos puntos de corte para determinar los grados de riesgo en las conductas alimentarias; las puntuaciones mayores a 10 indican conductas alimentarias de riesgo alto (CAR-alto), a las puntuaciones de 7-10 les corresponde a un riesgo moderado (CAR moderado) y las puntuaciones menores a 7 indican la ausencia de riesgo. Se halló una prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) moderado de 14,2% y riesgo elevado de 6,8%.

Tabla 16. Conductas alimentarias de riesgo con respuesta de dos o más veces en una semana en el estado de Nayarit (Unikel et al., 2010).

Conducta	%
Preocupación por engordar (n= 4354)	17,7
Atracones (n= 4352)	1,7
Sensación de falta de control al comer (n= 4347)	1,3
Vomito auto-inducido (n= 4355)	1,3
Ayunos (n= 4352)	2,1
Dietas (n= 4352)	3,8
Ejercicio (n= 4350)	12,2
Uso de pastillas (n= 4357)	1,7
Uso de diuréticos (n= 4356)	1,4
Uso de laxantes (n= 4356)	1,4

El análisis por estados mostró que las prevalencias más altas de las conductas alimentarias de riesgo se encuentran en Tamaulipas (19,7%), Nuevo León (19,2%) y Aguascalientes (16,3%). Las mayores prevalencias de CAR-alto se registraron en el Estado de México con 12,1%, Chihuahua con 11,3%, y Durango y Tamaulipas con 9,2%. Por el

contrario Veracruz y Aguascalientes solo alcanzaron 2,5 y 2,1%, respectivamente. El estado de Nayarit muestra un riesgo moderado de 15,1% y alto de 6,7% (tabla 16). En cuanto al porcentaje de conductas alimentarias de riesgo específicas, el estado de Nayarit muestra los porcentajes más altos en preocupación por engordar 17,7%, en realización de ejercicio 12,2%, dietas 3,8% y ayunos 2,1% (tabla 16).

En México la mayoría de las investigaciones utilizan la metodología de una fase para obtener información sobre los TCA (Álvarez- Rayón et al., 2009; Barriguete et al., 2009; Bojorquez et al., 2013; Camarillo et al., 2013; Chávez et al., 2004; Gómez Peresmitré, 2001; Guadarrama et al., 2011; Medina-Mora et al., 2003; Moreno et al., 2009; Nuño et al., 2009; Saucedo et al., 2010; Unikel et al., 2006; Unikel et al., 2002). La prevalencia de TCA es mayor en mujeres que en hombres (Barriguete et al., 2006; Medina-Mora et al., 2003; Nuño et al., 2009; Unikel et al., 2002) al igual que en los países occidentalizados (Ferrando et al., 2002; Rodríguez et al., 2005; Peláez et al., 2007; Imaz et al., 2008) y en los países de Centro y Sudamérica (Ortiz, Caro y Mesa, 2010; Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón, 2003).

En el estudio de Chávez, Macías, Gutiérrez, Martínez y Ojeda (2004) se manifiestan hábitos alimentarios inadecuados, considerando que un 15% nunca desayuna y el 28% solo hace dos comidas al día. Se encuentra una tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los TCA a medida que se incrementa el IMC y la edad de los sujetos (Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002). Esta tendencia se observa inclusive en las zonas rurales (Pérez y Romero, 2008). La práctica de dietas, provocación del vómito y de ejercicio para bajar de peso, aunadas a la preocupación por engordar, se presentan en porcentajes importantes en diferentes estados de la república mexicana, lo que confirma que esta problemática no es exclusiva de las grandes urbes (Chávez et al., 2004; Moreno et al., 2009; Saucedo et al., 2010 y Unikel-Santoncini et al., 2010).

Se plantea, por tanto, la necesidad de evaluar de forma fiable la prevalencia de los TCA en población general, especialmente en la población de más alto riesgo (adolescentes y jóvenes); una identificación temprana contribuirá a afrontar este tipo de patología (Gayou y Ribeiro, 2014; Murphy y Duncan, 1997; Peláez, Labrador y Raich, 2004).



**3. FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS  
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**





Un factor de riesgo corresponde a cualquier variable cuya presencia incrementa la probabilidad de que se produzca un trastorno (Kraemer et al., 1997). Pueden determinarse después de estudios preliminares que encuentren asociaciones en retrospectiva o concurrentemente entre el trastorno y las variables en ambos sentidos. (Agras, 2010). Los factores de riesgo causales son múltiples y resultan de la compleja interacción de variables físicas, sociales, culturales y psicológicas que interfieren en el comportamiento y que dificultan la comprensión de su etiología (American Psychiatric Association, 2000; Gómez Peresmitré, 1993).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) aumentan su riesgo de aparición en la adolescencia por estas posibles causas: cambios genéticos, cambios corporales en la pubertad, los ideales de delgadez, la insatisfacción corporal, la presión social por ser delgado/a, las dietas restrictivas, la baja autoestima y la depresión (Portela, Da Costa, Mora y Raich, 2012). Los TCA presentan riesgos psicosociales, emocionales, sexuales y riesgos significativos de morbilidad y mortalidad (Hoek, 2006). En población adolescente y joven las tasas de mortalidad son de 4 a 10 veces mayores que en la población adulta (Mitchell y Crow, 2006). Se asocian a complicaciones fisiológicas y presentan un elevado porcentaje de comorbilidad psiquiátrica, como en los trastornos por ansiedad, afectivos, de la personalidad y abuso de sustancias (Brewerton, 2004). De acuerdo a Levine y Smolak (2006) y Stice (2002), los factores de riesgo con mayor apoyo empírico son: la presión social por estar delgado, la insatisfacción corporal, el sobrepeso, las burlas por la apariencia física, la interiorización del modelo estético delgado, el afecto negativo, el perfeccionismo, la dieta restrictiva y la baja autoestima. Todos los estudios destacan como factores de riesgo para los TCA, el género femenino, la preocupación por el peso y la figura, el afecto negativo, el neuroticismo y la morbilidad psiquiátrica (Raich, 2011).

### **3.1. Factores biológicos**

#### **3.1.1. Genética**

Se han desarrollado hipótesis para explicar que diferentes genes, en interacción con las variables ambientales, pueden influir en la aparición de los TCA (Racine, Burt, Iacono, McGue y Klump, 2011; Wilksch y Wade, 2009) y esta aparición viene mediada probablemente por la pubertad (Culbert, Burt, McGue, Iacono y Klump, 2009) y las

variables psicológicas (Spanos, Klump, Burt, McGue y Lacono, 2010). Las variaciones genéticas son responsables de entre un 50% y un 85% de la aparición de sintomatología de TCA durante la adolescencia (Culbert et al., 2009); Klump, Burt, McGue y Lacono, 2007; Klump, Suisman, Burt, McGue y Lacono, 2009), así como de la forma corporal y de la preocupación con el peso (Klump et al., 2010), lo que indica la importancia de estos factores en la etiología de los TCA.

El riesgo de padecer sintomatología de TCA en adolescentes de 11 años de edad se atribuye a efectos compartidos con el medio ambiente (40%) y no compartidos (54%), representando los efectos genéticos sólo el 6%. En edades de 14 hasta 18 años se mantiene constante un aumento del 46% de la contribución genética (Klump et al., 2007; Klump, Perkins, Burt, McGue y Lacono, 2007). Algunos estudios hacen referencia a los efectos genéticos en la sintomatología de los TCA antes de la pubertad (Culbert, Racine y Klump, 2011; Klump et al., 2007). Algunos autores mencionan que se registra un aumento en los factores genéticos al inicio de la pubertad en el sexo femenino con la activación de las hormonas ováricas (Culbert et al., 2009; Klump et al., 2007; Klump, Keel, Sisk y Burt, 2010), influyendo en esta etapa la serotonina en la predisposición genética de los TCA (Klump et al., 2007; Klump et al., 2010). Se han estudiado especialmente la NA (Noradrenalina) y DA (Dopamina), que son aminas biogénicas centrales, y la serotonina (5HT), por su posible influencia en la conducta alimentaria (Birketvedt et al., 1999), así como determinados neuropéptidos como la CCK o colecistoquinina, que es un péptido segregado por los enterocitos en respuesta a la ingesta de alimentos, funcionando en parte como señal de saciedad (Woods, 2004). La deficiencia de leptina parece alterar las señales de saciedad de la CCK, contribuyendo a un aumento de la ingestión de alimentos (McMinn, Sindelar, Havel y Schwartz, 2000), además del neuropéptido Y como estimulante principalmente en la ingestión de carbohidratos (Kalra, Dube, Sahu, Phelp y Kalra, 1991; Lewis et al., 1993). El péptido YY es un polipéptido de origen pancreático relacionado con el neuropéptido Y, al que se le ha atribuido el posible papel de desencadenar las copiosas ingestas de los pacientes bulímicos, que responderían así a concentraciones elevadas de este neuropéptido (Hagan y Moss, 1995). En investigaciones sobre la leptina resulta atractiva su posible influencia en la regulación del peso corporal e incluso en conductas de ingesta (Birketvedt, et al., 1999). Algunos autores consideran más sugerentes las influencias relacionadas con las disfunciones en el sistema 5HT y B-

endorfina (Ericsson, Poston y Foreyt, 1996). El sistema B-endorfina es un péptido conocido por estimular el deseo de comer, pudiendo encontrarse disminuida su actividad opioide en la AN debido a que aumenta en bajos niveles y se genera tolerancia a niveles más altos (Huebner, 1993). Como efecto contrario cuando se administran inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina disminuyen los atracones y se han encontrado bajos niveles de metabolitos de 5HT en el líquido cefalorraquídeo, que tiene relación con la apetencia por hidratos de carbono en la obesidad. Se contempla la existencia de un *continuum* de trastornos psicopatológicos que median con el sistema 5HT como los TCA, la depresión y los trastornos obsesivos compulsivo, entre otros (Brewerton, 1995).

### **3.1.2. Diferencias de género**

El objetivo principal de la publicidad femenina es crear la necesidad de ser bella de acuerdo a determinados estándares. El método para conseguir este objetivo es potenciar los objetos de consumo para este fin. El mercado principal de estos productos son las mujeres. En las mujeres es mucho mayor la presión hacia la belleza que en los hombres y también las cifras de los trastornos alimentarios (Raich, 2004). A la pregunta ¿por qué mujeres?, y ¿por qué adolescentes?, Striegel-Moore (1993) cree que las niñas desde muy tempranamente se identifican con su rol sexual y hay dos características claras de feminidad. En primer lugar, están más orientadas que los hombres interpersonalmente. Al parecer las mujeres consideran más relevante preocuparse por el bienestar y los sentimientos de los demás que los hombres. Están más interesadas en evitar la desaprobación y en obtener la aprobación. Y en segundo lugar, la belleza es un aspecto central de la feminidad. El atractivo en las mujeres está ligado a la belleza y ser delgada es condición central de la belleza femenina. No es de extrañar que sea una prioridad en su vida su apariencia y su peso. Además los hombres conceden gran importancia a la belleza física de sus parejas. Las mujeres delgadas y que comen poco se consideran más femeninas, atractivas y más preocupadas por su apariencia que las que comen más (Rolls, Federoff y Guthrie, 1991).

Al considerar estas premisas y tener en cuenta lo que es la feminidad, podemos concluir que para las adolescentes representa un importante conflicto la pubertad, puesto que hay un aumento de peso y grasa corporal. Fácilmente las chicas pueden sentirse en el polo opuesto del modelo social decreciendo su autoestima (Raich, 2011).

Sin embargo existen menos presiones para los hombres (Levine y Smolak, 2002). Socioculturalmente se reproducen estereotipos de belleza de acuerdo al género. La mayoría de las mujeres experimentan preocupación corporal, llegándose a describir como una de las características normativas de este género (Rodin, Silberstein, y Streigel-Moore, 1985). Intentando explicar el carácter normativo de la preocupación corporal en la mujeres, una explicación evolutiva propone que la belleza física lleva implícito el valor de la salud además de la creencia que las mujeres bellas tienen ventajas en la selección de pareja (Streigel-Moore y Fanko, 2002). La belleza es un componente central del estereotipo del rol del género femenino, resultando comprensible la poderosa influencia del mito de la belleza en las mujeres. Las niñas desde pequeñas están expuestas a las expectativas sociales sobre el atractivo físico, interiorizando que la aprobación depende en gran parte de la apariencia física, traduciendo este aprendizaje en auto-comprobación constante con el fin de alcanzar el estándar de belleza establecido (Fredrickson y Roberts, 1997). En cambio la interiorización del ideal musculoso en los chicos se correlaciona menos con la imagen corporal negativa en los chicos adolescentes (Levine y Smolak, 2002).

### **3.1.3. Pubertad y adolescencia**

La pubertad se caracteriza por el desarrollo y maduración de los caracteres secundarios en los adolescentes, con un crecimiento acelerado y aumento de peso (Klump et al., 2010) y el incremento de la grasa corporal en las niñas (Culbert et al., 2009). Ello se opone al ideal de belleza establecido, contribuyendo a una insatisfacción con su imagen corporal que se deriva de la presión por la delgadez (Bearman, Presnell, Martinez y Stice, 2006). Una pubertad temprana sitúa a los individuos en riesgo de sintomatología de TCA (Zehr, Culbert, Sisk y Klump, 2007), destacando que existen evidencias de que la pubertad precoz promueve la aparición de la obesidad infantil (Must et al., 2005).

En relación a la edad, los estudios resaltan que los TCA se inician a edades cada vez más tempranas; pero la franja de edad para el comienzo de AN y BN oscila entre los 15-25 años. Así, la mayoría de los casos de AN se diagnostican durante la adolescencia, siendo más infrecuentes los casos que se inician en la edad adulta (Pawluck y Gorey, 1998). Los TCA se presentan principalmente en chicas jóvenes adolescentes (Toro, 2004) que tienden a despreciar un cuerpo con sobrepeso, debido a la creencia que un cuerpo



delgado es ideal (Montero, Morales y Carbajal, 2004), al vivir en un contexto en el que se exalta un cuerpo esbelto y se desprecia la gordura (Neumark-Sztainer et al., 2010; Van, Keery, Eisenberg, y Neumark, 2010). Los años de la adolescencia proporcionan un ejemplo de la naturaleza del desarrollo de la imagen corporal debido al gran número de factores biológicos, psicológicos y personales (como las relaciones entre iguales) normales en su desarrollo que se unen para dar forma a la imagen corporal en los adolescentes. La mayoría reportan insatisfacción corporal y como consecuencia preocupación por la imagen corporal, que resulta significativa por el papel central que juega en su desarrollo intrapersonal e interpersonal (Markey, 2010) y que se asocia a la preocupación por la belleza (Xu et al., 2010). También se presenta en adolescentes varones aunque con menor prevalencia (Currin, Schmidt, Treasure y Jick 2005; Nicholls, Lynn y Viner, 2011) y en edades más tempranas (Madden, Morris, Zurynski, Kohn y Elliot, 2009; Nicholls et al., 2011; Van Son, et al., 2006).

La etapa más vulnerable relacionada con la imagen corporal es la adolescencia. Este momento se caracteriza por diferentes cambios fisiológicos, cognitivos, emocionales y principalmente sociales que provocan preocupación por la apariencia física. Las chicas se inclinan por ideales de belleza que se asocian a la delgadez, en su mayoría con tallas por debajo de lo que podríamos considerar saludable, y los chicos se preocupan por una imagen donde predomine la musculación (De Gracia, Marcó y Trujano, 2007; McArthur, Holbert y Peña, 2005; Raich, 2004).

#### **3.1.4. Índice de masa corporal (IMC), sobrepeso y obesidad**

Una condición de alto riesgo en el desarrollo de los TCA es la obesidad (Calderón, Forns y Varea, 2010; Doyle, Grange, Goldschmid y Wilfley, 2007). El IMC (Índice de Masa Corporal) elevado se considera un factor de riesgo para la insatisfacción corporal (Stice, 2002; Stice, Presnell y Spangler, 2002; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan y Eisenberg, 2006), y algunos estudios sugieren que una mayor insatisfacción corporal se relaciona con un mayor IMC en chicos preadolescentes y adolescentes (Paxton et al., 2006; Ricciardelli, McCabe, Lillis, y Thomas, 2006). El bajo peso y el sobrepeso en chicos parece asociarse con la insatisfacción corporal, mientras en chicas con el aumento de masa corporal se incrementa la insatisfacción corporal (Bearman, et al., 2006). El incremento de la adiposidad producida en la pubertad las aleja del ideal delgado y podría contribuir a

disminuir la satisfacción corporal. Por otra parte en los chicos los cambios que provoca la pubertad los acerca a un ideal corporal musculoso (Bearman et al., 2006). En teoría una elevada adiposidad podría conducir a un aumento de presión de los pares y de la familia por ser más delgado, y con el fin de lograr la delgadez limitar las calorías que se consumen. Influenciados por consejos poco saludables intentan acercarse al ideal delgado (Stice, 2002). Con las presiones se puede conducir a la realización de dietas, al aumento de la insatisfacción corporal, un afecto negativo y como consecuencia una patología alimentaria (Cattarin y Thompson, 1994).

En una muestra de 2516 adolescentes (Croll, Neumark-Sztainer, Story, y Ireland, 2002; Neumark-Sztainer et al., 2002) se llevó a cabo un seguimiento durante cinco años para evaluar factores de riesgos ambientales, personales y conductuales para la realización de dieta y problemas relacionados con el peso. Los autores concluyeron que existía una consistente relación en ambos sexos, entre IMC e insatisfacción corporal. Los adolescentes que disminuyeron su IMC en general estuvieron más satisfechos con su cuerpo, principalmente las mujeres. Los chicos de peso normal que disminuyeron su IMC después de los cinco años estuvieron menos satisfechos con su cuerpo (Eisenberg, Neumark-Sztainer, y Paxton, 2006). En una muestra de 7597 adolescentes de 13 a 18 años de edad se observaron tendencias a presentar conductas alimentarias de riesgo a medida que se incrementaba el IMC (Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002).

Actualmente vivimos en un ambiente que promueve el desarrollo de la obesidad con el acceso a alimentos de bajo costo, agradables al paladar, altos en calorías y poco saludables y en contrapartida con la imposición de una imagen corporal ideal en los medios de comunicación (Corsica y Hood, 2011). En la adolescencia la obesidad condiciona de manera importante un riesgo de desarrollo de TCA (Calderón et al., 2010; Doyle et al., 2007). La insatisfacción con la imagen corporal (Xu et al., 2010) burlas o críticas por compañeros o por la familia (Carlson y Crawford, 2006) incentivan la realización de comportamientos inadecuados para la pérdida de peso (Espinoza, Penelo y Raich, 2010; Ogden, Carroll, Curtin, Lamb y Flegal, 2010), presentando ansiedad y depresión (Babio, Canals, Pietrobelli, Pérez y Arija, 2009) y al mismo tiempo problemas con el peso, lo que puede resultar preocupante (Goldschmidt, Aspen, Sinton, Tanofsky y Wilfley, 2008). Las chicas con sobrepeso u obesidad presentan mayor riesgo de realizar conductas extremas como saltarse comidas, utilizar sustitutos de las comidas,

restricciones de comida extremas como medida de control de peso y realización de atracones (Neumark-Sztainer et al., 2007). La presión sociocultural para la delgadez, un IMC alto y la comparación del cuerpo con las imágenes de la publicidad o con otros cuerpos perfectos con extrema delgadez son factores de riesgo para realizar conductas para perder peso (Muris, Meesters, Van de Blom y Mayer, 2005).

### **3.1.5. Diabetes Mellitus**

En las personas que presentan Diabetes Mellitus (DM) la insulinización, la nutrición y el ejercicio son necesarios desde el punto de vista de la prevención y deberán estar presentes en su vida diaria (Nordfeld y Ludvigsson, 1999). Una insulinización excesiva aunada a una sobrealimentación puede ser causa de sobrepeso u obesidad. En las chicas, en especial el desarrollo puberal, se ha relacionado con un marcado incremento en el peso (Domargard et al., 1999; Gregory, Wilson y Greene, 1992).

Los adolescentes con DM tipo 1 constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar un TCA, empezando a diagnosticarse desde principios de los años 80. Son enormes las dificultades de control cuando coexisten TCA y DM1 por el riesgo de desarrollar en el futuro complicaciones médicas (Ballabriga y Carrascosa, 2001). Las adolescentes diabéticas presentan un mayor riesgo de llevar a cabo prácticas de perder peso, debido a una mayor insatisfacción corporal que las adolescentes sin una enfermedad crónica. Los chicos aunque a menudo vomitan, se ajustan más al régimen alimentario (Danne, et al., 1994).

El rol de la dieta en el desarrollo de los TCA lleva a focalizar una atención importante en las mujeres adolescentes con DM1, las que obligatoriamente llevan una dieta similar a la dieta voluntaria de las mujeres con TCA (Khan y Montgomery, 1996; Rodin et al., 2002). La alimentación regulada necesaria para el tratamiento de la diabetes expone a un mayor riesgo de TCA, asociando el tratamiento insulínico intensificado a ganancia de peso; además, habitualmente la adolescencia es la edad de mayor riesgo para este tipo de trastornos, al igual que es cuando se inicia habitualmente la DM1 (Jadresic, 2000). Aspectos de la DM1 y su tratamiento se describen como un incremento del riesgo a padecer un TCA. El inicio de la enfermedad implica la pérdida de peso. Al iniciar el tratamiento insulínico, por el contrario, se produce un aumento de peso. El control dietético para el mantenimiento de la DM1, y las disminuciones u omisiones de

dosis de insulina como método de control de peso, se utiliza de forma deliberada para el control de peso (Daneman, Olmsted, Rydall, Maharaj y Rodin, 2004). Un considerable número de mujeres con DM1 admiten como método para bajar y controlar el peso omitir o emplear dosis inferiores de insulina (Rodenas, 2002). Hasta un 32% de los casos de pacientes diabéticos tienden a perder peso, aunque sin diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad y el sexo (Vila, Robert, Jos y Mouren-Simeone, 1977). Los TCA son frecuentes entre los adolescentes, sobre todo en las chicas con DM1. Un buen control glucémico es necesario en el tratamiento de la DM1, reduce el riesgo de complicaciones pero está asociado al sobrepeso. Además de los factores familiares, socioculturales e individuales en chicas adolescentes pueden incrementar el riesgo de padecer un TCA, que perturbaría el control glicémico y aumentaría el riesgo de complicaciones diabéticas (Daneman y Rodin, 1999; Colas, 1991; Hoffman, 2001). La omisión parcial o total de la dosis de insulina de forma accidental o voluntaria es la causa más frecuente de cetoacidosis en la adolescencia y de hospitalización del niño diabético (Smith, Firth, Bennett, Howard y Chisholm, 1998); estos casos se presentan habitualmente en niñas y se asocia principalmente a AN y BN (Rodenas, 2002).

### **3.2. Factores de riesgo individuales**

Los rasgos de personalidad se consideran como formas persistentes de percibir, pensar y relacionarse (APA, 2002). Y se convierten en trastornos cuando son inflexibles y desadaptativos, se hacen evidentes en la adolescencia o al iniciar la vida adulta causando un deterioro funcional significativo. Asociado a los TCA la literatura ha señalado un síndrome cognitivo conductual, que se caracteriza por rigidez, meticulosidad, perfeccionismo y dependencia, dificultad para expresar emociones, predominando el pensamiento operatorio (Troop Schmidt y Treasure, 1995), la baja autoestima, temores de pérdida de control, vivencia y temor a la soledad y al abandono, inseguridad, problemas de identidad, dependencia, desconfianza interpersonal, depresión y fobias (Pla y Toro, 1999). Psicopatológicamente se describen sentimientos de incompetencia, baja autoestima centrada en la percepción negativa de su cuerpo, falta de autonomía, dificultad para el manejo de sentimientos, déficit de autocontrol, se sienten poco aceptadas/os y se consideran poco divertidas/os (Williams et al., 1993) incluyendo además rasgos psicológicos de dependencia, temor a la pérdida de control, vivencias de

inseguridad, soledad y temor al abandono (Pla y Toro, 1999). En muestras de pacientes con AN se detecta depresión, fobias, desconfianza interpersonal y mayor perfeccionismo (Johnson y Connors, 1987; Marsa, Perera, López y Ruiz, 1999).

Los pacientes con BN generalmente actúan de forma impredecible, con excesiva necesidad de aprobación, elevada sensibilidad, falta de tolerancia a la frustración ya que fluctúan entre la ansiedad y la depresión, tendencia a tomar decisiones rápidas, poco control de impulsos y rasgos de *acting-out* (Williams et al., 1993; Gismero, 1996). Las pacientes bulímicas tienden a ser más extrovertidas que las anoréxicas, pero manifiestan más ansiedad, culpa, sensibilidad interpersonal y quejas somáticas (Casper, Ecker, Halmi, Goldberg y Davis, 1980).

### **3.2.1. Conductas de control de peso**

Un factor de riesgo en el desarrollo de los TCA son los comportamientos y actitudes alimentarios inadecuados para la disminución del peso (Haley, Hedberg y Leman, 2010; Espinoza et al., 2010). Las prácticas no saludables derivadas de la preocupación excesiva por la delgadez que se asocian a los estándares actuales de belleza suponen un factor de riesgo para los TCA y para la desnutrición (Folk, Pedersen y Cullari, 1993; Serdula et al., 1993; Thompson, 2001).

El comienzo para la realización de dietas se sitúa en las edades de 12 y 14 años (García y Peresmitré, 2003), y cuanto más jóvenes mayor es el riesgo de un TCA (Polivy y Herman, 1985). Existen diferencias en los chicos y chicas cuando hay que elegir alimentos. Los hombres prefieren productos de origen animal y lácteos, con el objetivo de ganar músculo, mientras que las mujeres optan más por verduras, frutas y menos cereales, buscando bajar su peso (Acosta, De León, Tello, Pérez, y Ortiz, 2006). Si añadimos la ausencia de supervisión médica con la que se suelen llevar a cabo las dietas, es fácil comprender el grave peligro para la salud que conlleva el seguimiento de éstas (Eisenberg, Neumark, Story y Perry, 2005). Este hecho resulta especialmente preocupante en las mujeres adolescentes (Olesti-Baiges et al., 2007). Las dietas, en la mayoría de los casos, traen como consecuencia una ingesta energética diaria menor de las cantidades recomendadas y saludables (Ramos, Rivera y Moreno, 2010). De esta forma se han generalizado entre el conjunto de la población algunos mecanismos individuales que se dirigen a adecuar la imagen corporal orientados hacia la esbeltez a través de la

abstinencia, de la selección alimentaria o de factores como el ejercicio físico (Gracia, 2002).

Los adolescentes intentan controlar el aumento del tejido adiposo que se da a partir de la pubertad y así alcanzar el ideal de delgadez (Bearman et al., 2006). El alto porcentaje de realización de dieta en adolescentes puede reflejar conductas saludables y no saludables en el control de peso y su rol como factor de riesgo de las alteraciones alimentarias (Neumark-Sztainer y Story, 1998). Para hombres y mujeres es muy diferente el cuerpo ideal y es probable que los chicos utilicen métodos para aumentar el tono muscular y las chicas estrategias como utilizar suplementos alimentarios para el control de peso (Drewnowski, Kurth, y Krahn, 1995; McCabe y Ricciardelli, 2005). Los investigadores Neumark-Sztainer, Wall, Eisenberg, Story, y Hannan (2006) mencionan que las tendencias hacia la adopción de conductas de control de peso se acentúan a través de las diferentes etapas de la adolescencia. Las chicas entre la adolescencia temprana y media incrementan el uso de conductas no saludables y extremas de control del peso. En los chicos también se observan cambios particulares en estas etapas, como un aumento de la práctica de conductas extremas de control de peso de mediados a finales de la adolescencia del 3,4% al 6,3%.

Los adolescentes que hacen dietas son los que sienten deseos de ser más delgados, los que muestran preocupación por su imagen corporal y que experimentan insatisfacción corporal (Crow, Eisenberg, Story, y Neumark-Sztainer, 2006; McCabe, y Ricciardelli, 2006). Los predictores de las conductas extremas de control de peso en chicas se relacionan con el estado depresivo, insatisfacción corporal e importancia de la imagen corporal. En cambio, en los chicos únicamente el estado depresivo y la importancia de la imagen corporal fueron los predictores de dichas conductas. Estos resultados sugieren que la percepción que tienen los adolescentes sobre su cuerpo y su estado de ánimo general predice si se involucran o no en conductas de riesgo para la salud (McCabe, y Ricciardelli, 2006). La utilización de las estrategias para controlar el peso en los adolescentes es frecuente y es importante destacar que su crecimiento y desarrollo se ven comprometidos y pueden ser causa de deficiencias nutricionales (Calderón, Yu y Jambazian, 2004). Las adolescentes que realizan conductas no saludables de control de peso, como ayuno, sustitutos de las comidas, saltarse comidas, fumar, provocarse el vómito o usar diuréticos o laxantes, presentan un mayor riesgo de seguir una dieta

inadecuada, con menor consumo de frutas, vegetales y menor aporte de vitaminas y minerales que las chicas que realizaban conductas de control de peso más saludables. En cambio, los chicos que informaron de conductas de control de peso saludables y no saludables presentaron niveles similares de ingesta de nutrientes que los chicos que no realizaban técnicas de control de peso (Neumark-Sztainer et al., 2002; Neumark-Sztainer, Hannan, Story, y Perry, 2004).

Cuando se realizan las llamadas "dietas milagrosas" se producen deficiencias de vitaminas y minerales, alteraciones metabólicas importantes que explican el rápido descenso del peso y la tendencia exacerbada a recuperarlo cuando se vuelve a comer de la forma habitual (Amigo, Fernández y Pérez, 2009; Raich y Gutiérrez, 2009). Los adolescentes que realizan dietas no saludables incrementan su IMC y el riesgo a presentar sobrepeso u obesidad, contrariamente a la creencia de las dietas como técnicas de control del peso (Field et al., 2003; Neumark-Sztainer et al., 2006; Neumark-Sztainer et al., 2007; Stice, Presnell, Shaw, y Rohde, 2005).

Las dietas incrementan el riesgo de cuadros de TCA parciales y completos (Stice, Presnell, y Spangler, 2002) y de alteraciones alimentarias como atracones (Neumark-Sztainer et al., 2006; Neumark-Sztainer et al., 2007). Los adolescentes de ambos sexos que usan conductas de control de peso no saludables incrementan el riesgo de atracón con pérdida de control y de conductas extremas de control de peso, comparado con los adolescentes que no las usan (Neumark-Sztainer et al., 2006). Es posible deducir que de acuerdo a los resultados de estudios longitudinales es relevante la transmisión de mensajes a los adolescentes, familiares y profesionales sobre los riesgos al realizar dietas restrictivas y conductas no saludables en el control de peso para la prevención del desarrollo de TCA, alteraciones alimentarias, sobrepeso y obesidad (Eisenberg et al., 2006; Paxton et al., 2006).

### **3.2.2. Insatisfacción corporal**

La imagen corporal es la manera en que cada persona se percibe, siente, imagina en función de su propio cuerpo, y contempla aspectos subjetivos como: satisfacción o insatisfacción, preocupación, ansiedad y evaluaciones cognitivas (Rosen, 1995). Existen evidencias de que el rechazo a la configuración del cuerpo es un factor de riesgo causal de los comportamientos alimentarios negativos (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines

y Story, 2006; Jackson y Chen, 2011) que se relacionan con la obesidad, la depresión y la baja autoestima (Calderón et al., 2010; Markey, 2010). La insatisfacción corporal en la adolescencia es un factor que motiva a la realización de dietas y conductas no saludables para el control del peso (Neumark-Sztainer et al., 2006).

La belleza en la actualidad está asociada a los cánones de esbeltez en las mujeres. Se gastan millones cada año para lograr el aspecto físico deseado, es uno de los negocios más lucrativos y las mayores consumidoras son las mujeres y esta preocupación de forma exagerada podría llegar a ser perturbadora (Raich y Torras, 2002). Algunas personas, en el intento de mejorar su apariencia física, recurren a cirugías estéticas o acuden a centros de atención cosmética (Altamura, Paluello, Mundo, Medda y Mannu, 2001). La imposición de un estándar de belleza hace que las personas con exceso de peso sean vulnerables y tiendan a la insatisfacción corporal (Bearman et al., 2006; Mousa, Mashal, Al-Domi y Jibril, 2010). En la insatisfacción corporal hay elementos importantes como la sobrevalorización de la apariencia en la construcción de la propia identidad, percepción y sentimiento de que la forma corporal es diferente a los ideales de belleza interiorizados e irreales, creencias y sentimientos desadaptativos acerca del propio cuerpo y conductas poco saludables provocadas por la insatisfacción corporal (Cash, 1997; Cash y Pruzinsky, 2002). Fairburn (2008) atribuye gran parte del mantenimiento de los TCA a la sobrevalorización del peso y la figura. La percepción y sentimiento de cómo discrepa la forma corporal con los estándares ideales de belleza es constante en nuestra sociedad, pues las mujeres son bombardeadas con modelos estéticos muy delgados y la mayoría muestran gran insatisfacción por su propio cuerpo al compararse con él (Cash, 1997; Cash y Deagle, 1997; Cash et al., 2002).

### **3.2.3. Interiorización de la figura corporal ideal**

La interiorización del ideal delgado se refiere a en qué medida un individuo acepta los ideales que han sido definidos socialmente sobre el atractivo y realiza conductas para lograr ese ideal (Thompson y Heinberg, 1999). Las chicas que han interiorizado el ideal de delgadez son más vulnerables a la insatisfacción corporal, al no alcanzar el ideal de delgadez, lo que les genera frustración (Bearman et al., 2006). El ideal estético interiorizado en chicos sugiere un modelo de belleza orientado a los cuerpos musculosos, que al no lograr incrementar la masa corporal se correlacionan con una baja autoestima



(McCreary y Sasse, 2000). La interiorización de los ideales de belleza en chicos y chicas los pone en riesgo de TCA (Lawler y Nixon, 2011; Mousa et al., 2010). La interiorización del ideal delgado participa como mediador entre las presiones socioculturales y la insatisfacción corporal (Stice, Nemeroff y Shaw, 1996; Thompson, Heiberg, Altabe y Tantleff-Dunn 1999). A los niños desde pequeños les llegan mensajes sobre los estándares del atractivo físico a través de diferentes medios y en la medida que estos estándares son interiorizados se transforman en ideales personales que pueden afectar a la satisfacción corporal y llevar a una autoevaluación negativa (Thompson y Heinberg, 1993).

#### **3.2.4. Autoestima**

La autoestima influye sobre la persona en cómo piensa, cómo se siente, aprende, se relaciona y comporta con los demás y en cómo se valora (Clark, Cledes y Bean, 1993). Las personas se forman una idea de lo que valen como resultado de las propias experiencias de éxito y fracaso y de las actitudes y opiniones de las personas más significativas (Rosen y Ramírez, 1998; Toro, 2004). La baja autoestima es un problema común entre los adolescentes y se asocia con la imagen negativa del cuerpo, siendo las niñas más susceptibles a la influencia de sus pares en presencia de un alto perfeccionismo (Shroff y Thompson, 2006). La tendencia a comparar su cuerpo con otros (Muris et al., 2005) y la insatisfacción corporal se asocian significativamente con baja autoestima (Paxton, Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2006), mientras que una autoestima alta constituye un factor protector para los TCA (Neumark-Sztainer, et al., 2007).

La presión, las burlas y críticas por estar delgadas por parte de familiares y amigos (Neumark-Sztainer, et al., 2007; Paxton, et al., 2006) puede favorecer al aumento o aparición de una baja autoestima y dar inicio a actitudes y comportamientos alimentarios negativos, agravando la insatisfacción corporal, especialmente en las niñas (Paxton, et al., 2006). En estudios longitudinales la baja autoestima se señala como factor de riesgo de bulimia nerviosa, trastorno por atracón y de anorexia nerviosa (Jacobi y Fiting, 2010). Las mujeres con trastornos alimentarios no se autovaloran y tienen una extremadamente baja autoestima, con miedo de ser despreciadas o rechazadas y se consideran personas poco valiosas. Por lo menos un tercio de la propia autoestima resulta de la autoimagen positiva o negativa que tenga de sí misma. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él, por lo que resulta muy difícil que se consigan apreciar

otras cualidades como la destreza, la inteligencia o el trabajo separadamente del aprecio por su cuerpo, particularmente en mujeres que subordinan estas cualidades al atractivo (Mora y Raich, 2005).

Con el objetivo identificar las diferencias en autoestima corporal y general en niños de 9 a 12 años se halló que las niñas con mayor riesgo de presentar TCA tenían una menor autoestima, mayor discrepancia entre la imagen ideal y la percibida y el deseo de un cuerpo más delgado que el real. Sin embargo una mayor autoestima actuaba como factor protector (Trujano, De Gracia, Nava, Arbonès y Limón, 2010). Los adolescentes con TCA tienen una autoestima social y corporal más baja que los adolescentes de la población general (Toro, Castro, Gila y Gómez, 2005).

### **3.2.5. Afecto negativo**

Un trastorno asociado a una imagen corporal negativa es la depresión. Se vuelve un círculo vicioso de desesperación. Las personas deprimidas suelen aborrecer su propio cuerpo (Otto, Wilhem, Cohen y Harlow, 2001). Las alteraciones psicológicas como la depresión y la ansiedad se asocian a la presión por alcanzar un cuerpo ideal (Barlett, Vowels y Saucier, 2008), asociándose como factores de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario que a mayor duración de la enfermedad más síntomas de depresión (Patton, Johnson, Wood, Mann y Wakeling, 1990). Es relevante considerar que no sólo se come cuando se tiene hambre, sino también ante sentimientos de soledad, de aburrimiento, o estados ansiosos y depresivos que pueden desencadenar la necesidad de comer relacionándose con obesidad y la baja autoestima (Babio et al., 2009; Calderón et al., 2010; Markey, 2010; Goldschmidt et al., 2008). Las conductas extremas de control de peso en chicas y chicos se relacionan con estados depresivos (McCabe y Ricciardelli, 2006).

La culpa y la depresión constituyen un correlato normal en la bulimia, planteándose la posibilidad de que la depresión sea una puerta de entrada a este trastorno. Existen algunas pruebas que indican la aparición de la depresión en meses o incluso hasta un año antes del inicio del trastorno y aunque se pueda dar en casos particulares, muchos comportamientos propios de los episodios bulímicos provocan habitualmente estados de depresión y culpa. La sensación de no poder más en el caso de la bulimia puede ser muy intensa y presentar ideas de suicidio. El sufrimiento bulímico

proviene de falta de control sobre la alimentación y sobre otros aspectos en general de su comportamiento, a diferencia del hipercontrol sobre su vida de la persona anoréxica (Amigo, 2003).

### **3.3. Factores de riesgo socioculturales**

Desde un enfoque sociocultural, los factores de riesgo de las alteraciones de conducta y de la insatisfacción corporal tienen su inicio en diferentes fuentes del entorno cultural de los individuos, en sus interacciones personales, sus expectativas, creencias religiosas y de los medios de comunicación (Lokken, Ferraro, Kirchner y Bowling, 2003; Morrison, Kalin y Morrison, 2004). En cada cultura existen diferentes valores en relación al atractivo físico y estos consensos difieren de una cultura a otra, de los diferentes grupos étnicos, del nivel socioeconómico y de la época (Jackson y Chen, 2007). Las presiones socioculturales hacia la delgadez, el IMC, la insatisfacción corporal y la restricción alimentaria han contribuido sustancialmente al incremento de la incidencia de las alteraciones alimentarias y los TCA en las sociedades occidentales (Stice y Whitenton 2002; Stice, 2002), a la vez que se han valorado mecanismos psicosociales en su desarrollo, tales como el proceso de comparación corporal, las influencias percibidas de los pares, la familia y de los medios de comunicación (Van den Berg, Wertheim, Thompson y Paxton, 2002). Desde un enfoque transcultural se sugiere que los valores de la modernidad en relación a los estereotipos de belleza contribuyen al desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario. Es decir, los valores de belleza, de delgadez y gordura son influenciados por condiciones socioculturales y difundidos por medio de los medios de comunicación social, en el marco de una globalización económica (Cogan, Bhalla, Sefa-Dedeh y Rothblum, 1996; Gómez y Acosta, 2002). Las contribuciones de los factores socioculturales en la etiología de los TCA provienen de diferentes fuentes de evidencia. Existen datos observacionales de variaciones históricas, transculturales y étnicas en la prevalencia de las alteraciones alimentarias que evidencian la importancia de las características del contexto sociocultural en la aparición de estos trastornos (Jackson, 2002; Keel y Klump, 2003; Miller y Pumariega, 2001; Toro 1996).

Dos vertientes de estudios que están también orientadas a las variaciones transculturales, son el análisis de las manifestaciones fenomenológicas de la anorexia nerviosa en culturas no occidentales y los estudios experimentales y epidemiológicos que

intentan evaluar la relación entre el aumento de la prevalencia de los TCA con determinados factores de riesgo del contexto sociocultural (Anderson-Fye y Becker, 2004). La alteración de la conducta alimentaria no se limita a una zona geográfica particular, sino que ha alcanzado una distribución global que involucra sociedades occidentales y no occidentales en vías de industrialización (Anderson-Fye y Becker, 2004; Soh, Touyz y Surgenor, 2006). Un número creciente de estudios experimentales y epidemiológicos han documentado la asociación entre el aumento de la prevalencia de alteraciones de las actitudes y conductas alimentarias y los TCA con el proceso de transición sociocultural y económica de sociedades no occidentales (Anderson-Fye y Becker, 2004).

### **3.3.1. Presión sociocultural hacia la perfección corporal**

La idolatría de los cuerpos extremadamente delgados y la connotación negativa del sobrepeso son algunos de los factores que se relacionan con el desarrollo de alteraciones del comportamiento alimentario en las sociedades occidentales (Rathner, 1996). Desde esta perspectiva se comprende que no todas las personas intentan perder peso para mejorar su salud; la mayoría lo intenta por razones de estética cultural, ya que muchas de ellas no necesitarían perder peso. Según algunas encuestas, más de dos tercios de las adolescentes y un tercio de los adolescentes están tratando de perder peso o evitan ganarlo (Serdula, et al., 1993).

Desde un enfoque transcultural, se sugiere que los valores de la modernidad en relación a los estereotipos de belleza contribuyen al desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario. Es decir, los valores de belleza, de delgadez y gordura son influenciados por condiciones socioculturales y difundidas por los medios de comunicación social, en el marco de una globalización económica (Cogan, Bhalla, Sefaddeh y Rothblum, 1996; Gómez y Acosta, 2002).

Investigaciones recientes mencionan las presiones socioculturales como una influencia en la insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de TCA (Jackson y Chen, 2011; McCabe y Ricciardelli, 2005; Salafia y Gondoli, 2011). Los países desarrollados que dictan las normas que sigue la sociedad occidental en los últimos años han replanteado el valor asignado al cuerpo, especialmente al género femenino.

Anteriormente los cuerpos gruesos eran símbolos de salud y bienestar, mientras que en la actualidad son de falta de valía personal y baja autoestima, dando lugar a cuerpos delgados y atléticos que casi consiguen anular las características femeninas e imponen cierta obligación para conseguir un cuerpo que no es natural. Los desórdenes alimentarios de esta época son síndromes culturales que no se comprenden fuera de un determinado contexto. El valor cultural que se asocia a la delgadez y a la obesidad motivan particularmente a las mujeres a bajar exageradamente de peso, camino que puede conducir a desarrollar trastornos alimentarios (Zusman, 1999).

La presión por un ideal de belleza delgado se ha intensificado. Al revisar modelos de "Play Boy" y de concursantes del concurso Miss América del año 1959 al 1978, se encontró una disminución de peso de 3,4 kg, y una disminución de las medidas del pecho y las caderas (Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1980). Los pesos de las misses no sólo disminuyeron entre 1979 y 1988, sino que se encontraban de un 13% y un 19% debajo del peso normativo (Wiseman, Gray, Mosiman y Ahrens, 1992). Cada sociedad y cada época ha desarrollado ideales de belleza marcados como objetivos a conseguir, insistiendo particularmente en el ideal de belleza femenina, como por ejemplo la deformación de los pies de las chinas o el alargamiento artificial del cuello en las mujeres Karen de Birmania (Raich, 2011).

Se puede afirmar que en el mundo occidental, el cuerpo se ha transformado en una mercancía más (Pérez Álvarez, 1996) y por ello es necesario trabajarlo mediante dietas, ejercicio físico o incluso operaciones quirúrgicas, con el objetivo final de alcanzar la delgadez (Amigo, 2003). Los trastornos alimentarios son más frecuentes en sociedades occidentales industrializadas, sin embargo se observan patrones similares en mujeres de países no occidentales expuestos a la occidentalización y en países en proceso de cambio sociocultural y económico como Argentina, Brasil, Chile, México y Venezuela (Espinoza, Penelo y Raich, 2009). En este culto a la delgadez, nos guste o no, participamos todos de algún modo. Pero esta participación está revistiendo caracteres dramáticamente alarmantes en el sexo femenino, especial y concretamente en las muchachas adolescentes y jóvenes, quienes, sin defensas intelectuales ni argumentos críticos, interiorizan mayoritariamente, los valores de la sociedad en que desarrollan sus vidas (Toro, 1996).

### **3.3.2. Influencias de los medios de comunicación**

Las mujeres y cada vez más los hombres se ven sometidos a permanentes acosos publicitarios desde los medios de comunicación, con el objetivo de incitar a consumir productos y servicios que se relacionan con la belleza. Los medios de comunicación garantizan que las mujeres delgadas serán más felices, con mayor éxito social y profesional. Por ello es un mensaje repetido reiteradamente sobre la necesidad de conseguir un cuerpo “perfecto” y “delgado”, asociándolos al “éxito y a la felicidad”, como si una cosa llevara a la otra automáticamente (Raich, Carracedo y Guimerà, 2008). Los medios de comunicación incluyen sugerencias e informaciones verbales, imágenes y especialmente imágenes de cuerpos humanos, que en forma burda o sutil van enviando mensajes que facilitan la difusión y la consiguiente interiorización de la cultura de la delgadez (Toro, 1996).

Algunos estudios (Crow et al., 2006) muestran que la relación entre la felicidad y la satisfacción con la vida y el atractivo físico no es tan directa, ya que señalan que cuanto más tiempo se preocupa una mujer de cuidar su físico, menos satisfacción siente de él. Las personas que hacen esfuerzos para adelgazar o las que se ponen a dieta se sienten tristes más frecuentemente que las que no lo hacen. Cash y Pruzinsky (2002) muestran que las mujeres delgadas que representan modelos para la población tienen las mismas posibilidades de satisfacción y felicidad que las demás. Muchas mujeres se culpabilizan por no conseguir que sus cuerpos sean como los modelos irreales de los anuncios. El bombardeo constante de la publicidad no se cansa de mostrar cuerpos con extrema delgadez que cualquier persona puede tener con “fuerza de voluntad”, como si el cuerpo fuera de plastilina y se pudiera moldear a su antojo. Todo ello genera insatisfacción y depresión, pues en realidad el cuerpo y la silueta son muy difíciles de modificar y no es un problema de voluntad sino de biología, de la genética del funcionamiento del metabolismo, factores que hacen difícil que el cuerpo cambie de manera sencilla (Raich et al., 2008). En diferentes épocas y sociedades, de acuerdo a consensos establecidos socialmente, se ha determinado que el tipo de cuerpo aceptado y valorado positivamente ha determinado las características del vestido femenino principalmente. La manipulación del cuerpo ha sido la norma y las mujeres han pagado sacrificios y molestias que podrían haberse invertido en aspectos más fructíferos (Toro, 1996). Contribuyen a reforzar estas

creencias los medios de comunicación, que además de culpabilizar a las personas por sus cuerpos, ponen cientos de medios para alcanzar la perfección. El consumo compulsivo de productos cosméticos, la obsesión por las dietas y la dependencia de la cirugía se convierten en comportamientos habituales para intentar buscar la perfección inalcanzable que estimulan los medios de comunicación (Raich et al., 2008).

En las sociedades occidentales se acepta que las mujeres compitan entre sí por las formas de su cuerpo; que haya ganadoras y perdedoras y que unas representen la norma sociocultural por absurda que pueda ser. El cuerpo femenino oficial se ha constituido públicamente en simple objeto (Toro, 1996). Detrás de los intentos por la delgadez existe un poderoso mercado internacional que promociona productos mediante los medios de comunicación de forma masiva (Raich et al., 2008). Al iniciarse la década de los ochenta se calculaba que los norteamericanos gastaban alrededor de 10.000 millones de dólares en productos y servicios con el objetivo de perder peso (Chernin, 1981). En 1988 se gastaron 74.000 millones de dólares en alimentos dietéticos, aproximadamente una tercera parte de todo el gasto en alimentación de la nación norteamericana (Yates, 1991). En la década de los ochenta los norteamericanos doblaron sus gastos en programas para adelgazar, libros de regímenes para perder peso y alimentos dietéticos, alcanzando un gasto de 30.000 millones de dólares (Brownel, 1991). En EUA en 1988 la ciudadanía consumió la misma cantidad en productos de belleza que el Estado en educación, empleo y servicios sociales. Y la industria británica del adelgazamiento factura más de un billón de libras esterlinas por año (Sanders y Bazalgette, 1994). Los medios de comunicación envían ideales de perfección manipulados desde su origen, ya que la mayoría de las imágenes de los/as modelos se alteran mediante trucos y montajes. La publicidad constante conduce a admirar imágenes falsas de una belleza imposible y sigue patrones claros y perfectamente diseñados desde el punto de vista comercial. Primero se crea un modelo estético irreal y la necesidad de alcanzarlo, se mantiene que un cuerpo muy delgado lleva al éxito y a la felicidad. Después, a pesar de que este ideal es inalcanzable, se transmite la idea de que se puede conseguir comprando sus productos, a pesar de que la mayoría de ellos son ineficaces. Cuando los productos no producen el efecto deseado se cree que en realidad es culpa del/la comprador/a y con ello se garantiza el negocio (Raich et al., 2008).

### **3.3.3. Influencia de las relaciones interpersonales**

La presión por la delgadez también puede encontrarse dentro de la familia, especialmente una preocupación extrema de las madres para que sus hijas sean atractivas (Amigo, 2003). El hecho de ser criticado en la infancia o de sufrir burlas por la apariencia tiene un efecto importante en la formación de la imagen corporal y es probable que influya en la madurez. Se han recogido bastantes casos en la literatura científica en los que las burlas de familiares o de amigos actúan como desencadenante de su trastorno (Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999). Los comentarios críticos de la familia sobre la silueta, el peso y las burlas por la apariencia son factores que influyen en la aparición de AN y BN. En muchos casos las burlas no son intencionadas, pero las personas lo sufren como si lo fueran (Thompson, Fabian y Moulton, 1990). Las burlas de familiares y amigos sobre el peso son una cuestión importante en la presencia de la existencia de insatisfacción con la imagen corporal y TCA. Las niñas que han recibido comentarios sobre su apariencia física en comparación con sus compañeros presentan conductas extremas para la pérdida de peso, dietas restrictivas (Haines, Neumark, Eisenberg y Hannan, 2006) y atracones y los niños comportamientos inadecuados para el control del peso, riesgo de compulsión alimentaria y sobrepeso (Neumark-Sztainer et al., 2007). Algunos resultados destacan la influencia de los padres sobre los hijos como el factor de riesgo más grande en la pérdida de peso y de insatisfacción con el cuerpo en los adolescentes (Mellor, McCabe, Ricciardelli y Merino, 2008). Los padres con comportamientos muy controladores sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de los amigos, contribuyen a que desarrollen una imagen negativa de sí mismos (Agras, Bryson, Hammer y Kraemer, 2007) y como consecuencia realizan comportamientos que ponen en riesgo su salud (Field et al., 2008).

Sin embargo Shroff y Thompson, (2006) indican que la influencia de los compañeros se asocia a la interiorización del ideal de delgadez y con la comparación entre las niñas. Salafia y Gondoli (2011) siguieron a chicas de 10 años durante cuatro años y encontraron que los padres y los amigos tenían efectos importantes en la insatisfacción con la imagen corporal y síntomas bulímicos. El comportamiento de los amigos influye en el nivel de satisfacción con la imagen corporal y con comportamientos que se relacionan con la dieta, ya que son aspectos que se comparten dentro de su relación de grupo (Woelders, Larsen, Scholte, Cillessen y Engels, 2010; Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2010).



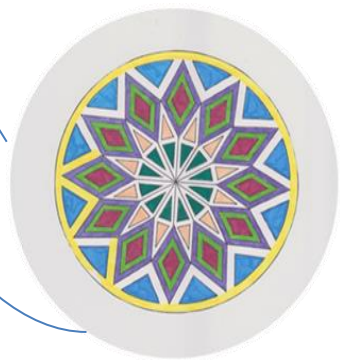
Cuando se ha examinado la importancia de la influencia de los padres y de los amigos, se ha podido observar que la de éstos últimos es mayor. Las personas que mantienen relaciones proximales del mismo sexo que el adolescente son importantes en la ocurrencia de atracones (Field et al., 2008) y del uso de estrategias tanto para perder peso como para aumentar el tono muscular (McCabe y Ricciardelli, 2005). En este aspecto los chicos se ven más presionados para que sean musculosos por sus parejas que las chicas (Shomaker y Furman, 2010).

#### **3.3.4. Aspectos transculturales**

Los trastornos del comportamiento alimentario no se dan uniformemente en todas las culturas, ya que la enfermedad se manifiesta con características diferentes (Nicholls et al., 2011; Jackson y Chen, 2007). Diferentes estudios han demostrado la importancia de considerar la aculturación en el desarrollo de mensajes de educación, y de factores de riesgo que se relacionan con el cambio de comportamiento, de percepción y contextualización individual. Desde el campo de la psicología se han desarrollado algunos modelos integrativos sobre la imagen corporal y el desarrollo de las alteraciones alimentarias, los cuales proponen que la interiorización de una valoración cultural de la delgadez y la consiguiente insatisfacción corporal es la que conduciría a desarrollar estas alteraciones (Cash, 2005; Stice, 2002; Thompson y Stice, 2001).

Los inmigrantes y las minorías étnicas que residen en los países occidentales componen un grupo de riesgo. El hecho de vivir en sociedades abiertas implica la reconfiguración de sus esquemas culturales. La aparición de TCA está asociada a estos procesos de aculturación (Jennings, Forbes, McDermott, Juniper y Hulse, 2005). Estudios experimentales y epidemiológicos asocian el aumento de las patologías alimentarias con el proceso de transición de sociedades no occidentales (Anderson-Fye y Becker, 2004). A partir de 1970 comenzaron a publicarse estudios de prevalencia que sugerían que las alteraciones de la conducta alimentaria han alcanzado una distribución global que involucra a sociedades occidentales y sociedades no occidentales en vías de industrialización (Anderson-Fye y Becker, 2004; Soh, Touyz, y Surgenor, 2006), entendiendo por cultura occidental al conjunto de costumbres, ideas, valores culturales que se atribuyen a la Europa Occidental, Estados Unidos, Canadá y Australia (Anderson-Fye y Becker, 2004). La idolatría hacia los cuerpos extremadamente delgados, las

presiones para ajustarse al modelo ideal, las expectativas de rol contradictorias para la mujer y el incremento de la connotación negativa del peso son característicos de las sociedades occidentales que han sido relacionadas con el desarrollo de alteraciones del comportamiento alimentario (Rathner, 1996).



## **4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**





#### **4.1. Objetivo general**

El objetivo de la presente tesis fue estudiar los problemas de la conducta alimentaria mediante un estudio epidemiológico de dos fases en la población adolescente escolarizada del estado de Nayarit de México.

#### **4.2. Objetivos específicos**

Este objetivo general se aborda mediante el estudio de los siguientes objetivos específicos:

1.- Describir y comparar los diferentes aspectos relacionados con la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria en función del sexo y el área de origen en la muestra total:

- Antecedentes familiares: antecedentes de obesidad, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y entorno familiar.
- Autovaloraciones: consideración de salud, emociones, valores, conformidad con su peso y satisfacción consigo mismo.
- Influencia del modelo estético corporal, preocupación por la comida el peso y la figura, conductas compensatorias y actitudes alimentarias alteradas
- IMC y status nutricional.

2.- Conocer la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y de los diferentes tipos y subtipos (según criterios DSM-IV-TR, APA, 2000) en función del sexo y el área de origen.

3.- Calcular la sensibilidad y especificidad conjunta de los instrumentos de cribado usados en la primera fase con respecto a la entrevista diagnóstica empleada en la segunda fase.

4.- Analizar la asociación entre la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria y los siguientes aspectos:

- Antecedentes familiares: antecedentes de obesidad, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y entorno familiar.

- Autovaloraciones: consideración de salud, emociones, valores, conformidad con su peso y satisfacción consigo mismo.
- Influencia del modelo estético corporal
- Hábitos de alimentación

5.- Estudiar la relación entre la presencia de obesidad y sobrepeso y el diagnóstico de BN, TCANE 3 y 6.

### **4.3. Hipótesis**

Para cada uno de los objetivos específicos que acabamos de exponer, nos planteamos las siguientes hipótesis:

1.- Se espera encontrar diferencias en los aspectos relacionados con la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria en función del sexo y el área de origen en la muestra total, en el sentido que: a) el sexo femenino presentará mayores alteraciones y problemática relacionada con los TCA que el sexo masculino y b) las áreas urbanas presentarán mayor problemática de TCA que las rurales.

2.- En la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y de los diferentes tipos y subtipos en función del sexo y el área de origen se espera que:

- a) La prevalencia de TCA será mayor en la población femenina que en la masculina.
- b) La prevalencia de BN será mayor que la de AN, tanto en mujeres y en hombres.
- c) La prevalencia de los TCANE será mayor que la de BN y la de AN, tanto en mujeres como en hombres.
- d) La prevalencia de TCA será mayor en las áreas urbanas que en las rurales.

3.- Se espera encontrar valores de sensibilidad y especificidad similares a los hallados en un estudio previo también de doble fase y con adolescentes escolarizados en España.

4.- Se espera encontrar diferencias respecto a los participantes que presenten un trastorno de la conducta alimentaria y los que no, en los siguientes aspectos: antecedentes familiares; consideraciones personales; influencia del modelo estético

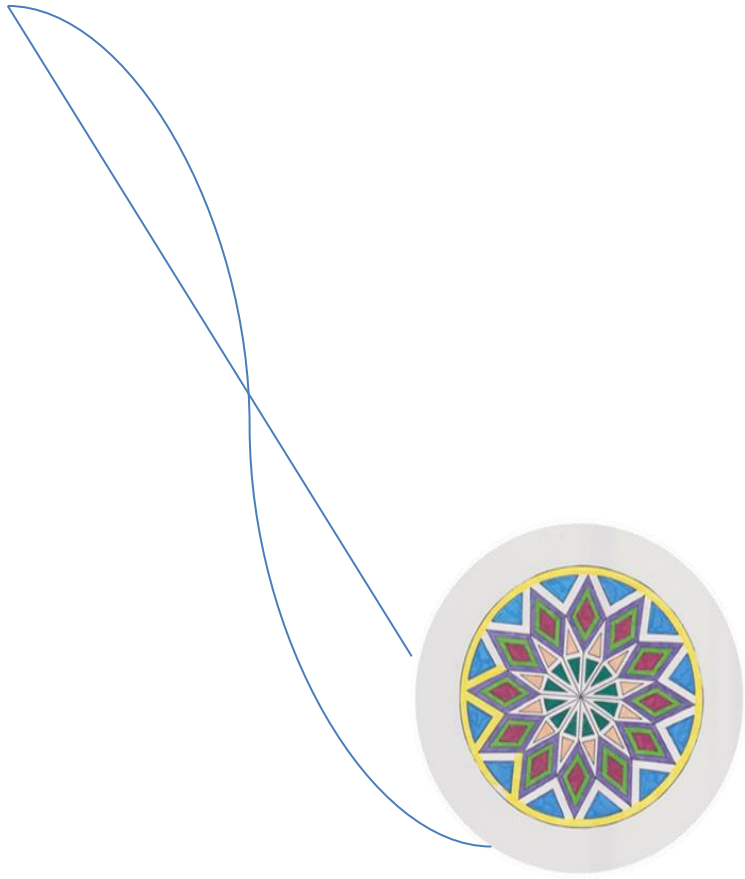
corporal y los patrones de ingesta. Estas diferencias irían en el sentido que en el grupo con trastornos de la conducta alimentaria:

- a) Tendrá mayor porcentaje de antecedentes familiares de obesidad, anorexia o bulimia
- b) Será mayor la influencia del modelo estético corporal
- c) La ingesta será menor

5.- Se espera encontrar relación entre la presencia de obesidad-sobrepeso y el diagnóstico de BN, TCANE 3 y 6 en el sentido que estos subgrupos diagnósticos presentarán mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad que el grupo de personas que no padece dicho trastorno.







## **5. MÉTODO**





## **5.1. Participantes y diseño**

El estudio se llevó a cabo en dos fases, que se describen a continuación.

### **5.1.1. Selección de la muestra de la fase 1**

Para la selección de los municipios de la muestra de la primera fase se tuvieron en cuenta dos criterios. El primer criterio utilizado fue la división de los 20 municipios que conforman el Estado de Nayarit en seis regiones (anexo A), según el plan estatal de desarrollo 2011-2017 (Órgano del Gobierno del Estado de Nayarit, 2012), partiendo de sus fortalezas y debilidades. Estas seis regiones y los municipios que las integran son:

Región Norte: Acaponeta, Rosamorada, Tuxpan, Ruiz.

Región Sierra: El Nayar, Huajicori, La Yesca.

Región Centro: Tepic, Xalisco

Región Sur: Santa María del Oro, San Pedro Lagunillas, Ahuacatlan, Jala, Amatlan de Cañas, Ixtlan del Río.

Región Costa Norte: San Blas, Santiago Ixcuintla, Tecuala.

Región Costa Sur: Compostela, Bahía de Banderas.

El segundo criterio utilizado combina una caracterización cuantitativa del ámbito rural/urbano basada en el número de habitantes y la densidad de población (SEDESOL, 2012), con un criterio más cualitativo basado en el rezago social (CONEVAL, 2010).

De cada región se seleccionaron dos municipios, con la excepción de la región Costa Norte para la que se seleccionaron los tres municipios que integran la región por presentar características muy contrastadas. En los 13 municipios se consideraron 31 escuelas, pero cuatro de ellas no participaron; los motivos que expusieron fueron: a) que en un estudio previo realizado por otros investigadores no se había guardado el anonimato de los participantes, y b) en las otras tres no se encontraban presentes los directores o autoridades competentes, los maestros no estaban enterados de que asistiríamos y por ello no se nos permitió realizar las aplicaciones de los cuestionarios. Por lo tanto, en el estudio participaron finalmente 27 centros educativos, públicos y privados, 6 de municipios rurales y 21 urbanos, que se encuentran ubicados en 13 municipios de los 20 que conforman el estado de Nayarit; de estos, 9 pertenecen al área urbana y 4 al área rural.

### **5.1.2. Participantes de la fase 1**

La Secretaría de Educación Pública (SEP) (anexo B) nos proporcionó una lista de las escuelas de Secundaria y Bachillerato del estado de Nayarit. Entre los municipios se seleccionaron los que concentran un mayor número de escuelas. La selección de las escuelas de cada municipio y de las aulas concretas se basó en los siguientes criterios de conveniencia: (1) se da prioridad a las escuelas más grandes y a las aulas con más alumnos y (2) se tiene en cuenta la disponibilidad horaria de los centros para efectuar la recogida de datos. En las zonas rurales, la región Sierra presenta un grado de rezago social entre alto y muy alto, concentra la mayor parte de la población indígena de Nayarit y es de difícil acceso y con pocos servicios (CONEVAL). Por lo tanto, de esta región se excluyeron zonas con valores extremos de rezago por considerar que superaban el grado de ruralidad que interesaba en esta investigación. Se optó por incorporar áreas rurales seleccionando algunos municipios que no presentaban criterios tan homogéneos respecto a la dimensión rural/urbana. Una vez que se contactó con las escuelas de las diferentes regiones del estado de Nayarit, se realizó un calendario para organizar el itinerario y establecer el contacto personal con las autoridades de las instituciones, programamos reuniones para exponerles cuál era el contenido y sentido de la investigación con el propósito de contar con su apoyo y explicarles los requerimientos de tiempo y espacio para la recogida de los datos. A los responsables de las escuelas se les pidió incluir chicos y chicas de todos los grados sin tener preferencia por ninguno en particular. La selección de los grupos de la muestra la realizó el personal de cada institución, que nos indicó cuáles eran los grupos participantes y los horarios para proceder a la recogida de los datos. Los chicos en general se mostraron cooperadores en todo momento, realizaron preguntas sobre el motivo de la investigación y mostraron interés en el tema.

### **5.1.3. Participantes de la fase 2**

Para la segunda fase se seleccionaron como posibles casos a todos los participantes que superaron el punto de corte de al menos uno de los instrumentos de cribado usados (según criterios DSM-IV-TR, 2000). Asimismo se escogió un porcentaje similar de posibles controles, entre los participantes que no superaron los puntos de corte de ninguno de dichos instrumentos de cribado. A todos ellos se les administró como

instrumento diagnóstico la entrevista semi-estructurada EDE (Eating Disorder Examination) diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN, con el fin de confirmar o descartar el diagnóstico de TCA.

## 5.2. Instrumentos

**Cuestionario de datos demográficos.** Se elaboró un cuestionario para obtener datos sociodemográficos como el sexo, la edad, el lugar de nacimiento y el nivel socioeconómico, basado en el nivel educativo y la ocupación de los padres (Hollingshead, 1975). Se incluyeron preguntas sobre el lugar de origen de los padres, consideración de su peso, de su salud y sus emociones, quiénes conforman su familia (padre, madre, hermanos u otros familiares), antecedentes de obesidad, anorexia y bulimia y satisfacción consigo mismo/a (anexo C).

**Talla y peso.** En las zonas rurales se tomaron las medidas de peso y altura *in situ* con una báscula Seca 761 mecánica de piso; en las zonas urbanas se utilizaron básculas digitales y estadiómetro manual, con el objetivo de calcular el IMC (índice de masa corporal) y el estado nutricional de acuerdo a criterios internacionales que consideran el sexo y la edad (Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz, 2000; Cole, Flegal, Nicholls y Jackson, 2007). La toma de peso y talla se llevó a cabo entre dos personas.

**Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)** (Fairburn y Beglin, 1994; validación española: Penelo, Negrete, Portell y Raich, 2013; Penelo, Villarroel, Portell y Raich, 2012; Villarroel, Penelo, Portell y Raich, 2011). Es un instrumento de auto-informe de 37 ítems que evalúa actitudes, sentimientos y comportamientos relacionados con la alimentación y la imagen del cuerpo en los últimos 28 días. El EDE-Q genera dos tipos de datos. En primer lugar consta de 23 ítems actitudinales (ítem 1-15 y 29-36), de los cuales sólo 22 contribuyen al cálculo de las puntuaciones. Las puntuaciones de estas subescalas reflejan la gravedad de los aspectos de la psicopatología de los desórdenes de alimentación. En segundo lugar, 13 ítems (Ítem 16-28) proporcionan datos sobre las seis características de los comportamientos clave de los trastornos de la alimentación en términos de presencia/ausencia y la frecuencia con que ocurren estos comportamientos,

y la pérdida de control. Las dos últimas preguntas sólo las responden las mujeres (ítem 37 y 38), y preguntan sobre alteraciones en la menstruación en los últimos tres meses.

El formato de respuesta de los ítems actitudinales es una escala tipo Likert de 7 puntos (0: *nunca*; 6: *siempre*). Las puntuaciones de las subescalas se obtienen calculando la media de los elementos que forman cada subescala, y la puntuación global es la media de las subescalas. En la versión original las puntuaciones se distribuyen en cuatro subescalas: restricción, preocupación por la comida, por el peso y por la figura. A partir de la validación mexicana de Penelo et al. (2013), sólo se derivan dos subescalas: R (Restricción) y ESWC (Preocupación por la comida, por el peso y por la figura corporal). Se puede considerar un punto de corte clínicamente significativo de cuatro puntos o más ( $\geq 4$ ) para cada subescala y para la puntuación global (Carter, Stewart y Fairburn, 2001), o de  $\geq 2,30$  para la puntuación global (Mond, Hay, Rodgers, Owen y Beumont 2004). El alfa de Cronbach en la presente muestra es de ,79 para la escala R, ,93 para la escala ESWC y ,93 para la escala total.

La frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias se evalúa en términos del promedio de episodios semanales que se producen durante las últimas cuatro semanas. La ocurrencia regular de estos comportamientos al menos dos veces por semana se basa en los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000). Además, la restricción dietética extrema se calculó como "no comer por un período de ocho o más horas de vigilia con el fin de influir en el peso o la forma" (ítem 2), de por lo menos tres veces por semana ( $\geq 13$  días) en los últimos 28 días (Fairburn y Cooper, 1993); y el ejercicio excesivo extremo se calculó como hacer ejercicio vigoroso "como un medio de controlar su peso, de alterar su forma, o la quema de calorías" (ítem 27), al menos cinco veces por semana ( $\geq 20$  días) en los últimos 28 días.

**Eating Attitudes Test (EAT-26)** (Garner y Garfinkel., 1979; validación española de Castro, Toro, Salamero y Guimerá., 1991; validación mexicana de Álvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmitré, 2002; Ochoa, 2011) y **Children Eating Attitudes Test (CHEAT)** (Maloney, McGuire y Daniels, 1988; Sancho, Asorey, Arija y Canals, 2005). Se trata de un cuestionario autoadministrado y la versión difiere según la edad: en nuestro estudio este instrumento se aplicó a los chicos que cursaban Bachillerato y el ChEAT a los de secundaria que utiliza palabras de más fácil comprensión para su edad.

Es una de las medidas más utilizadas para la evaluación de las características anoréxicas: miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos. Las preguntas se contestan en una escala tipo Likert de seis puntos: de 1 (*nunca*) a 6 (*siempre*) y se transforman de manera que se valoran con 0 las tres primeras posibles respuestas y 1, 2 o 3 las tres siguientes respectivamente, para denotar mayor severidad. Los autores del EAT-26 sugieren utilizar un punto de corte de 20 puntos para identificar la posibilidad de algún TCA. La versión original presenta una fiabilidad del 0,79 para el grupo de anorexia y de 0,94 para el grupo control. La confiabilidad de prueba-postprueba en un periodo de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para es del 77% y 95%; el poder predictivo positivo es del 79%. (Mintz y O'Halloran, 2000).

El ChEAT es una adaptación para niños del EAT-26. Esta versión infantil utiliza sinónimos para reemplazar palabras de difícil comprensión para los niños que en el EAT habían mostrado dificultad para su comprensión. De la misma forma que para el EAT, una puntuación mayor a 20 indica la posibilidad presentar TCA. La adaptación española presenta unos coeficientes de fiabilidad interna suficientes ( $\alpha = ,71$ ) y una buena estabilidad test-retest ( $r = ,56$ ) (Sancho, Asorey, Arija y Canals, 2005). El alfa de Cronbach de la puntuación total en la presente muestra es ,90

**Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal** (CIMEC-26; Toro, Salamero y Martínez, 1994; CIMEC-V; Toro, Castro, Gila y Pombo, 2005). Este instrumento evalúa el impacto que diferentes agentes sociales pueden tener en el desarrollo de las actitudes hacia el cuerpo de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos y la influencia de factores que influyen en la trasmisión del modelo estético actual. Los ítems del cuestionario son valorados en una escala tipo Likert de 3 puntos de 0 (*nunca*) a 2 (*siempre*), y las puntuaciones más altas reflejan una mayor influencia del cuerpo ideal estético. Para un punto de corte de 17-18, la sensibilidad es del 83,1% y la especificidad del 64,4%. El CIMEC ha mostrado propiedades psicométricas satisfactorias en niñas mexicanas (Vázquez, Álvarez y Mancilla, 2000). En la presente muestra el alfa de Cronbach de la puntuación total es ,94.

Consta de 26 ítems agrupados en cinco factores. A continuación se presentan estos factores y entre paréntesis se muestra el número de ítems de cada dimensión y su

consistencia interna (alfa de Cronbach/correlación inter-ítem): Preocupación por la imagen corporal (8 ítems; ,86/,44), Influencia por los anuncios (8 ítems; ,91/,55), Influencia por los mensajes verbales (3 ítems; ,73/,47), Influencia de los modelos sociales (4 ítems; ,61/,30) e Influencia de las situaciones sociales (3 ítems; ,60/,34).

El CIMEC presenta dos versiones, para el sexo femenino (CIMEC-26) y masculino (CIMEC-V), que adaptan los ítems para su mejor comprensión. Algunos ejemplos para las chicas serían: “Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gruesas o delgadas?” (ítem 1), “¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?”. Y para los chicos, respectivamente, serían “Cuando estás viendo una película, ¿miras a los actores fijándote especialmente en si son gruesos o delgados?” y “¿Envidias el cuerpo de gimnastas, nadadores y otros deportistas?”.

**Eating Disorder Examination (EDE)** (Fairburn y Cooper, 1993; validación de Raich, Mora, Sánchez-Carracedo y Torras, 2000). La EDE es una entrevista estructurada que está considerada como uno de los mejores instrumentos para la evaluación de los trastornos alimentarios. La versión más reciente es la 12, que consta de 34 preguntas, y evalúa la frecuencia de las conductas clave de los TCA (varias formas de sobreingesta, vómito autoinducido, abuso de laxantes y diuréticos) y la severidad de otros importantes aspectos de las características psicopatológicas de los TCA. Asimismo, mediante una definición se aclara el significado de términos como “pérdida de control” o “gran cantidad de comida”. Puede ofrecer un perfil de cuatro subescalas que permiten conocer la gravedad de la sintomatología de algunos aspectos del trastorno alimentario.

En nuestro estudio utilizamos la versión reducida de la EDE, que consta de 14 preguntas. En esta entrevista las preguntas se enfocan a conductas alimentarias ocurridas en los últimos tres meses y están dirigidas a ambos sexos con excepción de la pregunta 14 (amenorrea) que es contestada sólo por mujeres. Estos ítems están diseñados de acuerdo a los criterios del DSM-IV (Tabla 4) para establecer diagnósticos de AN, BN y TCANE (excepto TCANE 5). Sobre la base de estos criterios se especifican las respuestas que debe dar el sujeto evaluado al conjunto de los ítems que sirven para asignar el diagnóstico correspondiente.



Respecto a la versión reducida que aplicamos, el formato de respuesta a los ítems varía en función del tipo de pregunta. En primer lugar, se usa una escala Likert de 7 puntos (0: *no/no es importante*; 6: *todos los días/extrema importancia*) para las preguntas sobre patrones de ingesta, importancia de la silueta y del peso, miedo a ganar peso y sentimientos de gordura. En segundo lugar, se emplea una escala Likert de 3 puntos (0: *no*; 2: *total*) para las preguntas sobre restricción. Y en tercer lugar, se obtiene el número de episodios de diferentes conductas. Además, las preguntas sobre mantenimiento de un bajo peso en presencia de infrapeso y de menstruación en mujeres se contestan de forma nominal. En la tabla 17 se muestran los criterios diagnósticos de la entrevista EDE.

Tabla 17. Criterios diagnósticos de la entrevista EDE usados en el estudio de acuerdo al DSM-IV-TR.

---

#### **Anorexia nerviosa (AN)**

---

**A.** Bajo peso y mantenimiento del mismo: P.33 = 1 o 2 e infrapeso

**B.** Miedo intenso a aumentar de peso: P.27, puntúa: 4, 5 o 6 (cada mes en los últimos 3 meses)

**C.** Preocupación por el peso, talla o figura: P. 25 o 26 o 30 puntúa: 4, 5 o 6 (cada mes en los últimos 3 meses)

**D.** Amenorrea: P. 34 = 0 o 7

**Si se cumplen A y B y C, para clasificar subtipo:**

**Restrictiva:** sólo Ayuno P. 10 = 1 o 2 (últimos 3 meses) o ejercicio P. 17  $\geq$  20, o ambos

**Compulsivo/purgativo:** Debe haber atracones o purgas mediante Vómito, laxantes o diuréticos. P. 14, 15 o 16  $\geq$  8 (cada mes en los últimos 3 meses). También puede darse, además, ayuno o ejercicio o ambos

---

#### **Bulimia Nerviosa (BN)**

---

**A.** Episodios de sobreingesta: P.9  $>$  0 cada mes (episodios bulímicos objetivos en los últimos 3 meses)

**B.** Conductas compensatorias:

a. Vómitos, laxantes o diuréticos: P. 14, 15 o 16  $\geq$  8 cada mes en los últimos 3 meses)

b. Restricción o ejercicio: P.10 = 1 o 2 o P. 17  $\geq$  20 (cada mes en los últimos 3 meses)

**C.** Episodios de sobreingesta: P.9 (episodios bulímicos objetivos)  $\geq$  8 (cada mes en los últimos 3 meses)

**D.** Preocupación por el peso o la silueta: P. 25 o P. 26 o P.30 = 4, 5 o 6 (cada mes en los últimos 3 meses)

**E.** Que no cumpla criterio AN

**Si se cumplen A y B y C y D y E, para clasificar subtipo:**

**Subtipo purgativo** = Criterio B basado en 14, 15 o 16  $\geq$  8 (cada mes en los últimos 3 meses)

**Subtipo No purgativo** = Criterio B basado en P.10 = 1 o 2 o P. 17  $\geq$  20 (cada mes en los últimos 3 meses)

---

---

### Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE)

---

**TCANE 2:** Anorexia nerviosa excepto en peso extremadamente bajo

- A. Manteniendo bajo peso P.33 = 1 o 2
- B. Miedo intenso a aumentar de peso: P.27, puntúa: 4, 5 o 6 (cada mes en los últimos 3 meses)
- C. Preocupación por el peso, talla o figura: P.25 o 26 o 30 puntúa: 4, 5 o 6 (cada mes en los últimos 3 meses)
- D. Normopeso

**TCANE 3:** Bulimia nerviosa, en la que atracones y conductas compensatorias son poco frecuentes.

- A. Episodios de sobreingesta: P.9 > 0 cada mes (episodios bulímicos objetivos en los últimos 3 meses)
- B. Conductas compensatorias:
  - a. Vómitos, laxantes o diuréticos: P. 14, 15 o 16 < 8 (cada mes en los últimos 3 meses)
  - b. Restricción o ejercicio: P.10 = 1 o 2 o P. 17 < 20 (cada mes en los últimos 3 meses)
- C. Episodios de sobreingesta: P.9 (episodios bulímicos objetivos) < 8 (cada mes en los últimos 3 meses)
- D. Preocupación por el peso o la silueta: P. 25 o P. 26 o P.30 = 4, 5 o 6 (cada mes en los últimos 3 meses)
- E. Que no cumpla criterio AN
- F. Que no haya infrapeso.

**Nota** criterios A y C: no se cumple que sobreingesta  $\geq 8$  (C); sólo que es mayor a 0 (A), por tanto P. 9 episodios objetivos estará entre 1 y 7 criterio B: conductas compensatorias poco frecuentes

---

**TCANE 4:** Conductas compensatorias posteriores a poca ingesta.

- A/C. Episodios de sobreingesta: P.9 = 0 cada mes (episodios bulímicos objetivos en los últimos 3 meses)
- B. Conductas compensatorias:
  - a. Vómitos, laxantes o diuréticos: P. 14, 15 o 16  $\geq 8$  (cada mes en los últimos 3 meses)
  - b. Restricción o ejercicio: P.10 = 1 o 2 o P. 17  $\geq 20$  cada mes en los últimos 3 meses)
- D. Preocupación por el peso o la silueta: P. 25 o P. 26 o P.30 = 4, 5 o 6 (cada mes en los últimos 3 meses)
- E. Que no cumpla criterio AN
- F. Que haya normopeso.
- G. Episodios de sobreingesta: P.9 (episodios bulímicos subjetivos)  $\geq 8$  cada mes en los últimos 3 meses)

**Nota** criterios A/C: no hay sobreingesta (episodios objetivos = 0), pero sí episodios subjetivos

---

**TCANE 6:** Presencia de atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inadecuada típica de la bulimia nerviosa (Trastorno por atracón).

- A. Episodios de sobreingesta: P.9 > 0 cada mes (episodios bulímicos objetivos en los últimos 3 meses)
- B. Conductas compensatorias:
  - a. Vómitos, laxantes o diureticos: P. 14, 15 o 16 < 8 cada mes en los últimos 3 meses)
  - b. Restricción o ejercicio: P.10 = 0 o P. 17 < 20 (cada mes en los últimos 3 meses)
- C. Episodios de sobreingesta: P.9 (episodios bulímicos objetivos)  $\geq 8$  (cada mes en los últimos 6 meses)
- D. Preocupación por el peso o la silueta: P. 25 o P. 26 o P.30 = 4, 5 o 6 (cada mes en los últimos 3 meses)
- E. Que no cumpla criterio AN
- F. Que no haya infrapeso

**Nota:** Criterio B: no se cumple conductas compensatorias frecuentes

---

### **5.3. Procedimiento**

La realización del estudio se llevó a cabo en el estado de Nayarit de México, y colaboraron la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Educación, la Secretaría de Salud, y la Universidad Autónoma de Nayarit, que también incluye la participación del Comité de Ética de la Secretaría de Salud.

Se acudió a las escuelas participantes para establecer un calendario, explicándoles el procedimiento para las aplicaciones y solicitándoles lugares apropiados para la toma de peso y talla de los chicos, para las aplicaciones de los cuestionarios (anexo D) y posteriormente para la aplicación de la entrevista. A los progenitores de los adolescentes de la muestra, por escrito, se les solicitó permiso previo para la aplicación de los cuestionarios (anexo E) y a los adolescentes se les solicitó en forma oral, exponiéndoles que su participación sería voluntaria, que sus datos serían tratados de forma confidencial, indicándoles que no dejaran ninguna pregunta sin contestar y que no había respuestas ni buenas ni malas.

Respecto a la fase 1, se realizaron las aplicaciones de los cuestionarios durante las horas de clase y los participantes contestaron los cuestionarios en papel y lápiz en los mismos centros educativos. Se presentaron algunas dudas sobre preguntas que no les quedaban claras a los participantes en algún cuestionario por cuestiones de semántica que se aclararon en ese mismo momento. La toma de las medidas de peso y altura se llevó a cabo de forma privada e individualmente; para ello, se le pedía al participante que se quedara vestido con las prendas esenciales (pantalón, camiseta), quitándose los accesorios y el calzado. Las aplicaciones se llevaron a cabo de enero a noviembre de 2012.

En la segunda fase, las entrevistas a los participantes seleccionados fueron realizadas en los mismos centros educativos en los horarios habituales de asistencia a clases, de forma individual y privada cara a cara. En las zonas rurales se realizaron en las aulas y concretamente en la Sierra se buscaron lugares lo más adecuados posibles. Estas entrevistas se llevaron a cabo entre marzo y septiembre de 2013. Personal de la UAIC (Unitat d'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal) de la UAB (Universitat Autònoma de Barcelona) proporcionó el entrenamiento para la administración de la entrevista EDE a la doctoranda, que a su vez hizo lo propio con los entrevistadores, que tenían formación

educativa de licenciatura. Los entrevistadores, justo después de cada entrevista, procedían a realizar los diagnósticos. Éstos luego se compararon con los realizados por la doctoranda de forma independiente. Posteriormente se realizó una tercera revisión por una persona experta en TCA. Para realizar dichos diagnósticos se siguieron los criterios mostrados en la tabla 17.

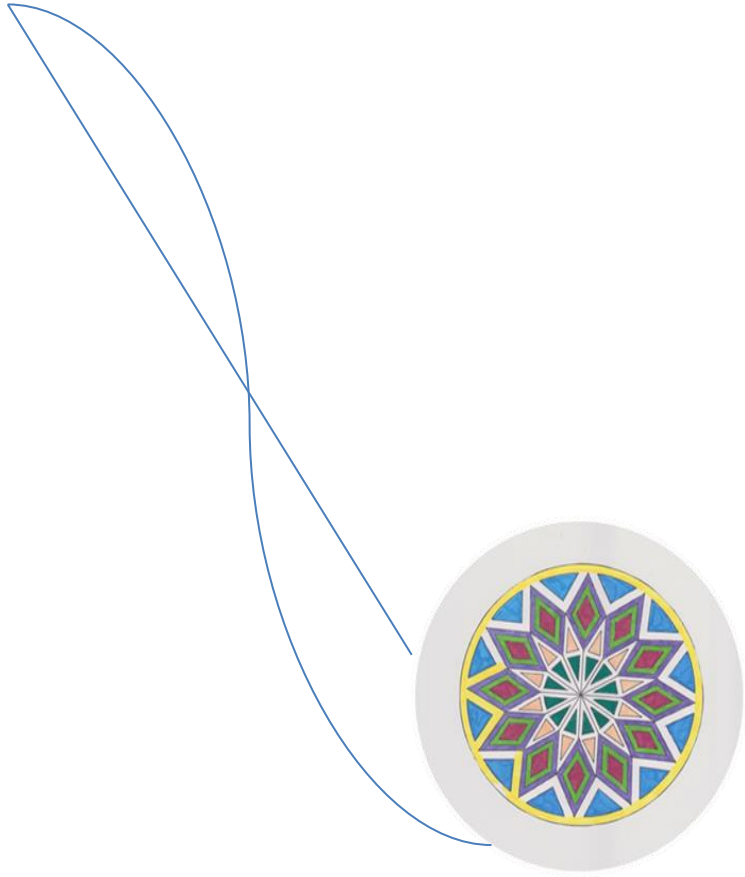
#### **5.4. Análisis estadísticos**

El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS19 (SPSS, 2010). Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, los antecedentes familiares, autovaloraciones, la influencia del modelo estético corporal (CIMEC), la conducta alimentaria (EAT/EDE-Q), el IMC y el estatus de peso. Estas variables se compararon en función del sexo y del área de origen (Objetivo 1). Las variables cuantitativas se compararon con la prueba t de Student y las variables categóricas se compararon con la prueba ji-cuadrado; para estas últimas también se calculó la razón de riesgos.

La prevalencia de los trastornos alimentarios (Objetivo 2) se calculó con la razón entre el número de casos de cada trastorno identificado en la fase 2 y la  $n$  de la muestra total. Se utilizó la prueba de ji-cuadrado para comparar las prevalencias en función del sexo y del área de origen y se calculó la razón de riesgos.

La comparación de los resultados obtenidos en la fase 1 (posible caso EAT/EDE-Q; posible control) y en la entrevista diagnóstica de la fase 2 (sin TCA; con TCA) se realizó con la prueba de ji-cuadrado (Objetivo 3). Se calculó la sensibilidad y la especificidad conjuntas de ambos instrumentos de cribado (EAT y EDE-Q).

Para estudiar la asociación entre: (i) la presencia de TCA y las variables asociadas con estos trastornos (Objetivo 4) y (ii) entre la presencia de obesidad y sobrepeso y el diagnóstico de BN, TCANE 3, 4 y 6 (Objetivo 5) se realizó la prueba t de Student para las variables cuantitativas, la prueba ji-cuadrado para las variables categóricas y, para estas últimas, se cálculo la razón de riesgos.



## **6. RESULTADOS**





### **6.1. Selección y descripción de los participantes de la fase 1**

En la figura 4 se muestra el proceso para la selección de los participantes de esta primera fase. El primer criterio utilizado fue la división de los 20 municipios que conforman el Estado de Nayarit (como se ha mencionado con más detalle en el apartado que trata de la selección de la muestra de la fase 1). De cada región se han seleccionado dos municipios, con la excepción de la región Costa Norte para la que se han seleccionado los tres municipios que la integran por presentar características muy contrastadas. Se consideraron 31 escuelas, pero 4 no aceptaron participar. En tres de las instituciones no se encontraban presentes las autoridades previamente contactadas y el personal no tenía conocimiento de la investigación, por lo que no se nos permitió realizar las aplicaciones; la otra escuela no aceptó por la experiencia de un estudio previo, en la que otros investigadores no guardaron el anonimato de los participantes. Finalmente en la muestra de la primera fase participan 27 instituciones y la muestra constó de 2452 participantes, 1144 chicos y 1308 chicas.

De la muestra inicial de 2452 participantes, se excluyeron los datos de 3 personas por ser mayores de 20 años. Por ello, la muestra final consta de 2449 participantes, 1142 chicos (46,6%) y 1307 chicas (53,4%) con edades comprendidas entre los 11 y 20 años ( $M = 15,52$ ;  $DE = 1,79$ ), todos ellos estudiantes de educación secundaria y de bachillerato, con un nivel socioeconómico de un 34,2% bajo, 23,1% medio-bajo, 16,6 % medio, 16,9% medio- alto y 9,1 % alto. Un 84,8% pertenecen al ámbito urbano y un 15,2% al rural (tabla 18).

Figura 4. Proceso de participación en la fase 1

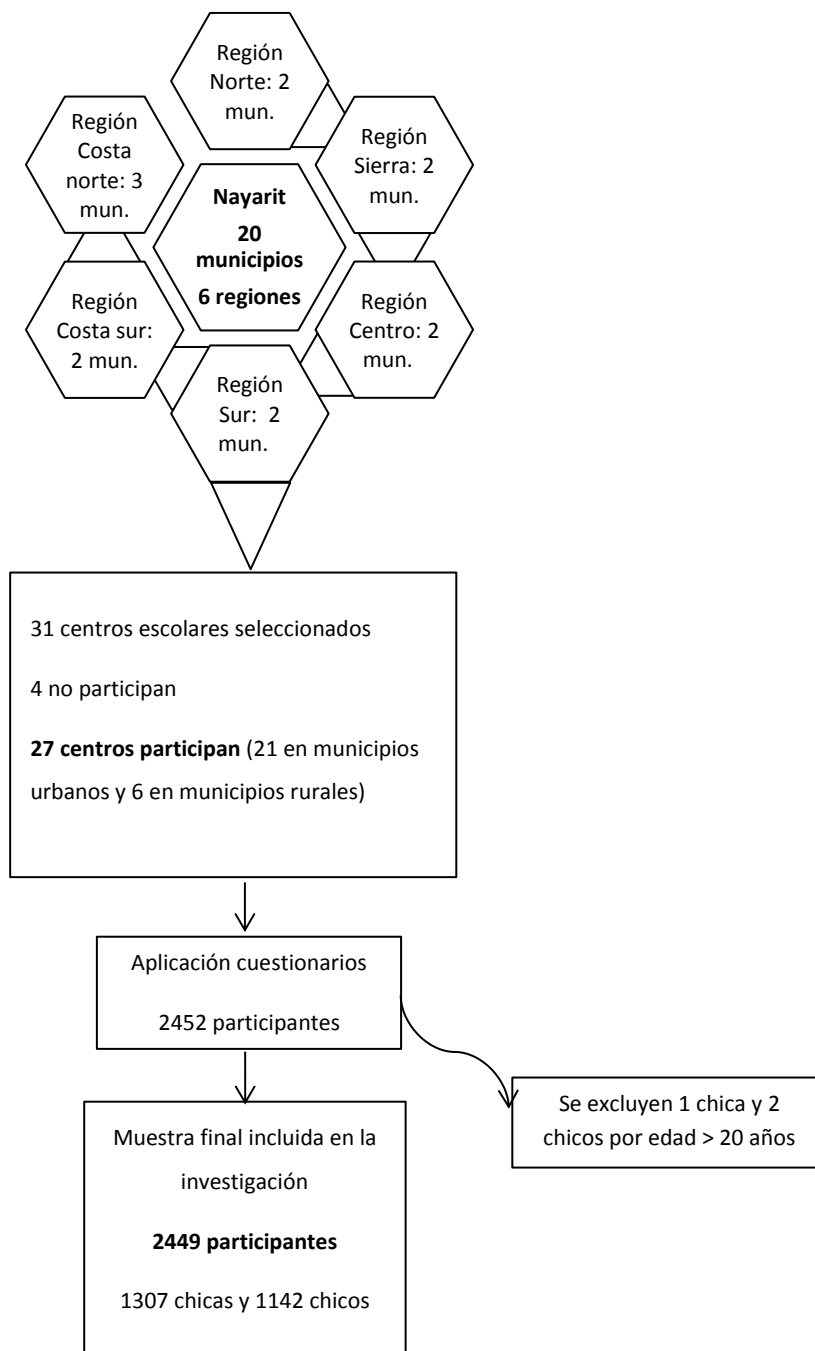




Tabla 18. Características sociodemográficas (Fase 1;  $n = 2449$ )

Variables		Chicas ( $n = 1307$ )		Chicos ( $n = 1142$ )	
Edad; $M (DE)$		15,5 (1,8)			
		$n$	%	$n$	%
Nivel de educación escolar	1° secundaria	220	16,8	242	21,2
	2° secundaria	124	9,5	116	10,2
	3° secundaria	46	3,5	42	3,7
	1° bachillerato	349	26,7	297	26,0
	2° bachillerato	288	22,0	226	19,8
	3° bachillerato	244	18,7	192	16,8
	Sin datos de nivel	36	2,8	27	2,4
Tipo de escuela	Privada	56	4,3	32	2,8
	Pública	1251	95,7	1110	97,2
Región	Norte	58	4,4	61	5,3
	Sierra	120	9,2	134	11,7
	Centro	413	31,6	390	34,2
	Sur	276	21,1	211	18,5
	Costa norte	267	20,4	200	17,5
	Costa sur	173	13,2	146	12,8
Área	Rural	178	13,6	195	17,1
	Urbano	1129	86,4	947	82,9
Lugar de nacimiento	México	1141	87,3	986	86,3
	Estados Unidos	141	10,8	138	12,1
	Europa	18	1,4	16	1,4
	Sin datos de lugar	7	0,5	2	0,2
Nivel socioeconómico (Promedio padre y madre)	Bajo	470	36,0	362	31,7
	Medio Bajo	309	23,6	254	22,2
	Medio	211	16,1	192	16,8
	Medio alto	202	15,5	210	18,4
	Alto	108	8,3	114	10,0
	Sin datos de nivel	7	0,5	10	0,9
IMC; $M (DE)$		22,67	(4,59)	22,56	(4,69)

En la Tabla 19 se muestra con más detalle la titularidad, ubicación y ámbito geográfico de los centros que participaron en la investigación, así como el número y porcentaje de alumnos de cada uno. Por razones de confidencialidad, no se muestra el nombre de dichas escuelas.

Tabla 19. Resumen de los centros escolares participantes

Área	Región	Municipio	Escuela	Nivel de educación	Nº alumnos	%
Rural	Norte	Acaponeta	A1	Secundaria	57	2,3
		Rosamorada	R1	Bachillerato/Preparatoria	62	2,5
	Sierra	Huajicori	H1	Secundaria	47	1,9
			H2	Bachillerato/Preparatoria	87	3,6
		El Nayar	EN1	Bachillerato/Preparatoria	76	3,1
			EN2	Bachillerato/Preparatoria	44	1,8
	Urbano	Centro	Tepic	Tpc1	Secundaria	73
Tpc2				Secundaria	54	2,2
Tpc3				Secundaria	97	4,0
Tpc4				Bachillerato/Preparatoria	260	10,6
Tpc5*				Bachillerato/Preparatoria	88	3,6
Tpc6				Bachillerato/Preparatoria	125	5,1
Xalisco			X1	Secundaria	106	4,3
Sur		Sta. María del Oro	SMO1	Secundaria	67	2,7
			SMO2	Bachillerato/Preparatoria	55	2,2
		Ixtlán del Río	IR1	Secundaria	40	1,6
			IR2	Bachillerato/Preparatoria	224	9,1
			IR3	Bachillerato/Preparatoria	101	4,1
			SB2	Secundaria	63	2,6
Costa Norte		San Blas	SB1	Bachillerato/Preparatoria	65	2,7
		Santiago Ixcuintla	SI1	Secundaria	75	3,1
			SI2	Bachillerato/Preparatoria	141	5,8
		Tecuala	Tcl1	Bachillerato/Preparatoria	123	5,0
Costa Sur	Compostela	C1	Secundaria	61	2,5	
		C2	Bachillerato/Preparatoria	87	3,6	
	Bahía de Banderas	BB1	Secundaria	113	4,6	
		BB2	Bachillerato/Preparatoria	58	2,4	
Total	6	13	27		2449	100,0

\* Centro privado

## 6.2. Diferencias en función del sexo y el área de residencia de la muestra total

Las chicas presentan mayor frecuencia de antecedentes de obesidad y AN que los chicos ( $p \leq ,043$ ). Asimismo las chicas se perciben con más sobrepeso y obesidad ( $p = ,001$ ). Tanto las chicas como los chicos consideran tener una salud regular aunque en el sexo femenino es mayor. Las chicas manifiestan mayores porcentajes en las emociones de tristeza y enojo y los chicos en alegría. Al elegir entre los aspectos de “inteligencia”, “salud” y estar “delgado”, las chicas presentan mayor porcentaje en “estar delgado” y los chicos en “inteligencia”. Los chicos se sienten más satisfechos con ellos mismos que las chicas ( $p = ,028$ ) (tabla 20a).

Tabla 20a: Antecedentes, aspectos personales y estado nutricional en ambos sexos

		Femenino		Masculino		$\chi^2$	$p$	RR*
		$n$	%	$n$	%			
Antecedentes	Obesidad	523	40,20%	412	36,20%	4,10	<b>,043</b>	1,11
	Anorexia	49	3,75%	24	2,11%	5,72	<b>,017</b>	1,78
	Bulimia	26	1,99%	14	1,23%	2,20	,138	1,62
Salud	Buena	810	62,16%	823	72,26%	28,71	<b>&lt;,001</b>	
	Mala	24	1,84%	20	1,76%			
	Regular	469	35,99%	296	25,99%			
Emociones	Tristeza	123	9,45%	48	4,21%	30,25	<b>&lt;,001</b>	
	Alegría	1018	78,19%	966	84,74%			
	Enojo	46	3,53%	26	2,28%			
	Otras	115	8,83%	100	8,77%			
Percepción del peso	Bajo peso	98	7,53%	94	8,26%	34,14	<b>&lt;,001</b>	
	Normal	733	56,34%	757	66,52%			
	Poco sobrepeso	384	29,52%	238	20,91%			
	Mucho sobrepeso	86	6,61%	49	4,31%			
Aspectos	Inteligencia	230	17,83%	275	24,27%	20,05	<b>&lt;,001</b>	
	Salud	982	76,12%	816	72,02%			
	Estar delgado/a	78	6,05%	42	3,71%			
Satisfacción	Sí	920	70,66%	951	83,71%	57,93	<b>&lt;,001</b>	1,18
Estado nutricional	Infrapeso	91	7,14%	50	4,49%	9,13	<b>,028</b>	
	Normopeso	785	61,57%	680	61,04%			
	Sobrepeso	271	21,25%	255	22,89%			
	Obesidad	128	10,04%	129	11,58%			

Respecto al CIMEC, las chicas obtuvieron puntuaciones estadísticamente más altas tanto en la puntuación total como en todos los factores ( $p < ,001$ ) y, por tanto, más desfavorables en las medidas del modelo estético corporal. En las actitudes alimentarias alteradas (CHEAT/EAT) las mujeres presentan una mayor distorsión y en el EDE-Q muestran asimismo una preocupación mayor por la comida, el peso y la figura ( $p \leq ,001$ ) (tabla 20b).

Tabla 20b: Descriptivos en función de los cuestionarios CIMEC, CHEAT/EAT y EDE-Q en ambos sexos

Test	Escala	Femenino		Masculino		t	p
		M	DE	M	DE		
CIMEC	Total	14,28	12,42	8,01	8,61	14,65	<b>&lt;,001</b>
	factor 1	5,08	4,65	2,82	3,25	14,07	<b>&lt;,001</b>
	factor 2	3,07	4,11	1,57	2,81	10,63	<b>&lt;,001</b>
	factor 3	1,75	1,76	1,05	1,05	10,89	<b>&lt;,001</b>
	factor 4	2,70	2,16	1,33	1,63	17,90	<b>&lt;,001</b>
	factor 5	1,86	1,60	1,31	1,31	9,16	<b>&lt;,001</b>
CHEAT/EAT	Total	7,69	10,89	6,26	6,26	3,42	<b>,001</b>
EDE-Q	Global	0,15	0,36	0,05	0,22	8,69	<b>&lt;,001</b>
	Restricción	0,86	1,15	0,53	0,89	8,05	<b>&lt;,001</b>
	Preocupación	1,34	1,28	0,72	0,86	14,29	<b>&lt;,001</b>

La tabla 20c muestra las conductas alteradas de alimentación en ambos sexos medidas con el EDE-Q. Las chicas presentan mayor porcentaje de restricción dietética, vómito autoinducido y el uso de laxantes, mientras que los chicos utilizan el ejercicio físico como estrategia de control de peso significativamente más a menudo que las chicas ( $p \leq ,027$ ). No hubo diferencias en cuanto a los episodios bulímicos objetivos ( $p \geq ,331$ ), aunque ambos sexos presentan porcentajes elevados.

Tabla 20c: Conductas alteradas de alimentación en ambos sexos

Frecuencia semanal	Conducta alimentaria	N	Femenino	N	Masculino	$\chi^2$	$p$	RR*
Alguna (1)	Restricción dietética	270	20,66%	138	12,08%	32,27	<b>&lt;,001</b>	1,71
	Episodio bulímico objetivo	412	31,57%	354	31,03%	0,08	,772	1,02
	Episodio bulímico subjetivo	215	16,48%	140	12,26%	8,73	<b>,003</b>	1,34
	Vómito autoinducido	67	5,13%	32	2,80%	8,51	<b>,004</b>	1,83
	Laxante	53	4,06%	28	2,45%	4,9	<b>,027</b>	1,65
	Diurético	40	3,07%	33	2,89%	0,06	,799	0,94
	Ejercicio	300	22,99%	328	28,72%	10,49	<b>,001</b>	0,80
Regular ( $\geq 2$ )	Restricción dietética	79	6,04%	42	3,68%	7,27	<b>,007</b>	1,64
	Episodio bulímico objetivo	264	20,23%	213	18,67%	0,95	,331	1,08
	Episodio bulímico subjetivo	16	1,23%	7	0,61%	2,46	,117	2,00
	Vómito autoinducido	45	3,45%	15	1,31%	11,58	<b>,001</b>	2,62
	Laxante	36	2,76%	14	1,23%	7,12	<b>,008</b>	2,25
	Diurético	28	2,15%	13	1,14%	3,75	,053	1,88
	Ejercicio	230	17,62%	278	24,34%	16,71	<b>&lt;,001</b>	0,72
Extremo	Restricción dietética	48	3,67%	18	1,58%	10,21	<b>,001</b>	2,33
	Ejercicio	97	7,43%	121	10,60%	7,51	<b>,006</b>	0,70

\* Categoría de referencia: sexo masculino

En cuanto a las comparaciones en función del área de residencia, se observa que en el área urbana los porcentajes de antecedentes de obesidad son más altos que en el área rural, así como la percepción del peso considerando el bajo peso, sobrepeso y obesidad ( $p \leq ,002$ ). En el estado nutricional los valores de infrapeso, sobrepeso y obesidad también son más altos en el área urbana ( $p = ,005$ ). Por otra parte el área rural presenta porcentajes más altos en la percepción de una salud regular ( $p < ,001$ ) (tabla 21a).

Tabla 21a: Antecedentes, consideraciones personales y estado nutricional en las áreas rural y urbana

Medidas		Rural		Urbano		$\chi^2$	<i>p</i>	RR*
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Antecedentes	Obesidad	112	30,11%	823	39,82%	12,57	<b>&lt;,001</b>	1,00
	Anorexia	9	2,41%	64	3,09%	0,50	,480	1,28
	Bulimia	6	1,61%	34	1,64%	0,00	,965	1,02
Salud	Buena	202	54,30%	1431	69,13%	32,24	<b>&lt;,001</b>	
	Mala	7	1,88%	37	1,79%			
	Regular	163	43,82%	602	29,08%			
Emociones	Tristeza	25	6,76%	146	7,05%	0,99	,802	
	Alegría	303	81,89%	1681	81,13%			
	Enojo	13	3,51%	59	2,85%			
	Otras	29	7,84%	186	8,98%			
Percepción peso	Bajo peso	22	5,91%	170	8,22%	14,59	<b>,002</b>	
	Normal	260	69,89%	1230	59,51%			
	Poco sobrepeso	72	19,35%	550	26,61%			
	Mucho sobrepeso	18	4,84%	117	5,66%			
Aspectos	Inteligencia	76	20,7%	429	20,9%	0,01	,993	
	Salud	274	74,5%	1524	74,2%			
	Estar delgado/a	18	4,9%	102	5,0%			
Satisfacción	Sí	281	75,3%	1590	77,0%	0,49	,484	1,02
Estado nutricional	Infrapeso	18	4,8%	123	6,1%	12,66	<b>,005</b>	
	Normopeso	258	69,2%	1207	59,9%			
	Sobrepeso	60	16,1%	466	23,1%			
	Obesidad	37	9,9%	220	10,9%			

\* Categoría de referencia: área rural

\*\* Restricción dietética extrema ( $\geq 3$ /semana)

\*\*\* Ejercicio extremo ( $\geq 5$ /semana)

Tabla 21b: Descriptivos en función de los cuestionarios CIMEC, CHEAT/EAT y EDE-Q en las áreas rural y urbana

Test	Escala	Rural		Urbano		t	p
		M	DE	M	DE		
CIMEC	Total	11,58	11,34	11,31	11,24	0,416	,678
	factor 1	3,92	4,06	4,05	4,24	-0,513	,608
	factor 2	2,68	3,75	2,32	3,62	1,749	,080
	factor 3	1,45	1,61	1,42	1,66	0,291	,771
	factor 4	1,99	1,86	2,08	2,08	-0,799	,425
	factor 5	1,64	1,67	1,6	1,51	0,433	,665
CHEAT/EAT	Total	6,21	8,18	7,17	10,78	-1,985	<b>,048</b>
EDE-Q	Global	0,05	0,21	0,11	0,32	-5,332	<b>&lt;,001</b>
	Restricción	0,50	0,83	0,74	1,08	-4,946	<b>&lt;,001</b>
	Preocupación	0,77	0,94	1,10	1,17	-6,096	<b>&lt;,001</b>

Tabla 21c: Conductas alteradas de alimentación en las áreas rural y urbana

Frecuencia semanal	Conducta alimentaria	N	Rural	N	Urbano	$\chi^2$	p	RR*
Alguna (1)	Restricción dietética	69	18,50%	339	16,33%	1,07	,301	0,88
	Episodio bulímico objetivo	105	28,23%	661	31,87%	1,95	,163	1,13
	Episodio bulímico subjetivo	59	15,86%	296	14,27%	0,65	,421	0,90
	Vómito autoinducido	18	4,83%	81	3,90%	0,69	,405	0,81
	Laxante	13	3,49%	68	3,28%	0,05	,829	0,94
	Diurético	17	4,56%	56	2,70%	3,77	,052	0,59
	Ejercicio	97	26,01%	531	25,60%	0,03	,870	0,98
Regular ( $\geq 2$ )	Restricción dietética	19	5,09%	102	4,91%	0,02	,882	0,96
	Episodio bulímico objetivo	53	14,25%	424	20,44%	7,71	<b>,005</b>	1,43
	Episodio bulímico subjetivo	3	0,81%	20	0,96%	0,08	,772	1,20
	Vómito autoinducido	8	2,14%	52	2,51%	0,17	,678	1,17
	Laxante	4	1,08%	46	2,22%	2,05	,152	2,06
	Diurético	7	1,88%	34	1,64%	0,11	,742	0,87
	Ejercicio	62	16,62%	446	21,50%	4,58	<b>,032</b>	1,29
Extremo	Restricción dietética **	9	2,41%	57	2,75%	0,13	,715	1,14
	Ejercicio ***	21	5,63%	197	9,50%	5,83	<b>,016</b>	1,69

\* Categoría de referencia: área rural

\*\* Restricción dietética extrema ( $\geq 3$ /semana); \*\*\* Ejercicio extremo ( $\geq 5$ /semana)

Las puntuaciones de preocupación por la comida, el peso y la figura así como la conducta restrictiva y las actitudes alteradas presentan valores más altos en el área urbana ( $p \leq ,048$ ). En la influencia del modelo estético corporal no hubo diferencias entre el área urbana y rural ( $p \geq ,080$ ) (tabla 21b).

En la tabla 21c se muestran las frecuencias de ocurrencia de conductas alteradas de alimentación. Solo se hallaron valores significativamente más altos en el área urbana en la conducta de episodios bulímicos objetivos y en el ejercicio físico extremo ( $p \leq ,016$ ). Para el resto de conductas no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas áreas ( $p \geq ,052$ ).

### **6.3. Selección y descripción de los participantes de la fase 2**

Para la segunda fase se seleccionaron 693 personas: 366 que superaron el punto de corte del CHEAT ( $n = 208$ ) o de las medidas del EDE-Q (según criterios DSM-IV-TR, 2000) ( $n = 239$ ) fueron seleccionadas como posibles casos. Asimismo se escogió un porcentaje similar (14,9%) de posibles controles, entre los participantes que no superaron los puntos de corte del CHEAT ni de las medidas del EDE-Q, siendo 327. De estos seleccionados se tuvo en cuenta que fueran representativos de la muestra total en cuanto a las diferentes variables sociodemográficas. A todos ellos se les administró como instrumento diagnóstico la entrevista semi-estructurada EDE (*Eating Disorder Examination*) diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN, a fin de confirmar o descartar el diagnóstico de TCA.

De las 693 entrevistas previstas, se pasaron finalmente 646. Las 47 restantes no se pudieron hacer porque 18 alumnos se cambiaron de escuela, 17 abandonaron los estudios y 12 no se presentaron en los momentos de las aplicaciones. Los datos demográficos de los participantes de esta segunda fase se presentan en la tabla 22.



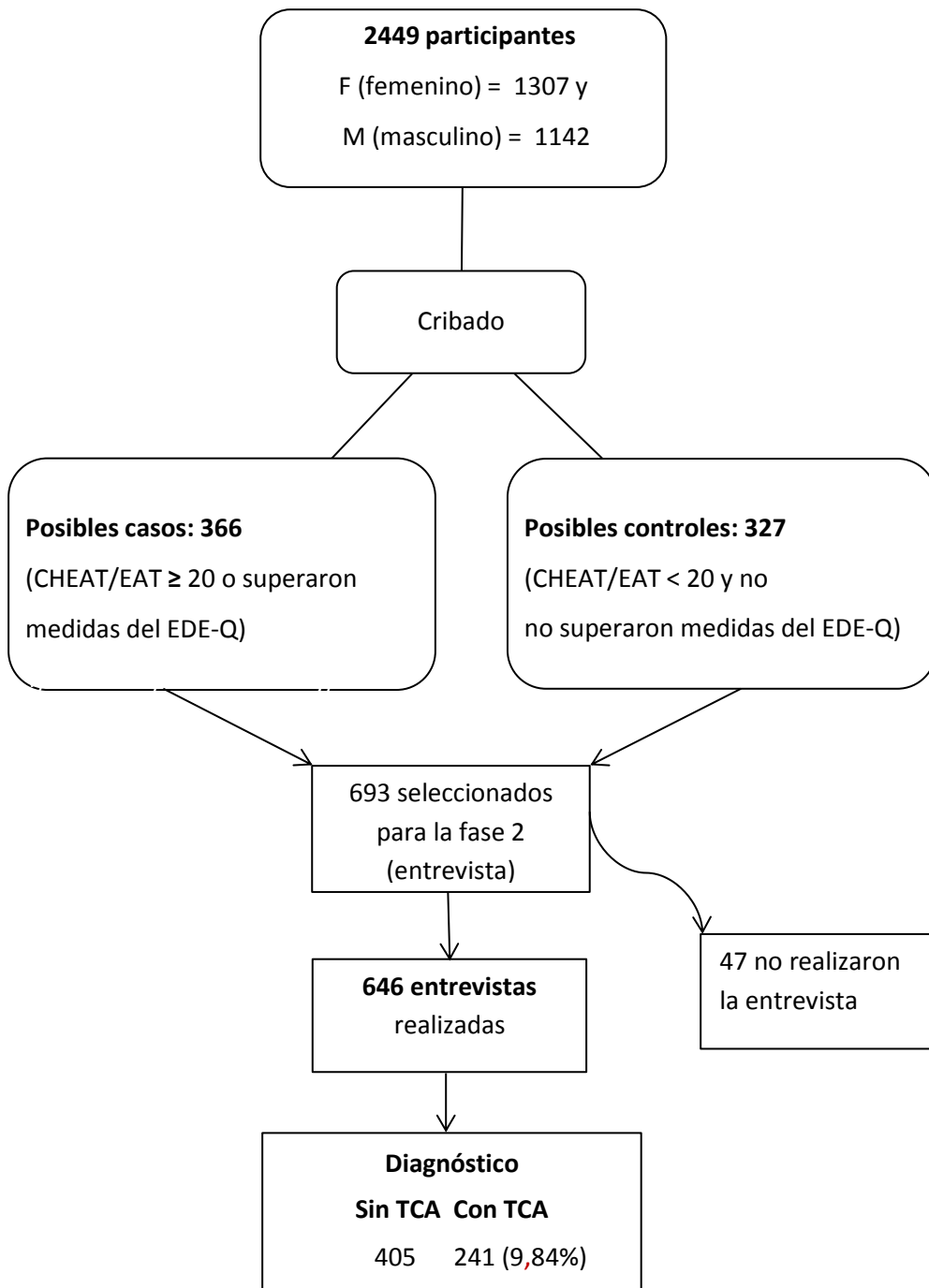
Tabla 22. Características sociodemográficas (Fase 2; n= 646)

Variables		Chicas (N = 361)		Chicos (N = 285)	
Edad; M (DE)		16.3 (2.0)			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nivel de educación escolar	Secundaria	134	37,1	138	48,4
	Bachillerato/Preparatoria	227	62,9	147	51,6
Tipo de escuela	Privada	12	3,3	7	2,5
	Pública	349	96,7	278	97,5
Región	Norte	13	3,6	11	3,9
	Sierra	20	5,5	33	11,6
	Centro	111	30,7	95	33,3
	Sur	73	20,2	44	15,4
	Costa norte	75	20,8	51	17,9
	Costa sur	69	19,1	51	17,9
Área	Rural	33	9,1	44	15,4
	Urbano	328	90,9	241	84,6
Lugar de nacimiento	México	300	83,3	238	83,5
	Estados Unidos	56	15,6	41	14,4
	Europa	4	1,1	6	2,1
Nivel socioeconómico (Promedio padre y madre)	Bajo	123	34,2	86	30,6
	Medio Bajo	96	26,7	63	22,4
	Medio	59	16,4	51	18,1
	Medio alto	55	15,3	57	20,3
	Alto	27	7,5	24	8,5
Estado nutricional	Infrapeso	24	6,6	27	9,5
	Normopeso	210	58,2	169	59,3
	Sobrepeso	81	22,4	59	20,7
	Obesidad	46	12,7	30	10,5
IMC; M (DE)		23,52	(4,88)	22,31	(4,94)

#### 6.4. Diagnóstico y prevalencia de TCA

Una vez terminadas las entrevistas se llevó a cabo la realización de los diagnósticos de acuerdo con los criterios DSM-IV-TR (figura 5).

Figura 5. Proceso de cribado, entrevista de la fase 2 y diagnósticos según criterios DSM-IV-TR



Nuestros resultados muestran una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria del 9,84%. La prevalencia de AN es de 0,45%, de BN es de 2,8% y de TCANE es

de 6,6%. En la tabla 23 se presentan con más detalle las prevalencias de cada subtipo de TCA para la muestra total.

Tabla 23. Prevalencia de TCA según criterios diagnósticos DSM-IV-TR ( $n = 2449$ )

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR	N° de casos	Prevalencia (%)	IC 95%	
TCA (total AN, BN y TCANE)	241	9,84	8,72	11,08
Anorexia nerviosa (total)	11	0,45	0,25	0,80
AN subtipo purgativo	3	0,12	0,04	0,36
AN subtipo restrictivo	8	0,33	0,17	0,64
Bulimia nerviosa (total)	69	2,82	2,23	3,55
BN subtipo no purgativo	42	1,71	1,27	2,31
BN subtipo purgativo	27	1,10	0,76	1,60
TCANE (total)	161	6,57	5,66	7,63
TCANE 2	10	0,41	0,22	0,75
TCANE 3	109	4,45	3,7	5,34
TCANE 4	11	0,45	0,25	0,80
TCANE 6	31	1,27	0,89	1,79

### 6.5. Comparación de prevalencias en función del sexo y el área de residencia

En la tabla 24a podemos observar que en función del sexo, la prevalencia de TCA es significativamente mayor en el sexo femenino (12,7%) que en el masculino (6,6%) ( $RR = 1,93$ ) ( $p < ,001$ ). La prevalencia de BN es mayor que la de AN, y mayor en chicas que en chicos ( $RR = 2,67$ ). Asimismo los TCANE tienen una prevalencia mayor que la BN y la de AN, tanto en chicas como en chicos ( $RR = 1,83$ ). Por subtipos de TCANE, en ambos sexos los valores más altos se presentan en el TCANE 3 y es mayor en el sexo femenino (5,9%). En todos los subtipos de TCA son más altos los valores en el sexo femenino ( $RR \geq 1,31$ ) con excepción del TCANE 4 que es muy similar en ambos sexos ( $RR = 1,05$ ) y la AN restrictiva que es mayor en el sexo masculino ( $RR = 0,52$ ) (tabla 24a).

Con referencia a la prevalencia en función del tipo de área, se observa una diferencia significativa entre ambos contextos ( $p = ,002$ ). Las zonas urbanas muestran una prevalencia global del 10,65% y las rurales sólo del 5,36% ( $RR = 1,99$ ). En los subtipos de

TCA el área urbana presenta valores más altos en el TCANE 3 (RR = 2,62) y el área rural mayor prevalencia de TCANE 6 (RR = 0,38) (tabla 24b).

Tabla 24a: Prevalencias de TCA en ambos sexos

		Femenino		Masculino		$\chi^2$	<i>p</i>	RR
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Diagnóstico	TCA	166	12,70%	75	6,57%	25,84	<b>&lt;,001</b>	1,93
Tipo TCA	AN	5	0,38%	6	0,53%	29,52	<b>&lt;,001</b>	0,73
	BN	52	3,98%	17	1,49%			2,67
	TCANE	109	8,34%	52	4,55%			1,83
Subtipo TCA	AN purgativa	2	0,15%	1	0,09%	21,20	<b>&lt;,001</b>	1,75
	AN restrictiva	3	0,23%	5	0,44%			0,52
	BN no purgativa	32	2,45%	10	0,88%			2,80
	BN purgativa	20	1,53%	7	0,61%			2,50
	TCANE2	6	0,46%	4	0,35%			1,31
	TCANE3	77	5,89%	32	2,80%			2,10
	TCANE4	6	0,46%	5	0,44%			1,05
	TCANE6	20	1,53%	11	0,96%			1,59

Tabla 24b: Prevalencia de TCA en el área rural y urbana

		Rural		Urbano		$\chi^2$	<i>p</i>	RR*
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Diagnóstico	TCA	20	5,36%	221	10,65%	9,95	<b>,002</b>	1,99
Tipo TCA	AN	0	0%	11	0,53%	13,13	<b>,004</b>	n.a.
	BN	2	0,54%	67	3,23%			6,02
	TCANE	18	4,83%	143	6,89%			1,43
Subtipo TCA	AN_purgativa	0	0%	3	0,14%	27,00	<b>,001</b>	n.a.
	AN_restrictiva	0	0%	8	0,39%			n.a.
	BN_no-purgativa	2	0,54%	40	1,93%			3,59
	BN_purgativa	0	0%	27	1,30%			n.a.
	TCANE2	0	0%	10	0,48%			n.a.
	TCANE3	7	1,88%	102	4,91%			2,62
	TCANE4	1	0,27%	10	0,48%			1,80
	TCANE6	10	2,68%	21	1,01%			0,38

\* Categoría de referencia: área rural y ausencia de trastorno; n.a.: no aplicable ya que una de las celdas tiene valor 0

### 6.6. Eficacia de los instrumentos de cribado usados

Se encontró una sensibilidad de 72,2% y una especificidad de 60,0% teniendo en cuenta los 646 participantes entrevistados al considerar en conjunto los cuestionarios CHEAT/EAT y EDE-Q como instrumentos de cribado respecto al diagnóstico mediante la entrevista diagnóstica EDE (tabla 25).

Tabla 25: Sensibilidad y especificidad de los cuestionarios CHEAT/EAT y EDE-Q en conjunto

Fase 1 (cribado)	Fase 2 (entrevista)				Total <i>n</i>
	Sin TCA		Con TCA		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Posible caso	162	40,0%	174	<b>72,2%</b>	336
Posible control	243	<b>60,0%</b>	67	27,8%	310
Total	405	100,0%	241	100,00%	646

### 6.7. Asociación de diversos aspectos con la presencia de TCA

El grupo con TCA presenta diferencias en la mayoría de los diversos aspectos considerados con respecto al grupo sin TCA. En los participantes con TCA se hallaron porcentajes más altos en los antecedentes de obesidad ( $RR = 1,23$ ;  $p = ,033$ ) y en la percepción de sobrepeso y obesidad ( $p \leq ,001$ ). Con referencia a las emociones los porcentajes más altos se concentran en la tristeza y el enojo y, en cambio, en los participantes sin TCA el porcentaje más alto se concentra en la alegría. Los participantes con TCA se muestran menos satisfechos consigo mismos que los que no padecen un TCA ( $RR = 0,71$ ;  $p = ,001$ ) (tabla 26a).

Como se puede ver a partir de las puntuaciones medias del CIMEC, los participantes con TCA presentan una mayor influencia del modelo estético corporal en todos sus aspectos que los participantes sin TCA ( $p \leq ,001$ ) (tabla 26b).

Tabla 26a: Antecedentes, consideraciones personales y estado nutricional en participantes sin TCA y con TCA

		Sin TCA		Con TCA		$\chi^2$	<i>p</i>	RR*
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
<b>Antecedentes</b>								
	Obesidad	152	37,72%	111	46,25%	4,53	<b>,033</b>	1,23
	Anorexia	14	3,47%	15	6,22%	2,68	,102	1,80
	Bulimia	9	2,23%	9	3,73%	1,26	,261	1,68
<b>Salud</b>								
	Buena	269	66,58%	134	56,07%	7,76	<b>,021</b>	
	Mala	8	1,98%	9	3,77%			
	Regular	127	31,44%	96	40,17%			
<b>Emociones</b>								
	Tristeza	37	9,16%	36	15,00%	10,08	<b>,018</b>	
	Alegría	320	79,21%	167	69,58%			
	Enojo	9	2,23%	12	5,00%			
	Otras	38	9,41%	25	10,42%			
<b>Perc. peso</b>								
	Bajo peso	33	8,19%	18	7,50%	46,93	<b>&lt;,001</b>	
	Normal	251	62,28%	88	36,67%			
	Poco sobrepeso	95	23,57%	98	40,83%			
	Mucho sobrepeso	24	5,96%	36	15,00%			
<b>Aspectos</b>								
	Inteligencia	88	21,89%	57	24,15%	18,14	<b>&lt;,001</b>	
	Salud	290	72,14%	142	60,17%			
	Estar delgado/a	24	5,97%	37	15,68%			
<b>Satisfacción</b>								
	Sí	297	73,88%	126	52,72%	29,91	<b>&lt;,001</b>	0,71

Tabla 26b: Distribución del cuestionario CIMEC en participantes sin TCA y con TCA

Test	Escala	Sin TCA		Con TCA		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
CIMEC	Total	13,14	12,45	23,07	14,17	-8,997	<b>&lt;,001</b>
	factor 1	4,54	4,59	7,99	5,14	-8,582	<b>&lt;,001</b>
	factor 2	2,98	4,01	6,11	4,83	-8,471	<b>&lt;,001</b>
	factor 3	1,69	1,80	2,89	1,97	-7,688	<b>&lt;,001</b>
	factor 4	2,21	2,15	3,46	2,44	-6,568	<b>&lt;,001</b>
	factor 5	1,86	1,66	2,76	1,79	-6,458	<b>&lt;,001</b>

Tabla 26c: Patrones de ingesta en participantes sin TCA y con TCA

Momento	Frecuencia	Sin TCA		Con TCA		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
Desayuno	Nunca	48	11,85%	75	31,12%	52,28	<b>&lt;,001</b>
	Casi nunca	6	1,48%	8	3,32%		
	Menos de la mitad de los días	16	3,95%	15	6,22%		
	Mitad de los días	20	4,94%	14	5,81%		
	Más de la mitad de los días	26	6,42%	21	8,71%		
	Casi todos los días	10	2,47%	6	2,49%		
	Todos los días	279	68,89%	102	42,32%		
Media mañana	Nunca	67	16,54%	45	18,67%	73,65	,288
	Casi nunca	25	6,17%	6	2,49%		
	Menos de la mitad de los días	46	11,36%	30	12,45%		
	Mitad de los días	82	20,25%	41	17,01%		
	Más de la mitad de los días	42	10,37%	26	10,79%		
	Casi todos los días	19	4,69%	8	3,32%		
	Todos los días	124	30,62%	85	35,27%		
Comida	Nunca	5	1,23%	5	2,07%	13,88	<b>,031</b>
	Casi nunca	0	0,00%	2	0,83%		
	Menos de la mitad de los días	5	1,23%	9	3,73%		
	Mitad de los días	6	1,48%	8	3,32%		
	Más de la mitad de los días	14	3,46%	14	5,81%		
	Casi todos los días	7	1,73%	4	1,66%		
	Todos los días	368	90,86%	199	82,57%		
Merienda	Nunca	69	17,04%	45	18,67%	2,20	,901
	Casi nunca	11	2,72%	10	4,15%		
	Menos de la mitad de los días	37	9,14%	25	10,37%		
	Mitad de los días	87	21,48%	49	20,33%		
	Más de la mitad de los días	50	12,35%	29	12,03%		
	Casi todos los días	34	8,40%	16	6,64%		
	Todos los días	117	28,89%	67	27,80%		
Cena	Nunca	9	2,22%	7	2,90%	65,31	<b>&lt;,001</b>
	Casi nunca	3	0,74%	13	5,39%		
	Menos de la mitad de los días	10	2,47%	18	7,47%		
	Mitad de los días	21	5,19%	34	14,11%		
	Más de la mitad de los días	29	7,16%	39	16,18%		
	Casi todos los días	24	5,93%	7	2,90%		
	Todos los días	309	76,30%	123	51,04%		
Nº ingestas (día)	0	5	1,23%	10	4,15%	48,10	<b>&lt;,001</b>
	1	24	5,93%	45	18,67%		
	2	89	21,98%	66	27,39%		
	3	173	42,72%	89	36,93%		
	4	94	23,21%	23	9,54%		
	5	20	4,94%	8	3,32%		

El porcentaje de personas que nunca desayunan, comen y cenan es más alto en los participantes con TCA ( $p \leq ,031$ ). La comida de media mañana y la merienda son poco frecuentes en ambos grupos (alrededor de un 28% a 35%). Los porcentajes más altos en el número de ingestas al día de los participantes con y sin TCA son de 2 a 3 (casi el 65%), aunque la distribución del número de ingestas más extremas es diferente entre ambos grupos ( $p \leq ,001$ ): una o ninguna ingesta es más frecuente en el grupo con TCA, mientras que 4 y 5 ingestas diarias son más frecuentes en el grupo sin TCA (tabla 26c).

### 6.8. Relación entre la presencia de TCA y de obesidad o sobrepeso.

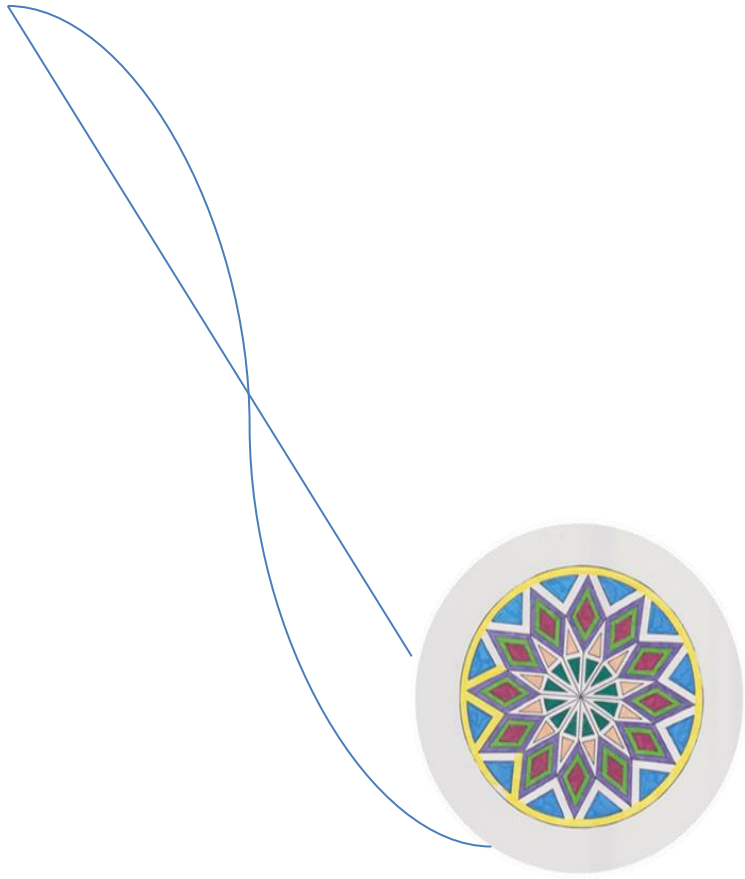
En general el porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad es más alto en el grupo de TCA que en el grupo sin TCA, en el que es alrededor del 30-35% y, por tanto, similar tanto al dato reportado por la ENSANUT (2012) para este segmento de la población como el valor hallado en nuestra muestra total de la fase 1 (como puede verse en la tabla 20a), exceptuando el TCANE 2 y el TCANE 4 que no se han considerado, dado que uno de los criterios diagnósticos es la presencia de infrapeso y de normopeso, respectivamente. En concreto, el grupo con TCA presenta porcentajes más altos y significativos especialmente en TCANE 6 en que es más del doble ( $RR = 2,25$ ), seguido de BN en que es casi el doble ( $RR = 1,96$ ) y finalmente TCANE 3 ( $RR = 1,56$ ) (tabla 27).

Tabla 27. Relación entre obesidad-sobrepeso y TCA

	Grupo TCA	Sin TCA		Con TCA		$\chi^2$	p	RR*
		n	%	n	%			
Sobrepeso u obesidad	en BN	175	30,33%	41	59,42%	23,43	<,001	1,96
	en TCANE3	164	30,54%	52	47,71%	12,00	,001	1,56
	en TCANE6	194	31,54%	22	70,97%	20,61	<,001	2,25

\*Categoría de referencia: sin diagnóstico





## **7. DISCUSIÓN**





El objetivo de la presente tesis consistió en estudiar los problemas de la conducta alimentaria mediante un estudio epidemiológico de dos fases en la población adolescente escolarizada del estado de Nayarit de México. La muestra constó de 2449 participantes, 1142 chicos y 1307 chicas de 27 centros escolares con edades comprendidas entre los 11 y 20 años. Nuestros resultados muestran una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria de 9,84%. La prevalencia de AN es de 0,45%, de BN es de 2,8% y de TCANE es de 6,6%.

La prevalencia que hemos hallado en nuestra investigación (9,8%) es mayor comparada con otras como la de Peláez, Labrador y Raich (2007), con una muestra de 1543 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 12 y 21 años en estudio de doble fase en la comunidad de Madrid, en que obtuvieron una prevalencia de TCA del 3,3%. También es mayor a la obtenida en el estudio de Gandarillas y Febrel (2002) en la comunidad de Madrid con una prevalencia de 3,4% en una muestra de mujeres adolescentes de 15 a 18 años. Muro-Sans y Amador-Campos (2007) en estudiantes de Barcelona de ambos sexos de 10 a 17 años obtuvieron una prevalencia de TCA del 1,28%. Sancho, Arijá, Asorey y Canals (2007) hallaron una prevalencia inicial de TCA de 3,44%, que aumentó al 3,81% a los dos años. Rojo et al. (2003) la estimaron en jóvenes de 12 a 18 años en 5,17%. Bay et al. (2005) en una muestra de adolescentes de 10 a 19 años hallaron que el 6,94% reunió criterios de TCA. Al comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio con estudios de doble fase encontramos mayores prevalencias, como en el estudio de Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura (2010) en Argentina en una muestra de 454 estudiantes entre 13 y 18 años de edad donde exponen una prevalencia de TCA en el sexo femenino de 14,1% y el sexo masculino de 2,9%. Asimismo en otro estudio de doble fase realizado por Piñeros, Molano y López (2010) en una muestra de 947 jóvenes escolarizados de 12 a 20 años de edad en Colombia exponen en una primera fase de tamizaje un 15,1% de diagnóstico probable de TCA mediante la aplicación del EAT-26. Un 38,3% aceptó la realización de la entrevista clínica estructurada psiquiátrica. Con base a los resultados de la entrevista muestran un 53,7% de diagnóstico de TCA donde la mayoría son mujeres. Asimismo Ángel, Martínez y Gómez (2008) en Colombia encuestaron a 2770 escolares, se reencuestaron y entrevistaron 708, que mostraron una prevalencia de AN de 0,28%, BN 3,25% y TCANE 33,6%. En estudios de una fase Martínez,

Zusman, Hartley, Morote y Calderón (2003) en Perú informan de una prevalencia de 16,4% en adolescentes de 13 a 19 años de ambos sexos.

La prevalencia de AN en nuestro estudio es de 0,45% y de BN es de 2,8%. Estas cifras se asemejan a las que cita la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000) que sitúa en 0,5% la prevalencia para AN y 1-3% para BN. Asimismo, en población general algunos estudios han encontrado prevalencias de AN y la BN situadas entre el 0,5% y el 1% (Fairburn y Beglin, 1990; Fernández-Aranda y Jiménez-Murcia, 2009). Si comparamos nuestros resultados con estudios realizados en España en adolescentes se obtiene una prevalencia ligeramente mayor en nuestro estudio al considerar las prevalencias de 0,17% para AN y para 1,38% BN en el estudio de Rodríguez, Beato y Belmonte (2005) o menor en AN (0,88%) y mayor en BN (0,37%) en el estudio de Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde (2008). En estudios realizados en México la prevalencia que nosotros hemos hallado es menor que la informada por Guadarrama y Mendoza (2011) con una prevalencia de 8% AN y 6% BN y al compararlo con el estudio de Benjet, Méndez, Borges y Medina (2012) hallaron prevalencias ligeramente mayores en AN (0,05%) y menores a las nuestra en BN, ya que informaron de tan solo un 1,0%.

En nuestro estudio la AN restrictiva es mayor en el sexo masculino (RR = 0,52) que en el femenino. Aunque la diferencia es mínima en la frecuencia absoluta de AN total entre el sexo masculino (6 casos) y el sexo femenino (5 casos). A pesar de esto encontramos que los chicos se sienten más satisfechos con ellos mismos que las chicas. Se considera que entre el 5% y 10% de los casos de AN son adolescentes y adultos hombres (Barry y Lippmann, 1990) y en menores de 15 años los porcentajes alcanzan entre 20% y 30% (Bryant y Lask, 1995). Recientemente se ha encontrado un incremento en la prevalencia de TCA en hombres, que tradicionalmente presentaban una proporción de 1 a 9 (aproximadamente el 10% de los casos en mujeres) (Muise, Stein, y Arbess, 2003; Nicholls y Viner, 2005; O'Dea y Abraham, 2002). La restricción alimentaria, los atracones y la insatisfacción corporal son síntomas que coinciden en ambos sexos (Ackard, Neumark-Sztainer, Store y Perry, 2003; Decaluwé y Braet, 2005; Lysne, Engel, Reza y Wonderlich, 2002; O'Dea y Abraham, 2002; Olmsted y McFarlane, 2004). Entre los jóvenes con mayor riesgo de TCA se relacionan los factores asociados a la motivación para adelgazar y la evitación de alimentos que consideran "engordantes" (De la Serna, 2001; Ricciardelli y McCabe, 2001). Nuestros resultados coinciden con los obtenidos en el estudio de Rivas,

Bersabé y Castro (2001) en una muestra de 1555 adolescentes entre 12 y 21 años donde la prevalencia de AN resultó ser mayor (0,5%) en hombres que en mujeres (0,4%). En este estudio se observan diferentes características en hombres y en mujeres, ya que en los hombres se encontró un porcentaje mayor de delgadez extrema aunque ellos niegan que exista algún peligro que pueda ocasionar ese peso tan bajo y en las mujeres predominó el miedo a aumentar de peso, la distorsión de la imagen corporal y la exageración de la importancia del peso o de la silueta. Al mismo tiempo nuestros resultados en BN y TCANE coinciden con este estudio dado que en ambos las prevalencias son mayores en mujeres que en hombres.

Por subtipos de TCANE, en ambos sexos los valores más altos se presentan en el TCANE 3 y en el sexo femenino (5,9%). En todos los subtipos de TCA son más altos los valores en el sexo femenino ( $RR \geq 1,31$ ) con excepción del TCANE 4 que es muy similar en ambos sexos ( $RR = 1,05$ ). Los TCANE muestran características de AN y BN y provocan malestar o deterioro clínicamente significativo (Garfinkel et al., 1995; Hay, Fairburn, y Doll, 1996). Interfieren en aspectos integrales de salud, trabajo, rendimiento laboral o académico y en las relaciones interpersonales y como consecuencia dificultan la capacidad de vivir una vida óptima (Behar, 2008). La nomenclatura de los TCANE es confusa y comprende un grupo clínicamente heterogéneo de diagnósticos. Se catalogan como residuales y tienden a ser desatendidos, sin embargo son los tipos más comunes en la práctica clínica dentro de los cuadros de TCA (Fairburn y Bohn, 2005). Al comparar nuestros resultados con los obtenidos en el estudio de Peláez-Fernández (2003), la prevalencia obtenida en los TCANE de su estudio es de 2,2% y en nuestro estudio fue mayor (6,6%). Asimismo la prevalencia de TCANE en mujeres de su estudio es del 2,73% y en hombres sólo del 0,48% y en nuestro estudio la prevalencia es mayor tanto en mujeres (8,34%) como en hombres (4,55%). Los resultados de TCANE de esta investigación (6,6%) se sitúan entre los encontrados en poblaciones de adolescentes donde la prevalencia oscila entre 2,4% y 12,6% (Machado, Machado, Gonçalves y Hoek, 2007; Zini, Siani, Sandri, Soardo y Siciliani, 2007). Sin embargo, hay otros estudios que han encontrado prevalencias de TCANE de hasta un 42,8% (Button, Benson, Nolleth, Palmer, 2005) o un 43,8% (Ricca, et al., 2001).

### 7.1. Confirmación de hipótesis

A continuación discutiremos cada una de las hipótesis y para facilitar la lectura, las volvemos a proporcionar antes de abordarlas en detalle.

**Hipótesis 1.-** Se espera encontrar diferencias en los aspectos relacionados con la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria en función del sexo y el área de origen en la muestra total, en el sentido que: a) el sexo femenino presentará mayores alteraciones y problemática relacionada con los TCA que el sexo masculino.

Hipótesis 1a.- Se confirma en el sentido que el sexo femenino de nuestro estudio presenta mayores alteraciones y problemática relacionada con los TCA que el sexo masculino. Estos resultados son similares a los de otros estudios donde coinciden que la población con más alto riesgo para ser caso de TCA lo constituyen principalmente las mujeres y las chicas adolescentes (Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón, 2003; Ortiz, Caro y Mesa 2010; Peláez, Labrador y Raich, 2005; Raich, 2011).

En nuestros resultados las chicas se perciben con más sobrepeso y obesidad. Esta percepción se observa en el estudio de Pérez y Romero (2008), donde las mujeres se perciben más gordas y les gustaría ser más delgadas, algunas hasta desnutridas, y en el estudio de Montero, Morales y Carbajal (2004) las mujeres con valores de IMC real correspondientes a normopeso y sobrepeso se ven más gordas de lo que son en realidad. Asimismo en nuestro estudio las chicas se sienten más insatisfechas con ellas mismas que los chicos, resultados que aparecen en otros estudios (Behar, 2010; Lawler y Nixon, 2011; McArthur, Holbert y Peña, 2005; Xu, et al., 2010) en los que presentaron también mayor insatisfacción corporal. El grado de satisfacción-insatisfacción que las personas tienen de sí mismas resulta determinante para lograr una mejor calidad de vida. (García-Viniegras y González Benítez, 2000).

Las chicas de nuestro estudio presentan mayor frecuencia de antecedentes de obesidad, establecido como uno de los factores de riesgo para la obesidad (Bartrina, Pérez, Ribas y Serra, 2005; Boutelle, Newmark-Sztainer, Story y Resnick, 2002; Calderón, Forns y Varea, 2010; Doyle, Grange, Goldschmid y Wilfley, 2007; Loaiza y Atalah, 2006; Newmark-Sztainer, Story, Hannan, Perry y Irving, 2002;) y este a su vez como factor de riesgo para los TCA (Jonson, Cohen, Kasen y Brook, 2002; Lewinsohn, Streigel-Moore y

Seeley, 2000; Levine y Smolak, 2006; Livingstone, 2000; Neumark-Sztainer, 2005; Toro, 2004). Algunos estudios indican que los padres de pacientes con TCA presentan problemas de peso y preocupación por la comida (Crisp, Harding y McGuinness, 1974). En particular los padres de pacientes con AN presentan mayor insatisfacción con su cuerpo y seguimientos de dietas restrictivas (Kalucy, Crisp y Harding, 1977). De los niños y niñas que hacen dieta alrededor de los 12 años, la mayoría explica que están bajo el control alimentario de sus padres (Edmund y Hill, 1999). Los niños se conducen alimentariamente de manera muy similar a sus padres (Toro, 2004). Moorhead et al. (2003) encontró una gran influencia en los antecedentes de ambos padres y hermanos para desarrollar un TCA en las mujeres. La magnitud de la sintomatología es mayor cuando existen antecedentes de TCA en la familia (León y Aizpuru, 2010). Estos resultados coinciden con los obtenidos en nuestro estudio, en el que las mujeres con TCA presentan antecedentes familiares de AN.

En nuestra investigación las chicas manifiestan mayores porcentajes en las emociones de tristeza y enojo y los chicos en alegría. Aitziber, Etxebarria y Echeburúa (2011) consideran que debería tenerse en cuenta las variables emocionales y estar alerta ante personas cuyo estado de ánimo se vea influido de manera excesiva por la alimentación, el peso y la figura corporal, por su papel como factor de riesgo de los TCA. Las personas con AN y con BN tienen problemas para enfrentarse a sus emociones y para expresarlas verbalmente y su estado emocional influye directamente en la ingesta de comida. La persona con AN es incapaz de ingerir bocado cuando se siente triste, ansiosa o irritada (emocionalmente disfórica), mientras que la persona con BN realiza atracones de comida ante estas situaciones (Chatoor, 1999). Asimismo otros autores afirman a la vez que las personas que padecen un TCA tienen dificultades con el mundo emocional (Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure, 2009; Hayaki, 2009; Waller *et al.*, 2010) y trastornos depresivos (Borda, Torres y Del Río, 2008).

A pesar de que la valoración de la percepción del estado de salud es un factor subjetivo, es un buen indicador de la satisfacción vital y se acepta una estrecha relación con la alteración de la imagen corporal y la autoestima. En general las mujeres suelen percibir peor su salud a todas las edades (Abellán 2003). En nuestros resultados también observamos que tanto las chicas como los chicos consideran tener una salud regular, aunque en el sexo femenino el porcentaje es mayor. Urrutia, Azpillaga, de Cos y Muñoz

(2010) relacionaron en forma significativa la percepción del estado de salud y la imagen corporal. Las chicas de nuestro estudio al elegir entre los aspectos de “inteligencia”, “salud” y estar “delgado”, prefieren “estar delgadas” a los otros aspectos, lo que coincide con los valores de la modernidad en relación a los estereotipos de belleza, influenciados por condiciones socioculturales en el marco de una globalización económica (Cogan, Bhalla, Sefa-Dedeh y Rothblum 1996; Gómez y Acosta, 2002). La presión por un ideal delgado se ha intensificado (Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1980; Wiseman, Gray, Mosiman y Ahrens, 1992) insistiendo en el ideal de belleza femenina (Raich, 2011) con el objetivo de alcanzar la delgadez (Amigo, 2003; Espinoza, Penelo y Raich, 2009). En México un 77% de chicas de 13 a 19 años interioriza una figura delgada y muy delgada (Gómez Peresmitre et al., 2001). Asimismo en otros estudios se detecta alrededor de un 50% de anhelo por la delgadez corporal (Pérez y Romero, 2010) y preocupación por engordar (Unikel et al., 2010).

Respecto al CIMEC, las chicas obtuvieron puntuaciones estadísticamente más altas tanto en la puntuación total como en todos los factores y, por tanto, más desfavorables en las medidas del modelo estético corporal. El anhelo de estar delgado se ha convertido en un valor central de nuestra cultura, y su interiorización está generalizada de manera indiscutible y esta emotiva vocación de perder peso constituye el más notable factor de riesgo para los TCA. El modelo estético corporal está asociado a la delgadez, que a su vez comparte el sentimiento de belleza, elegancia, autoestima alta y aceptación social. La delgadez corporal es un medio para conseguir sentirse aceptada y los valores que representa han hecho que se convierta en un fin en sí misma. Los modelos sociales, el bombardeo publicitario, los cumplidos de quienes “te aprecian” y las propias cogniciones aprobatorias refuerzan positivamente cualquier conducta que lleve a perder peso (Toro, 2004).

Dada la importancia de lo que representa y lo que significa el modelo estético corporal, comentaremos algunos aspectos relacionados con la interiorización del modelo estético, constructo que hemos evaluado con el CIMEC. Williamson, Davis, Duchman, Mckenzie y Watkins (1990) definen la imagen corporal como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. La imagen corporal es un concepto donde interviene la manera en que cada uno percibe, imagina, siente o actúa respecto a su propio cuerpo; asimismo influyen aspectos como la satisfacción, la preocupación, la



ansiedad y la evaluación cognitiva. Un trastorno de la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales (Raich, 2004). La insatisfacción corporal es muy frecuente, sobre todo entre las mujeres que devalúan su apariencia y tienden a subestimarse, organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Un trastorno de la imagen corporal está asociada con un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador principalmente en las relaciones sociales (Phillips, 2005). Algunos estudios confirman que la autoimagen positiva o negativa que se tenga de sí mismo se relaciona con la propia autoestima. Las mujeres suelen subordinar sus cualidades separadamente del aprecio por el propio cuerpo (Raich, 2004). Nuestros resultados coinciden con los de Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura (2010) en una muestra de adolescentes de 13 a 18 años de edad, dado que en los resultados de su estudio hallaron una mayor proporción de mujeres insatisfechas con su imagen corporal. Asimismo en otros estudios se encuentra presente el perfeccionismo y la insatisfacción corporal (Behar, 2010) con prevalencias que llegan hasta un 74% de insatisfacción corporal en adolescentes de 13 a 19 años (Gómez Peresmitré et al., 2001). En el estudio de Álvarez- Rayón et al. (2009) en participantes con edades de 12 a 46 años divididos en 3 grupos de edad se encontró una prevalencia de insatisfacción corporal en todas las edades desde el 11 al 18%.

En las actitudes alimentarias alteradas medidas con el EDE-Q las mujeres de nuestro estudio presentan restricción y muestran asimismo una preocupación mayor por la comida, el peso y la figura que los hombres. Las preocupaciones por el peso y la figura se presentan durante el curso de la AN y BN (Pantano y Santoanastaso, 1989). La tendencia a autovalorarse en términos de peso y figura en niñas de 7 a 8 años son predictivas de la posibilidad de desarrollar un trastorno alimentario posteriormente (Kearney-Cooke, 2002). Davison, Markey y Birch (2003) en un trabajo prospectivo observaron que las niñas que presentaban preocupación por el peso entre los 5 y los 7 años de edad tenían a los 9 años tendencia a realizar dietas y actitudes alimentarias alteradas independientemente del peso. Las preocupaciones por la imagen corporal que comienzan en la infancia y continúan en la adolescencia tienen sus orígenes en las actitudes y creencias de su familia, las experiencias adversas y los factores socioculturales (Gowers y Shore, 2001). Muchos estudios muestran la relación entre problemas alimentarios y una pobre estima corporal al mostrar una excesiva preocupación por la figura, que conlleva la realización de dietas con la finalidad de bajar de peso (Pike y Rodin,

1991; Thelen y Cormier, 1996). Las burlas en relación al peso se asocian a estados psicológicos negativos y a un bajo autoconcepto de sí mismos independientemente del peso (Hill y Murphy, 2000).

La preocupación por el peso y la figura también se encuentra presente en otras investigaciones relacionadas con los TCA. Gómez Peresmitré et al. (2001) obtuvieron un alto porcentaje (64%) de preocupación por el peso corporal en adolescentes de 10 a 12 años. Leiderman y Triskier (2004) en un estudio con adolescentes de 14 a 21 años encontraron que casi la mitad de los adolescentes no está conforme con su peso. La preocupación por el peso y la figura eleva los porcentajes de adolescentes que tratan de perder peso con el fin de lograr una figura delgada, como se muestra en los resultados de diferentes investigaciones (Behar, 2010; Dominé, Berchtold, Akré, Michaud, Suris, 2009; McVey, Tweed, Blackmore, 2004; Loreto, Zubarew, Silva y Romero, 2006; Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón, 2003; Vilela, Lamounier, Dellaretti, Barros y Horta, 2004). Es muy probable que este tipo de conductas inadecuadas lleve a algunas personas a desarrollar un TCA (Alves, Vasconcelos, Marino y Neves, 2008; Behar, 2010; Loreto, Zubarew, Silva y Romero, 2006; Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón 2003; McVey, Tweed, Blackmore, 2004; Vilela, Lamounier, Dellaretti, Barros y Horta, 2004).

En cuanto a las conductas compensatorias purgativas y restrictivas, las chicas presentan mayor porcentaje de restricción dietética, vómito autoinducido y uso de laxantes, mientras que los chicos utilizan el ejercicio físico como estrategia de control de peso significativamente más a menudo que las chicas. En nuestro estudio, ambos sexos presentan porcentajes elevados de episodios bulímicos. Con el propósito de lograr una apariencia ideal, los adolescentes a menudo utilizan comportamientos inadecuados de control de peso, como la dieta restrictiva, el ayuno, los vómitos autoinducidos, el uso de laxantes y diuréticos porque creen que lograrán beneficios físicos y psicosociales (Bearman, Presnell, Martinez y Stice, 2006; Madruga, Azevedo, Araújo, Menezes y Hallal, 2010; Neumark-Sztainer et al., 2006; Stice, Ng y Shaw, 2010; Westerberg, Edlund y Ghaderi, 2010). Al parecer la dieta restrictiva es una estrategia muy frecuente para lograr el cuerpo delgado esperado (Madruga et al., 2010). Aunque estudios longitudinales han demostrado que la dieta restrictiva aumenta el riesgo de problemas de salud relacionados con la apariencia física, como el aumento de peso, los atracones, la depresión, la bulimia y la baja autoestima (Neumark-Sztainer et al., 2007; Racine, Burt, Iacono, McGue y Klump,

2011). En un estudio realizado por Neumark-Sztainer, Wall, Haines, Story y Eisenberg (2007), encontraron que el 55,4% de las mujeres y el 28% de los hombres informaron hacer dieta, colocándose en una posición de vulnerabilidad a la adopción de hábitos de alimentación inadecuados. Como resultado de algunas investigaciones longitudinales se ha mostrado una contribución significativa de la restricción dietética en el aumento del IMC, la realización de atracones y una disminución en la frecuencia del desayuno (Neumark-Sztainer et al., 2007; Neumark-Sztainer, Wall, Haines, Story y Eisenberg, 2007). La pérdida de control sobre la ingesta alimentaria se asocia a estrategias frustrantes como la dieta, la restricción dietética o las purgas para contrarrestar los atracones y el aumento de peso, generando sentimientos de ineficacia al no producir un cambio ponderal, lo que puede reforzar un aumento en el nivel de insatisfacción corporal, actitudes alimentarias inadecuadas (Bearman, et al., 2006; Espinoza, Penelo y Raich, 2010) y la aparición de TCA (Mousa, Mashal, Al-Domi y Jibril, 2010).

Si comparamos nuestros resultados con otros estudios que también utilizaron el EDE-Q como instrumento de medición, podemos observar que Villarroel et al. (2011) encontraron menor frecuencia de conductas de restricción dietética y vomito autoinducido y mayor porcentaje de uso de laxantes y diuréticos en mujeres universitarias que en nuestros resultados con las adolescentes de sexo femenino. Penelo et al. (2012) a su vez encontraron que la frecuencia regular semanal ( $\geq 2$ ) de dieta restrictiva, vómito autoinducido y uso de laxantes fue menos frecuente en estudiantes universitarios que en nuestros chicos adolescentes, mientras que ocurre lo contrario en cuanto al uso de diuréticos y ejercicio excesivo. Asimismo, la presencia de conductas alteradas que aparecen en nuestro estudio también las encontramos en diversas investigaciones. En el estudio de Alvarenga, Lourenço, Philippi y Scagliusi (2013) se encontró que el 35,6% de las personas realizan conductas compensatorias y entre ellas el 3,3% se provoca el vómito. Rodríguez y Mina (2008) en un estudio observacional tipo transversal en una muestra de adolescentes encontraron que el 7,1% vomitaba para reducir de peso. En sus familiares se identifica que el 86,9% usa laxantes para adelgazar y entre sus amigos y pares el 15,7% utiliza ambas cosas. En el estudio de Gómez Peresmitré et al. (2001) se encontró que el 53% de los adolescentes de 13 a 19 años realizaba una dieta restrictiva. Rutzstein, Murawski, Elizathe, Scappatura (2010) en un estudio con adolescentes con edades de 13 a 18 años de dos fases hallaron que la mayoría de las

mujeres realizaron dietas en el último año y se provocaron vómitos con el fin de mantener o bajar de peso. En los resultados de Rodríguez y Mina (2008) se obtuvo que entre las conductas compensatorias que realizan para reducir el peso la autoinducción del vómito, la realización de dietas y el uso de laxantes y pastillas para adelgazar. En el estudio realizado por Unikel et al. (2010) en el estado de Nayarit se encontraron conductas alteradas como vómitos autoinducidos 1,3%, uso de laxantes 1,4%, uso de diuréticos 1,4%, uso de pastillas 1,7% y ayunos 2,1%, dietas 3,8% y ejercicio 12,2%.

Hipótesis 1b.- Las áreas urbanas presentarán mayor problemática de TCA que las rurales. En el área urbana se observan porcentajes de antecedentes de obesidad más altos que en el área rural, así como mayor percepción de peso alterada. En cuanto al estado nutricional, los valores de infrapeso, sobrepeso y obesidad también son más altos en el área urbana. La hipótesis 1b se confirma dado que las áreas urbanas presentan mayor problemática de TCA que las rurales en la mayoría de los aspectos evaluados. Estos resultados coinciden con el estudio de Yopez, Carrasco y Baldeón (2008) realizado en Ecuador donde el exceso de peso es mayor en la Costa (24,7%) que en la Sierra (17,7%). Conocer lo que sucede con las mujeres que habitan en las comunidades rurales mexicanas es un tema nuevo (Pérez-Gil, y Romero, 2010), por lo que resulta difícil comparar nuestros resultados entre las zonas rurales y urbanas en México. De acuerdo con los resultados de Romero et al. (2012), (ENSANUT) el 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad en México. Esto representa alrededor de 6.325.131 individuos entre 12 y 19 años de edad. Este resultado indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. Nuestros resultados coinciden con otros estudios en los que la preocupación por el peso y la figura y la presencia de atracones en las zonas urbanas son mayores que en las rurales, tanto en mujeres como en hombres adolescentes. En el estudio de Barriguete et al. (2009) se menciona que el temor a aumentar de peso, los atracones y la pérdida de control son un 50% más comunes en las zonas urbanas. Asimismo en el estudio de Fisher, Pastore, Schneider, Pegler y Napolitano (1994) se observa un deseo de adelgazar y una autoimagen de obesidad mayores en las mujeres que viven en áreas urbanas.

**Hipótesis 2.-** Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y de los diferentes tipos y subtipos en función del sexo y el área de origen.

Hipótesis 2a.- La prevalencia de TCA será mayor en la población femenina que en la masculina. La hipótesis se confirma dado que la prevalencia de TCA es casi del doble en el sexo femenino (12,7%) que en el masculino (6,6%) (RR = 1,93). Estos resultados coinciden con otros estudios en que las mujeres adolescentes o jóvenes adultas son las más afectadas por los TCA (Johnson y Connors, 1987; Kendler et al., 1991; Levine y Smolak, 1992; Toro, 1996). En diversos estudios se confirma que la población con más alto riesgo para los TCA lo constituyen principalmente las mujeres y las chicas adolescentes (Peláez, Labrador y Raich, 2005; Raich, 2011). Nuestros resultados coinciden con otros estudios (Barriguete et al., 2009; Hudson, Hiripi, Pope, Kessler, 2007; Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde, 2008; Medina et al., 2003; Morandé y Casas, 1997; Nuño, Celis y Unikel, 2009; Peláez, Labrador y Raich, 2007; Rodríguez, Beato y Belmonte, 2005; Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura, 2010; Trujano, Gracia, Nava, Marcó y Limón, 2010; Unikel et al. 2006; Urzúa, Castro, Lillo y Leal, 2011) donde se confirma una mayor prevalencia de TCA en el sexo femenino.

Hipótesis 2b.- La prevalencia de BN será mayor que la AN, tanto en mujeres como en hombres. Nuestros datos van en el sentido esperado, dado que la prevalencia de BN es mayor que la de AN (Rava y Silber, 2004), y considerablemente mayor en chicas que en chicos (RR = 2,67). Comparando con otros estudios (Benjet, Méndez, Borges y Medina, 2012; Mancilla-Díaz et al., 2007; Medina et al., 2003; Morandé y Casas, 1997; Quintero Párraga et al., 2003; Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2007; Rodríguez, Beato y Belmonte 2005; Swanson, Crow, Le Grande, Swendsen y Merikangas 2011) nuestros resultados muestran una prevalencia mayor, aunque también es menor que la hallada en otros trabajos (Arcelus, Witcomb y Mitchell, 2014; Fairburn et al., 2007; Martínez, Méndez, Sánchez, Seoane y Suárez, 2000; Rebolho, Pelegrini, Corrêa, Petroski, 2010; Tong et al., 2014).

Hipótesis 2c. – La prevalencia de los TCANE será mayor que la de BN y la de AN, tanto en mujeres como en hombres. Se confirma en el sentido que los TCANE tienen una

prevalencia mayor que la BN y la de AN, y es de casi el doble en chicas que en chicos ( $RR = 1,83$ ). Los TCANE en conjunto representan las tres cuartas partes de todos los casos de TCA (Machado, Machado, Gonçalves y Hoek, 2007); en nuestra muestra este valor es muy similar aunque ligeramente menor, del 66,8%. La prevalencia de los TCANE en estudios realizados en España (Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde, 2008; Morandé y Casas, 1997; Peláez et al. 2007; Rodríguez, Beato y Belmonte, 2005), Colombia (Ángel, Martínez y Gómez, 2008), México (Mancilla-Díaz et al., 2007; Vázquez et al., 2005; Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla, 2004), Reino Unido (Arcelus, Witcomb y Mitchell, 2014; Micali, Hagberg, Petersen y Treasure, 2013) y Noruega (Kjelsås, Bjørnstrøm y Gøtestam, 2004) es mayor que la de BN y AN y los resultados de estas investigaciones coinciden con los de nuestro estudio.

Hipótesis 2d.- La prevalencia de TCA será mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Se acepta la hipótesis con referencia a la prevalencia en función del tipo de área, ya que observamos una diferencia significativa entre ambos contextos, en concreto de prácticamente el doble. Las zonas urbanas muestran una prevalencia global del 10,65% y las rurales sólo del 5,36% ( $RR = 1,99$ ). Por subtipos de TCA el área urbana presenta valores más altos de TCANE 3 ( $RR = 2,62$ ), mientras que en el área rural la prevalencia de TCANE 6 fue de más del doble que en las zonas urbanas ( $RR_{\text{urbano}} = 0,38$ , cuyo recíproco correspondería a  $RR_{\text{rural}} = 2,63$ ). En conjunto nuestros resultados coinciden con otros estudios donde la prevalencia en las zonas urbanas es mayor que en las rurales (Barriguete et al., 2009; Fischer, Pastore, Schneider, Pegler y Napolitano, 1994). Parece existir una cierta diferencia en cuanto a las áreas urbanas o rurales, observándose una mayor preocupación por la imagen corporal, un deseo de adelgazar y una autoimagen de obesidad en mayor número en las mujeres que viven en las áreas urbanas (Fisher et al., 1994; Fischer y Quadflieg, 1999). Hay estudios sobre el TCANE 6 o Trastorno por atracón (Benjet, Méndez, Borges y Medina 2012; Doyle, Grange, Goldschmidt y Wifley, 2007; Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde, 2008; Smink, Hoeken, Oldehinkel y Hoek, 2014; Vilela et al., 2004); sin embargo, no hemos encontrado estudios previos que aborden concretamente el TCANE 6 y que lo comparen entre las zonas rurales y urbanas, por lo que posiblemente haga falta indagar más sobre este aspecto. En BN, TCANE 3 y TCANE 4 se dan conductas compensatorias en mayor o menor medida. Y todos estos subtipo son

más prevalentes en la zona urbana que en la rural. Por tanto, podría pensarse que la no presencia de conductas compensatorias consideradas globalmente es más probable en zonas rurales, al menos en cuanto a no alcanzar el mínimo de frecuencia requerida para el diagnóstico de dichos subtipos de TCA. Ello podría ser una posible explicación en cuanto a nuestros resultados sobre la prevalencia del TCANE 6 en ambas zonas. No obstante, al comparar los porcentajes de presencia de cada una de las conductas compensatorias a partir de las preguntas comportamentales del EDE-Q en la muestra total de la fase 1, no hubo diferencias estadísticamente significativas en función del área de residencia.

**Hipotesis 3.-** Se espera encontrar valores de sensibilidad y especificidad similares a los hallados en un estudio previo también de doble fase y con adolescentes escolarizados en España.

No se confirma la hipótesis dado que en nuestro estudio se encontró una sensibilidad de 72,2% y una especificidad de 60,0% teniendo en cuenta los 646 participantes entrevistados al considerar en conjunto los cuestionarios CHEAT/EAT y EDE-Q como instrumentos de cribado respecto al diagnóstico mediante la entrevista diagnóstica EDE. Estos datos difieren de los del estudio de Peláez-Fernández (2003), que con la combinación de EAT-40 y EDE-Q y 602 sujetos entrevistados también con la EDE, obtuvieron una sensibilidad del 100% y una especificidad 49,0%. Por tanto, hemos obtenido una mayor especificidad para confirmar a los adolescentes sanos, pero una peor sensibilidad para detectar a los adolescentes que padecen un TCA. Sin embargo, tomados ambos valores en conjunto, nuestros resultados presentan un equilibrio aceptable entre sensibilidad y especificidad-

Las diferencias entre ambos estudios pueden deberse a diversos aspectos metodológicos, como que en nuestro caso en la fase 1 usamos el EAT-26 con un punto de corte de 20 y Peláez-Fernández (2003) reportaron una sensibilidad del 100% con el EAT-40 y el mismo punto de corte de 20. En cambio, los valores de sensibilidad de Castro et al. (1991) y Peláez-Fernández (2003) para un punto de corte de 30 en el EAT-40 resultaron ser de entre un 50% y un 68%, por tanto algo menores al valor obtenido en nuestra muestra (72%). Otra diferencia entre nuestro estudio y el de Peláez-Fernández (2003) es el tiempo transcurrido entre la fase 1 y la fase 2. En su caso la entrevista EDE fue

administrada una semana después de la aplicación de los cuestionarios, mientras que en nuestro caso, por razones logísticas, no fue posible hacerlo en un lapso de tiempo tan breve. El intervalo de tiempo medio entre nuestra fase 1 y nuestra fase 2 fue de 12,7 meses. Aunque un año pueda ser poco tiempo para un cambio de diagnóstico, sí pudiera darse la circunstancia que algunos adolescentes puntuaran por debajo del punto de corte en la primera fase, mientras que ya podrían presentar un cuadro de TCA al hacerle la entrevista unos meses más tarde.

**Hipótesis 4.-** Diferencias entre los grupos con TCA y sin TCA en cuanto a antecedentes familiares, consideraciones personales, influencia del modelo estético corporal y los patrones de ingesta.

Hipótesis 4a.- El grupo con TCA tendrá mayor porcentaje de antecedentes familiares de obesidad, anorexia o bulimia que el grupo sin TCA. La hipótesis se confirmó dado que en los participantes con TCA se hallaron porcentajes más altos en los antecedentes de obesidad (RR = 1,23) y en la percepción de sobrepeso y obesidad. Una condición de alto riesgo en el desarrollo de los TCA es la obesidad (Calderón, Forns y Varea, 2010; Doyle, Grange, Goldschmid y Wilfley, 2007). El IMC elevado se considera un factor de riesgo para la insatisfacción corporal (Stice, 2002; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan y Eisenberg, 2006). La obesidad es un potente factor de insatisfacción corporal y un factor de riesgo para realizar comportamientos no saludables con el objetivo de adelgazar (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Perry y Irving, 2002; Boutelle, Neumark-Sztainer, Store y Resnick, 2002). Nuestros resultados coinciden con el estudio de Neumark-Sztainer y Hannan (2000), con una muestra de 6.728 adolescentes donde hallaron que el 24% de la población tenía sobrepeso. Entre esta población el 7% de los chicos y un 13% de las chicas presentaron TCA y por lo menos la mitad de ellas había hecho dieta. Asimismo en el estudio de Alvarenga, Lourenço, Philippi y Scagliusi (2013) encontraron que dejar de comer o saltarse comidas era más frecuente en personas con sobrepeso u obesidad. En la investigación de Behar (2010) se encontró que el 41% de los participantes con sobrepeso alcanzaron puntajes iguales o mayores en el EAT-40. Neumark-Sztainer et al. (2006), afirman que actualmente se habla de los “trastornos relacionados con el peso” dado que existe un amplio espectro de alteraciones



alimentarias que se relacionan con el peso, desde la imagen negativa y la preocupación por el peso y la figura hasta trastornos de alimentación como AN y BN (Levine y Smolak, 2006; Neumark-Sztainer, 2005).

Con referencia a las emociones, los porcentajes más altos se concentran en la tristeza y el enojo y, en cambio, en los participantes sin TCA el porcentaje más alto se concentra en la alegría. Tanto los psicólogos como los médicos utilizan la palabra tristeza como uno de los tipos de afectos que presentan los pacientes con depresión y en los comportamientos más recurrentes está el que “no comen o comen mucho” y entre los pensamientos recurrentes se encuentra la irritabilidad, la negatividad, la autodevaluación, asco por sí mismos, culpa, miedo, suicidio y muerte (Escobar y Medina, 2014). Diversos autores (Horowitz, French y Anderson, 1982; Klerman, 1987; Montero, 1998; Ostrowsky, 2000) concuerdan ampliamente al decir que la depresión es una tristeza patológica. Aunque en nuestro estudio sólo nos enfocamos en la tristeza, podemos considerar la posibilidad de que esta emoción esté ligada a la depresión y nuestros resultados vayan en la misma línea que el de Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2007), donde el riesgo de depresión moderada a severa fue casi 24 veces mayor en las participantes con TCA que en las sin TCA. También en personas anoréxicas, bulímicas y con TCA las prevalencias de depresión moderada a severa fueron significativamente superiores a las del grupo sin TCA. Y también las personas sin TCA mostraron menor ansiedad social a cualquier nivel en comparación a las mujeres con anoréxica, bulímicas y con TCANE. En los desórdenes alimentarios, la depresión se asocia a la anorexia, el insomnio y la tristeza (Silberg y Bulik, 2005).

Los participantes con TCA se muestran menos frecuentemente satisfechos consigo mismos que los que no padecen un TCA (RR = 0,71). Un aspecto considerado como relevante en el campo de los estilos de vida es la satisfacción (Kandel, Schwartz y Jessell, 1997; Reeve, 1994). La satisfacción atiende a expectativas, aspiraciones y objetivos conseguidos y se ve influido por la sociedad y la cultura (Clemente, Molero y González, 2000). La insatisfacción con la imagen corporal es un fuerte predictor de TCA en adolescentes (Beato, Rodríguez, Belmonte y Martínez, 2004). Las personas anoréxicas y bulímicas poseen mayor insatisfacción y distorsión en la percepción del cuerpo que las mujeres sin TCA (Rodgers y Chabrol, 2009; Sepúlveda, Botella y León, 2001). Los resultados de nuestro estudio coinciden con los del estudio de Behar, Vargas y Cabrera

(2011) donde la insatisfacción corporal alcanzó puntajes significativamente más altos en el grupo con TCA en comparación al grupo sin TCA. En el estudio de Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura (2010) con adolescentes de ambos sexos con edades de 13 a 18 años se halló que la proporción de mujeres insatisfechas con su imagen corporal se relacionaba con hacer dietas y provocarse el vómito con el fin de mantener o bajar de peso. Nuestros resultados coinciden con el estudio de Gómez Peresmitré et al. (2001) dado que en ambos estudios se hallan altos niveles de insatisfacción. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en nuestro caso la pregunta sobre la satisfacción consigo mismo era de tipo genérico, no centrándose en un aspecto concreto como puede ser la imagen corporal.

Hipótesis 4b.- La influencia del modelo estético corporal será mayor en los participantes con TCA. Se confirma la hipótesis dado que a partir de las puntuaciones medias del CIMEC, los participantes con TCA presentan una mayor influencia del modelo estético corporal en todos sus aspectos que los participantes sin TCA.

Los trastornos alimentarios tienen como característica central el trastorno de la imagen corporal (Raich, 2004). De acuerdo con investigaciones recientes las presiones socioculturales son uno de los aspectos que más influyen en la insatisfacción de la imagen corporal y la ocurrencia de TCA (Jackson y Chen, 2011; McCabe y Ricciardelli, 2005; Salafia y Gondoli, 2011). Algunos estudios en adolescentes han demostrado que los trastornos implicados en la anorexia y la bulimia iban precedidos por una influencia del modelo estético corporal hacia una figura delgada que se manifiesta en preocupaciones por el peso, dietas restrictivas o morbilidad psiquiátrica (Mizes y Sloan, 1998; Patton, Selzer, Coffey, Carlin y Wolfe, 1999). Los trastornos de la alimentación no constituyen una patología del todo o nada, sino que se extienden a lo largo de un *continuum* que iría desde una injustificada preocupación estética corporal hasta casos establecidos clínicamente (Guerro, Barjau y Chinchilla, 2001; Sánchez, 1993).

La percepción de la imagen corporal está sujeta a cambios debidos a la influencia sociocultural (Goldschmidt, Aspen, Sinton, Tanofsky y Wilfley, 2008) y es una preocupación común entre los adolescentes (Espinoza et al., 2010; Jackson y Chen, 2007). Es importante evaluar las influencias corporales que contribuyen a justificar la modificación corporal, principalmente por razones sociales o estéticas, dado que son un

factor importante en el desarrollo de las psicopatologías relacionadas con los TCA (Hargreaves y Tiggemann, 2009; Karazsia y Crowther, 2009; Mellor et al., 2008). Los resultados de nuestro estudio coinciden con los obtenidos por Rodríguez y Cruz (2008), dado que la puntuación total en el grupo con TCA supera el punto de corte del CIMEC-26 establecido en ambos trabajos. Asimismo en el estudio de Baratelli (2008) se encontró que la insatisfacción corporal estaba estrechamente relacionada con la influencia de factores socioculturales, la interiorización de esos factores y el miedo de una evaluación negativa de la apariencia. En el estudio de Díaz, Rodríguez, Martín y Hiruela (2003) y usando el CIMEC encontraron que un 13,5% de los adolescentes son significativamente vulnerables a la presión de los medios de comunicación, resultados que van en la misma línea que los de nuestro estudio.

Hipótesis 4c.- La ingesta será menor en los participantes con TCA que sin TCA. Se confirma la hipótesis dado que el porcentaje de personas que nunca desayunan, comen y cenan es más alto en los participantes con TCA. En el grupo con TCA es más frecuente que haya una o ninguna ingesta, mientras que en el grupo sin TCA lo más frecuente es realizar 4 y 5 ingestas diarias.

Existe una presión importante sobre el peso que estimula la delgadez. Es importante valorar los hábitos alimentarios de los adolescentes relacionados con el control de peso como la restricción calórica, la realización de ejercicio o saltarse comidas (Del Rio, Borda, Torres y Lozano, 2002). A pesar de que la alimentación se realiza de forma individual, hay factores de origen social, cultural y económico que influyen en ella (Del Rio et al, 2002; Sagredo, 1997). En el estudio de Pérez, Ramos, Liberal y Latorre (2005), realizado con una muestra de 4657 adolescentes de 12 a 18 años de edad se llevó a cabo una encuesta sobre la actitud hacia la comida y los hábitos alimentarios relacionados con los TCA. Teniendo en cuenta el total de la muestra se encontró que solamente el 40% considera que es un placer el acto de comer, el 14% nunca desayuna, el 22% no toman almuerzo y un 29% no merienda nunca. Un 21% han realizado dieta para perder peso y un 29% ha hecho ejercicio con el fin de bajar de peso. Asimismo en este estudio el 70% de las mujeres y el 39% de los hombres admite que alguna vez o siempre no comen alimentos que engordan. Los resultados de esta investigación van en la misma línea que los nuestros, en el sentido que casi la cuarta parte de los adolescentes no realiza las tres

comidas fundamentales, un tercio (32%) de la población femenina no desayuna y un número importante de adolescentes de ambos sexos no come nada a media mañana.

Asimismo resultados de algunas investigaciones coinciden con los nuestros en el sentido de que presentan estas mismas conductas alteradas de alimentación, como en el estudio de Alvarenga, Lourenço, Philippi y Scagliusi (2013) donde se encontró un porcentaje del 23,9% de personas que se salta comidas y un 12,6% seguían una dieta a base de líquidos. Chávez, Macías, Gutiérrez, Martínez y Ojeda (2004) en un estudio sobre hábitos alimentarios de riesgo en edades de 14 a 20 años encontró que el 15% nunca desayuna y el 28% solo hace dos comidas al día. Dos de cada diez personas ha hecho atracones y uno de cada diez se ha provocado el vómito para no subir de peso.

**Hipótesis 5.-** Se espera encontrar relación entre la presencia de obesidad-sobrepeso y el diagnóstico de BN, TCANE 3 y 6 en el sentido que en estos subgrupos los diagnósticos presentarán mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad que el grupo de personas que no padece dicho trastorno.

Se confirma la hipótesis, dado que el porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad es más alto en el (sub)grupo de TCA con respecto al grupo sin dicho TCA, en el que es alrededor del 30-35%. Este valor es similar tanto al dato reportado por la ENSANUT (2012) para este segmento de la población como al valor hallado en nuestra muestra total de la fase 1, tal como hemos comentado anteriormente. En concreto, el grupo con TCA en nuestro estudio presenta porcentajes de sobrepeso y obesidad más altos y significativos que el grupo sin TCA para BN, TCANE 3 y TCANE 6, especialmente en este último (trastorno por atracón) en que es más del doble (RR = 2,25).

El sobrepeso solo o en combinación con la influencia social contribuye a desarrollar malestar en relación con la apariencia (Montero y Facchini, 2001; Cattarin y Thompson, 1994). Las niñas y los niños con sobrepeso ya a la edad de 5 años presentan un autoconcepto bajo y ello se asocia a mayor nivel de tristeza, soledad y baja autoestima (Davison y Birch, 2001; Phillips y Hill, 1998). Neumark- Stainer, et al. (2002) relaciona el ser objeto de burlas con métodos de control de peso no saludable y patrones alimentarios inadecuados. El peso corporal está determinado por una compleja interacción de factores biológicos y ambientales, aunque un gran porcentaje de la

población piense que el exceso de grasa corporal se debe a la falta de voluntad y del control individual (Puhl y Brownell, 2003). Nuestros resultados coinciden con el estudio de Behar (2010) en cuanto a la relación entre el sobrepeso y la mayor presencia de TCA. Asimismo en el estudio de Calderón, Forns y Varea (2010) en una muestra de adolescentes entre 11 y 17 años de edad muestran en sus resultados que los jóvenes con un mayor IMC tuvieron puntuaciones significativamente más altas en las tres escalas del inventario EDI-2 relacionadas con problemas de TCA.

Los resultados sobre BN de nuestro estudio coinciden con los de Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Connor (2000) donde estudiaron de forma prospectiva durante 5 años a 102 adolescentes mujeres y encontraron una relación entre la presencia de BN y el aumento de peso. Asimismo en el estudio de Guisado et al. (2002) hallaron pacientes con obesidad que a la vez presentaban BN. En cuanto al TCANE 6 o trastorno por atracón (TA) nuestros resultados coinciden con el estudio de Neumark-Sztainer et al. (2007) donde hallaron que alrededor del 40% de las niñas con sobrepeso y el 20% de los niños con sobrepeso son diagnosticados en al menos uno de los (sub)grupos de TCA, principalmente el TA (Neumark-Sztainer, et al., 2002). Asimismo en los resultados del estudio de Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007) el TA se asocia con obesidad. Estudios clínicos indican que entre un 23% y un 46% de las personas obesas presentan TA (Spitzer et al., 1992; Spitzer et al., 1993). Aunque para el (sub) grupo de TCANE 3 no nos consta ningún estudio que aborde directamente su relación con el sobrepeso/obesidad, podemos considerar que de alguna manera forma parte del diagnóstico de BN, dado que se cumplen todos los criterios diagnósticos, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses de acuerdo al DSM-IV-TR.

## **7.2. Limitaciones, puntos fuertes, y futuras líneas de investigación**

El objetivo general de la investigación fue estudiar los problemas de la conducta alimentaria mediante un estudio epidemiológico de dos fases en la población adolescente escolarizada del estado de Nayarit de México. El número de integrantes de nuestro estudio lo percibimos como fortaleza dado que para llevarlo a cabo se hizo una selección inicialmente de 2452 escolares con el propósito de tener una muestra que fuera

representativa de la población del estado. La muestra abarca los niveles de Secundaria y Bachillerato, que incluye las edades comprendidas entre los 11 y 20 años, que son las consideradas de mayor riesgo para los TCA. Se incluyeron todas las regiones del estado con la participación de por lo menos dos de los municipios que las integran incluyendo zonas urbanas y rurales. Hasta el momento este es el primer estudio epidemiológico de TCA en adolescentes escolarizados de doble fase en este estado. Se considera una fortaleza que el estudio se llevó a cabo en 1142 chicos y 1307 chicas, dado que los TCA no son exclusivos de un género en particular ni de ninguna zona.

En el cuestionario sociodemográfico se incluyeron también preguntas como la consideración del estado de salud, las emociones, la satisfacción consigo mismo, los antecedentes de obesidad, anorexia y bulimia y la satisfacción consigo mismo/a que resultaron relevantes y que vienen a enriquecer los datos del estudio. Además, se cuidó que los instrumentos utilizados en el estudio estuvieran todos ellos validados en México. Con la intención de hacer el estudio con la mayor exactitud posible, la investigación se llevó a cabo en dos fases. Se consideró que estos diseños son más fiables para estimar la prevalencia de los TCA, porque aportan cifras más exactas de casos y no casos. Para la selección de las personas de la fase 2 se tuvo en cuenta que fueran representativos de la muestra total en cuanto a las diferentes variables sociodemográficas. Como apoyo para la realización del estudio participaron instituciones desde diferentes ámbitos, como son la salud (Secretaría de Salud) y la educación (Secretaría de Educación y la Universidad Autónoma de Nayarit). Se involucró a los maestros de las instituciones educativas, los alumnos y los padres de familia de estos. Toda la investigación se llevó a cabo de forma personal en cada una de las instituciones.

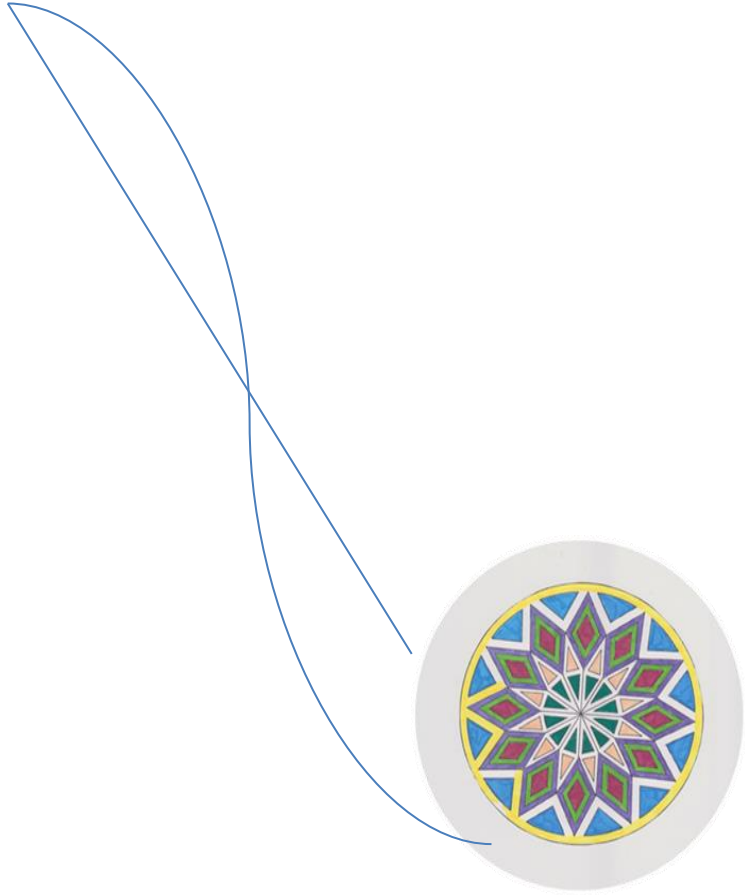
Nuestras principales limitaciones se encuentran en la parte de personal y la falta de apoyo económico para realizar el estudio, si contamos que la autora y un grupo de 6 personas más llevaron a cabo el trabajo de campo, que como hemos mencionado constó en la aplicación de los cuestionarios a la muestra total y posteriormente la realización de más de 600 entrevistas. En las zonas rurales los caminos son difíciles de transitar y no tienen seguridad. Por estos motivos necesitábamos programarnos con transportes facilitados por las instituciones, dependiendo de su disponibilidad de tiempo y de personal. Aunque hay menos personas en las zonas rurales que urbanas en el estado,

consideramos que podríamos haber abarcado una muestra mayor en estas zonas. Como consecuencia de esta dinámica la aplicación de los cuestionarios y la realización de las entrevistas nos llevaron más tiempo de lo esperado. Podemos pensar que el tiempo que pasó entre la primera y la segunda fase podría haber influido en los resultados del estudio. Hubiera sido interesante hacer modelos predictivos con regresión, considerada como una parte importante del arsenal de la investigación clínica con fines pronósticos en investigación. Algunos de los adolescentes en el transcurso de las aplicaciones han solicitado apoyo de forma espontánea, y han surgido comentarios como “yo hago algunas de estas cosas, pero no sé qué hacer cuando me pasa”. También hemos encontrado comentarios espontáneos sobre distintas situaciones personales difíciles que atraviesan algunos adolescentes en estos momentos; por ello, podría resultar muy interesante realizar estudios de tipo cualitativo en esta área.

Estos resultados son solo un primer acercamiento al campo de los TCA en Nayarit con un estudio de doble fase. Pienso que futuras investigaciones podrían ampliar el universo de la muestra y extenderse a todos los municipios de la región de estudio incluyendo las zonas rurales. Se considera necesario que las próximas investigaciones se realicen con el personal y el apoyo económico suficiente al considerar el tamaño de la muestra, los lugares a los que hay que desplazarse y el material necesario para la investigación y de esta manera tener la oportunidad de que puedan llevarse a cabo este tipo de estudios en menor tiempo y con menos desgaste personal. Aún hay mucho por hacer en este campo si consideramos que los TCA han alcanzado una distribución global y su prevalencia puede variar entre los países y entre las regiones dentro de los países con la intención de tener la oportunidad de tomar las medidas necesarias para encontrar soluciones que se adapten a nuestro contexto directamente en los casos de TCA. No sólo es importante sino necesario continuar con el estudio de los TCA en población adolescente en México, ya que en algunas zonas no existen datos, por lo que es relevante extender el universo a diferentes entidades y no centrarse, como ha venido sucediendo, solo en algunos lugares del país. Es necesario contar con investigaciones de TCA que nos proporcionen información para conocer su prevalencia, su comportamiento y comparar resultados en diferentes edades, contextos y culturas, con el fin de hacer uso común de estrategias que apoyen la elaboración de programas preventivos y tratamientos. Las

consecuencias personales, el costo económico y la incesante influencia de los medios de comunicación para la interiorización de cuerpos con extrema delgadez, además de la obesidad como un factor de riesgo, son motivos suficientes para saber que es una tarea que apenas comienza.





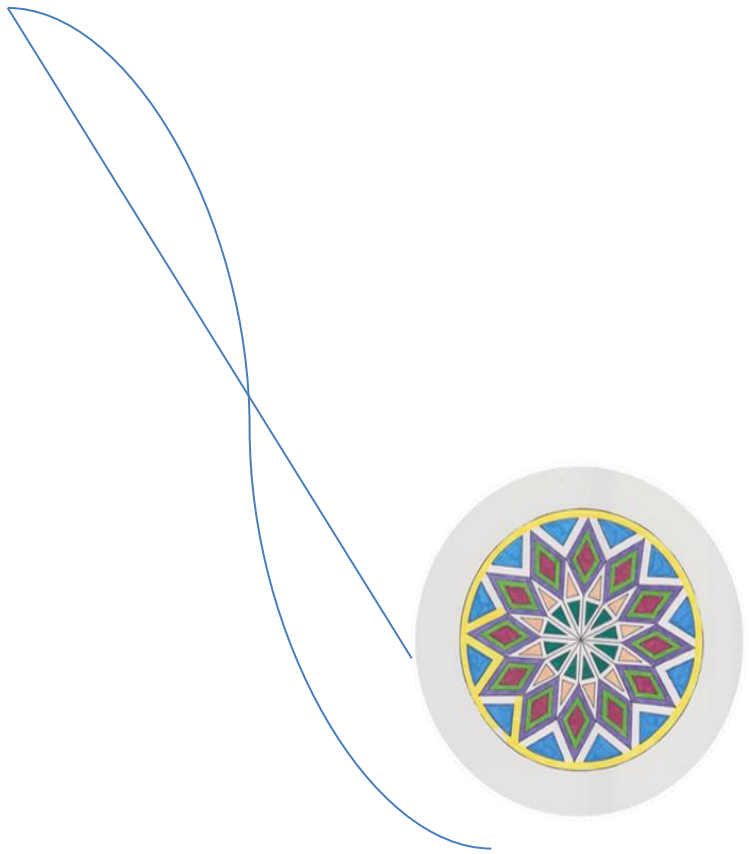
## **8. CONCLUSIONES**





- ◆ La prevalencia de TCA en la población escolarizada en el Estado de Nayarit, México es del 9,84%. La prevalencia de AN es de 0,45%, de BN es de 2,8% y de TCANE es de 6,6%; estos resultados siguen parámetros similares a otros estudios anteriores.
- ◆ Las chicas presentan mayor frecuencia de antecedentes de obesidad y AN que los chicos. Se perciben con más sobrepeso y obesidad y manifiestan mayores porcentajes en las emociones de tristeza y enojo.
- ◆ Las chicas tienen mayor influencia del modelo estético corporal. En las actitudes alimentarias alteradas presentan una mayor distorsión y una mayor preocupación por el peso y la figura.
- ◆ Las chicas presentan mayor porcentaje de restricción dietética, vómito autoinducido y el uso de laxantes para el control de peso.
- ◆ Los chicos utilizan el ejercicio físico como estrategia de control de peso significativamente más a menudo que las chicas.
- ◆ En función del área de residencia, se observa que en el área urbana los porcentajes de antecedentes de obesidad son más altos que en el área rural.
- ◆ La preocupación por la comida, el peso y la figura así como la conducta restrictiva y las actitudes alteradas se presentan principalmente en personas del área urbana.
- ◆ En función del sexo, la prevalencia de TCA es mayor en el sexo femenino que en el masculino, aunque la prevalencia de AN restrictiva es mayor en el sexo masculino y la prevalencia del (sub) grupo de TCANE 4 es muy similar en ambos sexos.
- ◆ Las zonas urbanas muestran una mayor prevalencia global de TCA que las rurales. Por subtipos de TCA el área urbana presenta valores más altos en el TCANE 3 y el área rural mayor prevalencia de TCANE 6.
- ◆ El grupo con TCA con respecto al grupo sin TCA presenta porcentajes más altos de antecedentes de obesidad y mayor percepción de sobrepeso y obesidad. Con respecto a las emociones, los porcentajes más altos se concentran en la tristeza y el enojo y las personas del grupo con TCA muestra menor satisfacción consigo mismas.
- ◆ Los participantes con TCA presentan una mayor influencia del modelo estético corporal que los participantes sin TCA.

- ◆ En cuanto a los patrones de ingesta, el porcentaje de personas que nunca desayunan, comen y cenan es más alto en los participantes con TCA. En el grupo con TCA es más frecuente el patrón de una o ninguna ingesta que en el grupo sin TCA.
- ◆ El porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad es más alto en el grupo de TCA que en el grupo sin TCA. El grupo con TCA presenta porcentajes más altos y significativos especialmente en TCANE 6, seguido de BN y finalmente TCANE 3.



## **9. REFERENCIAS**





- Abellán García, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(5), 340-342.
- Acosta, M., Díaz, C., Gómez, B., Núñez, A., y Ortiz-Hernández, L. (2006). Percepción de la imagen corporal, consumo de alimentos y actividad física en estudiantes de un colegio de bachilleres. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 12(3), 161-171
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., y Perry, C. (2003). Overeating among adolescents: Prevalence and association with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics*, 111, 67-74. Doi: 10.1542/peds.111.1.67
- Agras, W. S. (2010). Introduction and overview. En W.S. Agras (ed.), *The Oxford handbook of eating disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Agras, W. S., Bryson, S., Hammer, L. D., y Kraemer, H. C. (2007). Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 171-178. Doi: 10.1097/chi.0b013e31802bd997
- Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W., y Kasper, S. (2011). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*, 12(6), 400-443. Doi: 10.3109/15622975.2011.602720
- Aitziber, P. J., Etxebarria, B. I., Cruz, M. S., y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247.
- Al-Adawi, S., Dorvlo, A. S., Burke, D. T., Al-Bahlani, S., Martin, R. G., y Al-Ismaily, S. (2002). Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non-Omani adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1124-1130. Doi: 10.1097/01.CHI.0000020263.43550.A2
- Altamura, C., Paluello, M. M., Mundo, E., Medda, S., y Mannu, P. (2001). Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(3), 105-108. Doi: 10.1007/s004060170042
- Alvarenga, M. D. S., Lourenço, B. H., Philippi, S. T., y Scagliusi, F. B. (2013). Disordered eating among Brazilian female college students. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 879-888. Doi: 10.1590/S0102-311X2013000500006

- Álvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J., y Vázquez-Arévalo, R. (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública, 11*(4), 568-578.
- Álvarez, G., Mancilla, J. M., y Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Revista Psicología Contemporánea, 7*(1), 74-85.
- Álvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M., y Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología, 19*(1), 47-56.
- Alves, E., Vasconcelos, G. F., Marino, C. M., y Neves, J. D. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública, 24*(3), 503-12.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amigo, I. (2003). *La delgadez imposible: la lucha contra la imposición de la imagen*. Paidós.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2009). *Manual de Psicología de la Salud* (3era.ed.). Madrid: Pirámide.
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. y Treasure, J. (2009). Lifetime course of eating disorders: design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychological Medicine, 39*(1), 105-114. Doi: 10.1017/S0033291708003292
- Anderson-Fye, E. P., y Becker, A. E. (2004). Sociocultural aspects of eating disorders. En J.K. Thompson (Ed.), *Handbook of Eating Disorders and Obesity* (pp. 565-589). New York: Wiley.
- Ángel, L. A., Martínez, L. M., y Gómez, M. T. (2008). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de bachillerato. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, 56*(3), 193-210.



- Arcelus, J., Witcomb, G. L., y Mitchell, A. (2014). Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 92-101. Doi: 10.1002/erv.2271
- Arrufat, F. J. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- Babio, N., Canals, J., Pietrobelli, A., Pérez, S., y Arijia, V. (2009). A two-phase population study: Relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*, 24(4), 485-491.
- Ballabriga, A. y Carrascosa, A. (2001). Valoración del estado nutricional y Obesidad en la infancia y adolescencia. *Nutrición en la Infancia y la Adolescencia*, (2 ed.). Barcelona: Ergon.
- Baratelli, A. (2008). *Sociocultural influences on body image dissatisfaction in Venezuelan college-aged women*. Tesis Doctoral: University of Florida.
- Barlett, C. P., Vowels, C. L., y Saucier, D. A. (2008). Meta-analyses of the effects of media images on men's body-image Concerns. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(3), 279-310 Doi: 10.1521/jscp.2008.27.3.279
- Bartrina, J. A., Pérez R. C., Ribas, B. L. y Serra M. L. (2005). Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 7(1), 13-20
- Barriguete-Meléndez, J. A., Unikel-Santoncini, C., Aguilar-Salinas, C., Córdoba-Villalobos, J. Á., Shamah, T., Barquera, S., y Hernández-Ávila, M. (2009). Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico: Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública de México*, 51, S638-S644. Doi: 10.1590/S0036-36342009001000019
- Barry, A., y Lippmann, S. B. (1990). Anorexia nervosa in males. *Postgraduate Medicine*, 87(8), 161-165.
- Bay, L., Rausch Herscovici, C., Kovalskys, I., Berner, E., Orellana, L., y Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(4), 305-316.

- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., y Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217-229. Doi: 10.1007/s10964-005-9010-9
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., y Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(5), 287-294. Doi 10.1007/s00787-004-0407-x
- Behar, R. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 136(12), 1589-1598. Doi: 10.4067/S0034-98872008001200013
- Behar, R. (2010). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(2), 135-146. Doi: 10.4067/S0717-92272010000300006
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B., y Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 45(3), 211-220. Doi: 10.4067/S0717-92272007000300005
- Behar, R., Vargas, C., y Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(1), 26-36. Doi: 10.4067/S0717-92272011000100004
- Benjet, C., Borges, G., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, E., y Méndez, E. (2009). La encuesta de salud mental en adolescentes de México. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., y Medina, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6), 483-490.
- Birketvedt, G. S., Florholmen, J., Sundsfjord, J., Østerud, B., Dinges, D., Bilker, W. y Stunkard, A. (1999). Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 282(7), 657-663. Doi: 10.1001/jama.282.7.657
- Bjørnelv, S., Mykletun, A., y Dahl, A. A. (2002). The influence of definitions on the prevalence of eating problems in an adolescent population. *Eating and Weight*

- Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 7(4), 284-292. Doi: 10.1007/BF03324974
- Blodgett, S. E. H. y Gondoli, D. M. (2010). A 4-year longitudinal investigation of the processes by which parents and peers influence the development of early adolescent girls' bulimic symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 31(3), 390-414. Doi: 10.1177/0272431610366248
- Bojorquez, I., Saucedo-Molina, T., Juárez-García, F., y Unikel-Santoncini, C. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 29(1), 29-39.
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2002). *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Prevalencia de casos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*, 8(10), 12-32.
- Borda, M., Torres, I., y Del Río, C. (2008). Dysthymia in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 65-75.
- Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., Story, M., y Resnick, M. D. (2002). Weight control behaviours among obese, overweight, and non-overweight adolescents. *Journal of Paediatric Psychology*, 27(6), 531-540. Doi: 10.1093/jpepsy/27.6.531
- Brewerton, T. D. (1995). Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 20(6), 561-590. Doi: 10.1016/0306-4530(95)00001-5
- Brewerton, T. D. (2004). Eating disorders, victimization, and comorbidity: Principles of treatment. *Medical Psychiatry*, 26, 509-546.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide *Behavior Therapy*, 22(1), 1-12. Doi: 10.1016/S0005-7894(05)80239-4
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within* (Vol. 5052). New York: Basic Books.
- Brusset, B., y Bertrand, M. M. (1985). *La anorexia: inapetencia de origen psíquico en el niño y en el adolescente*. Buenos Aires: Planeta.
- Bryant-Waugh, R., y Lask, B. (1995). Annotation: Eating disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(2), 191-202. Doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01820.x

- Button, E. J., Benson, E., Nollett, C., y Palmer, R. L. (2005). Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): patterns of service use in an eating disorders service. *Psychiatric Bulletin*, 29(4), 134-136. Doi: 10.1192/pb.29.4.134
- Calderón, C., Forns, M., y Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647. Doi: 10.3305/nh.2010.25.4.4477
- Calderón, L. L., Yu, C. K., y Jambazian, P. (2004). Dieting practices in high schools students. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(9), 1369-1374. Doi: 10.1016/j.jada.2004.06.017
- Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A. J., y Munguía, E. K. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51-55.
- Canals, J., Barceló, R., y Doménech, E. (1990). Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. *Revista de Psiquiatría Infantil*, 4, 265-268.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J., y Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: Dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16, 21-26.
- Carlson J. D., y Crawford, J. K. (2006). The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 257-269.
- Carter, J. C., Stewart, D. A., y Fairburn, C. G. (2001). Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 625-632. Doi: 10.1016/S0005-7967(00)00033-4
- Carrasco, E. (2000). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. *Ed. Salvador*, 33, 386-396.
- Cash, T. F. (1997). *The Body image Workbook. An 8-step program for learning to like your looks*. Nueva York: New Harbinger Publications.
- Cash, T. F. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 438-442. Doi: 10.1093/clipsy.bpi055

- Cash, T. F. y Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, (22), 107-125. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:23.0.CO;2-J
- Cash, T. F., y Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Casillas-Estrella, M., Montañaño-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Barcardí-Gascón, M. y Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomedica*, 17(4), 243-249.
- Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C., y Davis, J. M. (1980). Bulimia: Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37(9), 1030 - 1035. Doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780220068007
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Cattarin, J. A., y Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 2(2), 114-125. Doi: 10.1080/10640269408249107
- Chatoor, I. (1999). Causes, symptoms, and effects of eating disorders: Child development as it relates to anorexia nervosa and bulimia nervosa. En R. Lemberg y L. Cohn (Eds.), *Eating disorders: A reference sourcebook* (pp. 17-21). Phoenix, AZ: The Oryx Press.
- Chávez, H. A. M., Macías, G. L. F., Gutiérrez, M. R., Martínez, H. C., y Ojeda, R. D. (2004). *Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses*. Universidad de Guanajuato: Dirección de Investigación y Posgrado.
- Chernin, K. (1981). *The obsession: Reflections on the tyranny of slenderness*. New York: Harper and Row.
- Clark, A., Cledes, H., y Bean, R. (1993). *Cómo desarrollar la autoestima en adolescentes*. Madrid: Debate.
- Clarkson, H., y Riedl, J. (1996). Fear of thinness. *The American Journal of Psychiatry*, 153(3), 441-441.

- Clemente, A., Molero, R. y González, F. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de Psicología*, 16(2), 189-198.
- Cogan, J. C., Bhalla, S. K., Sefa-Dedeh, A., y Rothblum, E. D. (1996). A comparison study of United States and African students on perceptions obesity and thinness. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(1), 98-113.
- Colas, C. L. (1991). Eating disorders and retinal lesions in type 1 (insulin-dependent) diabetic women. *Diabetología*, 34(4), 288-288. Doi: 10.1007/BF00405092
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., y Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1240-1243. Doi: 10.1136/bmj.320.7244.1240
- Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D., y Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: International survey. *British Medical Journal* 335(7612), 194-197. Doi: 10.1136/bmj.39238.399444.55
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social). (2010). La pobreza por ingresos en México. Disponible en: [http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info\\_public/PDF\\_PUBLICACIONES/P](http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/PDF_PUBLICACIONES/P).
- Corsica, J. A., y Hood, M. M. (2011). Eating disorders in an obesogenic environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 996-1000.
- Correa, M. L., Zubarew, T., Silva, P., y Romero, M. I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(2), 153-160. Doi: 10.4067/S0370-41062006000200005
- Crisp, A. H., Harding, B., y McGuiness, B. (1974). Anorexia nervosa. Psychoneurotic characteristics of parents: Relationship to prognosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 18(3), 167-173. Doi: 10.1016/0022-3999(74)90017-8
- Crispo, R., Guelar, D., y Figueroa, E. (1996). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber: un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., y Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166-175. Doi: 10.1016/S1054-139X(02)00368-3

- Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M., y Neumark-Sztainer, D. (2006). Psychosocial and behavioral correlates of dieting among overweight and non-overweight adolescents. *Journal of Adolescent Health, 38*(5), 569-574. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.05.019
- Culbert, K. M., Burt, S. A., McGue, M., Iacono, W. G., y Klump, K. L. (2009). Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 788. Doi: 10.1037/a0017207
- Culbert, K. M., Racine, S. E., y Klump, K. L. (2011). The Influence of Gender and Puberty on the Heritability of Disordered Eating Symptoms. *Behavioral Neurobiology of Eating Disorders, 6*, 177- 185.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., y Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry, 186*(2), 132-135. Doi: 10.1192/bjp.186.2.132
- Dalle Grave, R., De Luca, L., y Olivosi, M. (1997). Eating attitudes and prevalence of eating disorders: a survey in secondary schools in Lecce, southern Italy. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2*(1), 34-37. Doi: 10.1007/BF03339947
- Daneman, D., Olmsted, M., Rydall, A., Maharaj, S., y Rodin, G. (2004). Eating disorders in young women with type 1 diabetes. *Hormone Research in Paediatrics, 50*(1), 79-86.
- Daneman, D., y Rodin, G. (1999). Eating disorders in young women with type 1 diabetes: a cause for concern? *Acta Paediatrica, 88*(2), 117-119. Doi: 10.1111/j.1651-2227.1999.tb01067.x
- Danne, T., Weber, B., Hartmann, R., Enders, I., Burger, W. y Hovener, G. (1994). Long-term glycemic control has a nonlinear association to the frequency of background retinopathy in adolescents with diabetes: follow-up of the Berlin Retinopathy Study. *Diabetes Care, 17*(12), 1390-1396. Doi: 10.2337/diacare.17.12.1390
- Davison, K. K., y Birch, L. L. (2001). Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics, 107*(1), 46-53. Doi: 10.1542/peds.107.1.46
- Davison, K. K., Markey, C. N., y Birch, L. L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders, 33*(3), 320-332. Doi: 10.1002/eat.10142

- Decaluwé, V., y Braet, C. (2005). The cognitive behavioural model for eating disorders: A direct evaluation in children and adolescents with obesity. *Eating Behaviors*, 6(3), 211-220. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.01.006
- De Gracia, M., Marcó, M., y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19(4), 646-653.
- Del Río, C., Borda, M., Torres, I., y Lozano, J. F. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 1(2), 1-10.
- De la Serna, I. (2001). Factores biológicos y psicosociales relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en varones. *Interpsiquis*, 2, 1-6.
- Díaz, B. M., Rodríguez, M. F., Martín, L. C., y Hiruela, B. M., (2003). Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención primaria*, 32(7), 403-407. Doi: 10.1016/S0212-6567(03)70756-2
- Domargård, A., Särnblad, S., Kroon, M., Karlsson, I., Skeppner, G., y Åman, J. (1999). Increased prevalence of overweight in adolescent girls with type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*, 88(11), 1223-1228. Doi: 10.1111/j.1651-2227.1999.tb01021.x
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A., y Suris, J. C. (2009). Disordered eating behaviors: what about boys? *Journal of Adolescent Health*, 44(2), 111-117. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.07.019
- Doyle, A. C., Grange, D., Goldschmidt, A., y Wilfley, D. E. (2007). Psychosocial and physical impairment in overweight adolescents at high risk for eating disorders. *Obesity*, 15(1), 145-154. Doi: 10.1038/oby.2007.515
- Drewnowski, A., Hopkins, S. A., y Kessler, R. C. (1988). The prevalence of bulimia nervosa in the US college student population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1322-1325. Doi: 10.2105/AJPH.78.10.1322
- Drewnowski, A., Kurth, C. L., y Krahn, D. D. (1995). Effects of body image on dieting, exercise and steroid use in adolescent males. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 381-386. Doi: 10.1002/1098-108X(199505)
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., et al; Centers for Disease Control and Prevention



- (CDC). (2008). Youth risk behavior surveillance-United States, 2007. *Surveillance Summaries*, 57, 1-131.
- Eddy, K., Dorer, D., Franko, D., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., y Herzog, D. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245-250. Doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060951
- Edlund, B., Halvarsson, K., y Sjöden, P. O. (1996). Eating Behaviours, and Attitudes to Eating, Dieting, and Body Image in 7-year-old Swedish Girls. *European Eating Disorders Review*, 4(1), 40-53. Doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(199603)
- Edmunds, H., y Hill, A. J. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 435-440. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199905)25:4<435::AID-EAT8>3.0.CO;2-3
- Eisenberg, M. E., y Neumark-Sztainer, D. (2010). Friends' dieting and disordered eating behaviors among adolescents five years later: findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 67-73. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.12.030
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., y Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 157(8), 733-738. Doi:10.1001/archpedi.157.8.733
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., y Perry, C. (2005). The role of social norms and friends' influences on unhealthy weight-control behaviors among adolescent girls. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1165-1173. Doi: 10.1016/j.socscimed.2004.06.055
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., y Paxton, S. J. (2006). Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 521-527. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.05.007
- Ericsson, M., Carlos Poston II, W. S., y Foreyt, J. P. (1996). Common biological pathways in eating disorders and obesity. *Addictive Behaviors*, 21(6), 733-743. Doi: 10.1016/0306-4603(96)00032-9
- Escobar, S. G., y Medina, J. L. V. (2014). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y Salud*, 15(2), 257-262.

- Escoto- Ponce de León, M., y Camacho Ruiz, E. (2008). Propiedades psicométricas del Test Infantil de Actitudes Alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 99-106.
- Espinoza, P., Penelo, E., y Raich, R.M. (2009). Factores de riesgo de alteraciones alimentarias en adolescentes españoles y chilenos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17(3), 481-498.
- Espinoza, P., Penelo, E., y Raich, R. M. (2010). Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: What happens 2 years later? *Body Image*, 7(1), 70-73. Doi: 10.1016/j.bodyim.2009.09.002
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370. Doi: 10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#
- Fairburn, C. G., y Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 691-701. Doi: 10.1016/j.brat.2004.06.011
- Fairburn, C. G., y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12<sup>th</sup> ed.). In: C. G. Fairburn, & G. T. Wilson, *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., y Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1705-1715. Doi: 10.1016/j.brat.2007.01.010
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., y O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 659-665. Doi: 10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-57-7-yoa9404
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., y Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468-476. Doi: 10.1001/archpsyc.56.5.468.

- Fernández-Aranda, F. y Jiménez –Murcia, S. (2009). Evidence based therapy for males with an eating disorder. En I.F. Dancyger & Formari (eds.) *Evidence-based treatment for eating disorders: Children, Adolescent and Adults*, 155-170. New York: Nova Science.
- Ferrando, D. B., Blanco, M. G., Masó, J. P., Gurnés, C. S., y Avellí, M. F. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(4), 207-212.
- Fichter, M. M., y Quadflieg, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 359-385. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199912)26:4<359::AID-EAT2>3.0.CO;2-7
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, C. B., y Laird, N. M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(6), 574-579. Doi: 10.1001/archpedi.162.6.574
- Field, A. E., Austin, S. B., Taylor, C. B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H. R., y Colditz, G. A. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112 (4), 900-906. Doi: 10.1542/peds.112.4.900
- Figuroa D, C., Urrejola P, H. I., Unger, C., Lizana, P., Pique, V. y San Martín, C. (2004). Recorridos en el Continuum de los Trastornos Alimentarios en una Muestra de Adolescentes Chilenos. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia* 15(1), 28-38.
- Fisher, M., Pastore, D., Schneider, M., Pegler, C., y Napolitano, B. (1994). Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 67-74. Doi: 10.1002/1098-108X(199407)16:1<67::AID-EAT2260160107>3.0.CO;2-I
- Folk, L., Pedersen, J., Y Cullari, S. (1993). Body satisfaction and self-concept of third-and sixth-grade students. *Perceptual and Motor Skills*, 76(2), 547-553.
- Fredrickson, B. L., y Roberts, T. (1997). Objectification Theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 172-206. Doi: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x

- Gandarillas-Grande, A., y Febrel, C. (2002). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
- García-Viniegras, V. C., y González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- García, M. V. A., y Peresmitré, G. G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.
- Garner, D. M., y Garfinkel P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: Validation of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9,(2), 273-279. doi: 10.1017/S0033291700030762
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Cathy Spegg, M. B. A., Goldbloom, D. S., y Kennedy, S. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1052-1058
- Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. Doi: 10.1017/S0033291700030762
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., y Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47(2), 483-491. Doi: 10.2466/pr0.1980.47.2.483
- Garner, D. M., Olmsted, M. A., y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Gayou-Esteva, U., y Ribeiro-Toral, R. (2014). Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 115-123.
- Gila, A., Castro, J., Gómez, M. J., y Toro, J. (2005). Social and body self-esteem in adolescents with eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 63-71.

- Gila, A., Castro, J., Toro, J., y Salamero, M. (2004). Subjective body image dimensions in normal female population: Evolution through adolescence and early adulthood. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 1-10.
- Gismero, G. E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas
- Goldschmidt, A. B., Aspen, V. P., Sinton, M. M., Tanofsky-Kraff, M., y Wilfley, D. E. (2008). Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*, 16(2), 257-264. Doi: 10.1038/oby.2007.48
- Gómez Peresmitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(1), 17-27.
- Gómez Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 31-40.
- Gómez Peresmitré, G., y Acosta García, M. A. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud*, 11(1), 35-58.
- Gómez-Peresmitré, G., y Acosta-García, M. (2002). Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (México/España). *Psicothema*, 14(2), 221-226.
- Gómez Peresmitré, G., Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S., y Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(3) 313-324.
- Gordon, R. A. (2001). Eating disorders East and West: A culture-bound syndrome unbound. *Eating Disorders and Cultures in Transition*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Gowers, S. G., y Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 236-242.
- Gracia, M. (2002). Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: la construcción social de la anorexia nerviosa. *Somos lo que comemos*. Barcelona: Ariel.
- Grave, R. D. (2011). Eating disorders: Progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22(2), 153-160. Doi: 10.1016/j.ejim.2010.12.010

- Gregory, J. W., Wilson, A. C., y Greene, S. A. (1992). Body fat and overweight among children and adolescents with diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 9(4), 344-348. Doi: 10.1111/j.1464-5491.1992.tb01794.x
- Grilo, C. M. (2006). *Eating and Weight Disorders*. New York: Psychology Press.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., Harris W., McManus T., Chyen D. y Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance-United States, 2003. Morbidity and Mortality Weekly Report. *Surveillance Summaries*, 53(2), 1-96.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Guadarrama, R. G., y Mendoza, S. A. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 125-136.
- Guerro-Prado, D., Barjau Romero, J. M., y Chinchilla Moreno, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 403-410.
- Guisado, J. A., Vaz, F. J., Alarcón, J., Béjar, A., Casado, M., y Rubio, M. A. (2002). Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana de Endocrinología*, 13(1), 29-34.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Olesen, J., et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779. Doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.08.008
- Gull, W.W. (1874). Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.
- Hagan, M. M., y Moss, D. E. (1995). Effect of peptide YY (PYY) on food-associated conflict. *Physiology & Behavior*, 58(4), 731-735. Doi: 10.1016/0031-9384(95)00100-W
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., y Hannan, P. J. (2006). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: Longitudinal findings from Project

- EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117(2), e209-e215. Doi: 10.1542/peds.2005-1242
- Haley, C. C., Hedberg, K., y Leman, R. F. (2010). Disordered eating and unhealthy weight loss practices: Which adolescents are at highest risk? *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 102-105. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.12.023
- Halmi, K. A., Falk, J. R., y Schwartz, E. (1981). Binge-eating and vomiting: A survey of a college population. *Psychological Medicine*, 11(04), 697-706. Doi: 10.1017/S0033291700041192
- Hargreaves, D., y Tiggemann, M. (2009). Muscular ideal media images and men's body image: Social Compariso processing and individual vulnerability. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(2), 109-119. Doi: 10.1037/a0014691
- Hart, K. J., y Ollendick, T. H. (1985). Prevalence of bulimia in working and university women. *The American Journal of Psychiatry*, 142(7), 851-854.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 348-356. Doi: 10.1002/cpp.628
- Hawkins II, R. C., y Clement, P. F. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies. *Addictive Behaviors*, 5(3), 219-226. Doi: 10.1016/0306-4603(80)90042-8
- Hay, P. J., Fairburn, C. G., y Doll, H. A. (1996). The classification of bulimic eating disorders: a community-based cluster analysis study. *Psychological Medicine*, 26(4), 801-812. Doi: 10.1017/S003329170003782X
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 552-556. Doi: 10.1002/eat.20646
- Hebebrand, J., y Bulik, C. M. (2011). Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 665-678. Doi: 10.1002/eat.20875
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., y Stormer, S. (1995). Development and validation of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 81-89. Doi: 10.1002/1098-108X(199501)17:1<81::AID-EAT2260170111>3.0.CO;2-Y

- Hernández-Ávila, M., Garrido-Latorre, F., y López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42(2), 144-154. Doi: 10.1590/S0036-36342000000200010
- Hill A. J., y Murphy J. A. (2000). The psychosocial consequences of fat teasing in young adolescents children. *International Journal of Obesity* 24(1), 161-173.
- Hoek, H. W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine*, 21(02), 455-460. Doi: 10.1017/S0033291700020560
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394. Doi: 10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
- Hoek, H. W., y Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. Doi: 10.1002/eat.10222
- Hoffman, R. P. (2001). Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes. A closer look at a complicated condition. *Postgraduate Medicine*, 109(4), 67-69.
- Holmqvist, K., Lunde, C., y Frisén, A. (2007). Dieting behaviors, body shape perceptions, and body satisfaction: Cross-cultural differences in Argentinean and Swedish 13-year-olds. *Body Image*, 4(2), 191-200. Doi: 10.1016/j.bodyim.2007.03.001
- Hollingshead, A. B. (1975). Four factor index of social status. New Haven, CT: Yale University, Department of Sociology. Disponible en: <http://psy6023.alliant.wikispaces.net/file/view/Hollingshead+SES.pdf>. Recuperado 26 de noviembre de 2013.
- Horowitz, L. M., French, R., y Anderson, C. A. (1982). The prototype of a lonely person. In L. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 183–205). New York: Wiley.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. Doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Huebner, H. F. (1993). *Endorphins, eating disorders and other addictive behaviours*. New York: Norton & Company.



- Hutchinson, D. M., y Rapee, R. M. (2007). Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1557-1577. Doi: 10.1016/j.brat.2006.11.007
- Imaz, C., Ballesteros, M., Higuera, M., y Conde, V. (2008). Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 75-81.
- Instituto Nacional de la Salud (1995). *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: INSALUD
- Jackson, L. A. (2002). Physical Attractiveness: A sociocultural perspective. En T. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 13-21). New York: Guildford Press.
- Jackson, T., y Chen, H. (2007). Identifying the eating disorder symptomatic in China: the role of sociocultural factors and culturally defined appearance concerns. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 241-249. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.09.010
- Jackson, T., y Chen, H. (2011). Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence: Prospective evidence from mainland Chinese boys and girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 454-464. Doi: 10.1037/a0022122
- Jacobi, C., y Fittig, E. (2010). Psychosocial risk factors for eating disorders. In W. S. Agras (Ed.), *The Oxford handbook of eating disorders* (pp. 123-126). New York: Oxford University Press.
- Jadresic A. Ojeda, C., y Pérez, G. (2000). Relaciones psiconeuroendocrinas del estrés. En: Jadresic A, Ojeda C, Pérez G: *Psiconeuroendocrinología* (pp. 13-25). Santiago: Mediterráneo.
- Jennings, P. S., Forbes, D., McDermott, B., Juniper, S., y Hulse, G. (2005). Acculturation and eating disorders in Asian and Caucasian Australian adolescent girls. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(1), 56-61. Doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01332.x
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 545-552. Doi: 10.1001/archpsyc.59.6.545
- Johnson, C., y Connors, M. E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspectives*. New York: Basic Books

- Johnson-Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A., y Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls—a prospective epidemiological study: Factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18(03), 615-622. Doi: 10.1017/S0033291700008291
- Kalra, S. P., Dube, M. G., Sahu, A., Phelps, C. P., y Kalra, P. S. (1991). Neuropeptide Y secretion increases in the paraventricular nucleus in association with increased appetite for food. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 88(23), 10931-10935.
- Kalucy, R. S., Crisp, A. H., y Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 50(4), 381-395. Doi: 10.1111/j.2044-8341.1977.tb02437.x
- Kandel, E., Schwartz, J., y Jessell, T. (1997). *Neurociencia y conducta*. Madrid: Prentice Hall.
- Karazsia, B., y Crowther, J. (2009). Social body compararison and internalization: mediator of social influences on men's muscularity-oriented body dissatisfaction. *Body Image*, 6(2), 105-112. Doi: 10.1016/j.bodyim.2008.12.003
- Kaye, W. H., Klump, K. L., Frank, G. K. W., y Strober, M. (2000). Anorexia and bulimia nervosa. *Annual Review of Medicine*, 51(1), 299-313. Doi: 10.1146/annurev.med.51.1.299
- Kearney-Cooke, A. (2002). Familial influences on body image development. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, and clinical practice* (pp. 99-108). New York: Guilford Press.
- Keel, P. K., y Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129(5), 747-769. Doi: 10.1037/0033-2909.129.5.747
- Kendell, R. E., Hall, D. J., Hailey, A., y Babigian, H. M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 3(02), 200-203. Doi: 10.1017/S0033291700048522
- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., y Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1627-1637.

- Khan, Y., y Montgomery, A. M. J. (1996). Eating attitudes in young females with diabetes: Insulin omission identifies a vulnerable subgroup. *British Journal of Medical Psychology*, 69(4), 343-353. Doi: 10.1111/j.2044-8341.1996.tb01877.x
- Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., y Gøtestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating behaviors*, 5(1), 13-25. Doi: 10.1016/S1471-0153(03)00057-6
- Klerman, G. L. (1987). Cognitive dysfunction, vulnerability, and integrating theories of depression. *Integrative Psychiatry*, 5, 32-35.
- Klump, K. L., Burt, S. A., McGue, M., y Lacono, W. G. (2007). Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence: a longitudinal twin study. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1409-1415. Doi: 10.1001/archpsyc.64.12.1409.
- Klump, K. L., Burt, S. A., Spanos, A., McGue, M., Lacono, W. G., y Wade, T. D. (2010). Age differences in genetic and environmental influences on weight and shape concerns. *International Journal of Eating Disorders*, 43(8), 679-688. Doi: 10.1002/eat.20772
- Klump, K. L., Keel, P. K., Sisk, C., y Burt, S. A. (2010). Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychological Medicine*, 40(10), 1745-1753. Doi: 10.1017/S0033291709992236
- Klump, K. L., Perkins, P. S., Burt, S. A., McGue, M., y Lacono, W. G. (2007). Puberty moderates genetic influences on disordered eating. *Psychological Medicine*, 37(5), 627-634. Doi: 10.1017/S0033291707000189
- Klump, K. L., Suisman, J. L., Burt, S. A., McGue, M., y Lacono, W. G. (2009). Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 797-805. Doi: 10.1037/a0017204
- Knoll, S., Bulik, C. M., y Hebebrand, J. (2011). Do the currently proposed DSM-5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescents? *European child & adolescent psychiatry*, 20(2), 95-101. Doi: 10.1007/s00787-010-0141-5

- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S. y Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 337-343. Doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830160065009.
- Lacey, J. H., y Dolan, B. M. (1988). Bulimia in British blacks and Asians. A catchment area study. *The British Journal of Psychiatry*, 152(1), 73-79. Doi: 10.1192/bjp.152.1.73
- Lauer, K. (1990). Transition in adolescence and its potential relationship to bulimic eating and weight control patterns in women. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 8-16.
- Lawler, M., y Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59-71. Doi: 10.1007/s10964-009-9500-2
- Leiderman, E., y Triskier, F. (2004). Actitudes, conductas alimentarias y rasgos obsesivo compulsivos en adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex - Revista Argentina de Psiquiatria*, 15(57), 175-179.
- León Hernández, R. C., y Aizpuru de la Portilla, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 112-118.
- Levine, M. P., y Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. In J. Crowther, D. Tennenbaum, S. Hobfoll, & M. A. P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 59-80). Washington, DC: Hemisphere.
- Levine, M. P., y Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. En T. Cash y T. Pruzinsky (Ed.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (74-82). New York: Guildford Press.
- Levine, M. P., y Smolak, L., (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewis, D. E., Shellard, L, Koeslag, D. G., Boer, D. E., McCarthy, H. D., McKibbin, P. E., y Williams, G. (1993). Intense exercise and food restriction cause similar hypothalamic neuropeptide Y increases in rats. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 264(2), E279-E284.

- Lewinsohn, P. M., Streigel-Moore, R. H., y Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1284-1292. Doi: 10.1097/00004583-200010000-00016
- Lindberg, L., y Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 397-408. Doi: 10.1002/eat.10221
- Livingstone, B. (2000). Epidemiology of childhood obesity in Europe. *European Journal of Pediatrics*, 159(1), S14-S34. Doi: 10.1007/PL00014363
- Loaiza, S., y Atalah, E. (2006). Factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año básico de Punta Arenas. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(1), 20-26. Doi: 10.4067/S0370-41062006000100003
- Lokken, K., Ferraro, F. R., Kirchner, T., y Bowling, M. (2003). Gender differences in body size dissatisfaction among individuals with low, medium, or high levels of body focus. *The Journal of General Psychology*, 130(3), 305-310. Doi: 10.1080/00221300309601161
- Loreto, C. V., Zubarew, T., Silva, M. P., y Romero, S. M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista chilena de pediatría*, 77(2), 153-160. Doi: 10.4067/S0370-41062006000200005
- Loureiro, V. E., Domínguez, M., y Gestal, J. J. (1996). Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 12(6), 242-247.
- Lysne, C., Engel, S., Reza, M., y Wonderlich, S. (2002). Body image, binge eating and obesity in males. *Healthy Weight Journal*, 16(4), 56-58.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., y Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-217. Doi: 10.1002/eat.20358
- Madden, S., Morris, A., Zurynski, Y. A., Kohn, M., y Elliot, E. J. (2009). Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Medical Journal of Australia*, 190(8), 410-414.
- Madruga, S. W., Azevedo, M. R. D., Araújo, C. L., Menezes, A., y Hallal, P. C. (2010). Factors associated with weight loss dieting among adolescents: the 11-year follow-

- up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(10), 1912-1920. Doi: 10.1590/S0102-311X2010001000007
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., y Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of The Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5), 541-543. Doi: 10.1097/00004583-198809000-00004
- Mancilla, D. J., Franco, P. K., Vázquez, A. R., López, A. X., Álvarez, R. G., Téllez, G. M., y Trinidad, O. (2007). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, 15(6), 463-470. Doi: 10.1002/erv.796
- Mancilla D. J., y Gómez P. G. (2006). Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. México: Manual Moderno.
- Mancilla-Diaz, J. M, Gómez-Peresmitre, G., Alvarez, R. G., Franco, P, K., Vázquez, A. R., López, A. X. et al. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitre (Eds.). *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 123-171). México: Manual Moderno.
- Markey, C. N. (2010). Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1387-1391. Doi: 10.1007/s10964-010-9510-0
- Marsa, M. D., Perera, J. C., Lopez, R. P., y Ruiz, J. S. (1999). El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 27(1), 43-50.
- Martínez, A., Menéndez, D., Sánchez-Trapiello, M.J., Seoane, M., y Suárez, P. (2000). Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Atención Primaria*, 25(5), 313-319.
- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R., y Calderón, A., (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 21(2), 233-269.
- McArthur, L., Holbert, D., y Peña, M. (2005). An exploration of the attitudinal and perceptual dimensions of body image among male and female adolescents from six latin american cities. *Adolescence*, 40(160), 801-817.
- McCabe, M. P., y Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent

- boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 653-668. Doi: 10.1016/j.brat.2004.05.004
- McCabe, M. P., y Ricciardelli, L. A. (2006). A prospective study of extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 402-411. Doi: 10.1007/s10964-006-9062-5
- McCreary, D. R., y Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48(6), 297-304. Doi: 10.1080/07448480009596271
- McMinn, J. E., Sindelar, D. K., Havel, P. J., Y Schwartz, M. W. (2000). Leptin deficiency induced by fasting impairs the satiety response to cholecystokinin. *Endocrinology*, 141(12), 4442-4448. Doi: 10.1210/endo.141.12.7815
- McVey, G., Tweed, S., y Blackmore, E. (2004). Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Canadian Medical Association Journal*, 170(10), 1559-1561. Doi: 10.1503/cmaj.1031247
- Medina. M. M., Borges, G., Muñiz, C. L., Benjet, C., y Jaimes, J. B, et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Mellor, D., McCabe, M., Ricciardelli, L., y Merino, M. E. (2008). Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors. *Body image*, 5(2), 205-215. Doi: 10.1016/j.bodyim.2008.01.004
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., y Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *British Medical Journal Open*, 3(5). Doi: 10.1136/bmjopen-2013-002646
- Miller, M. N., y Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64(2), 93-110. Doi: 10.1521/psyc.64.2.93.18621
- Miller, J. L., Vaillancourt, T., y Hanna, S. E. (2009). The measurement of “eating-disorder-thoughts” and “eating-disorder-behaviors”: implications for assessment and detection of eating disorders in epidemiological studies. *Eating Behaviors*, 10(2), 89-96. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.02.002

- Mintz, L. B., y O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74(3), 489-503. Doi: 10.1207/S15327752JPA7403\_11
- Mitchell J. E., y Crow S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 438-443. Doi: 10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e
- Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., y Mond, J. (2012). Time trends in population prevalence of eating disorder behaviors and their relationship to quality of life. *PloS One*, 7(11), e48450. Doi: 10.1371/journal.pone.0048450
- Mizes, J. S., y Sloan, D. M. (1998). An empirical analysis of eating disorder, not otherwise specified: Preliminary support for a distinct subgroup. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 233-242. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199804)23:3<233::AID-EAT1>3.0.CO;2-K
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., y Beumont, P. J. V. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 551-567. Doi: 10.1016/S0005-7967(03)00161-X
- Montero, M. (1998). Soledad y depresión: ¿fenómenos equivalentes o diferentes? *La Psicología Social en México*, (7) 62-67.
- Montero, J. C., y Facchini, M. (2001). Obesidad. Ansiedad y síntomas orgánicos. *Buenos Aires: MC-Comunicaciones Médicas*, 23-45.
- Montero, P., Morales, E. M., y Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, (8), 107-116.
- Moorhead, D. J., Stashwick, C. K., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Striegel-Moore, R., y Paradis, A. D. (2003). Child and adolescent predictors for eating disorders in a community population of young adult woman. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 1-9. Doi: 10.1002/eat.10105
- Mora, M., y Raich, R. M. (2005). *Autoestima: Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Moraleda, S., González, N., Casado, J. M., Carmona de la Morena, J., Gómez-Calcerrada, R., Aguilera, M. y Orueta, R. (2001). Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Atención Primaria*, 28(7), 463-467. Doi: 10.1016/S0212-6567(01)70422-2



- Morandé, G. (1990). Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. *Romero A. I y Fernández, A. Salud mental. Formación continuada en Atención Primaria*. Madrid: IDEPSA.
- Morandé, G., y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2(3), 243-260.
- Morandé, G., Casas, J., Calvo, R., Marcos, A., Hidalgo I., Lareo, J. et al. (1995). *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.
- Morandé, G., Celada, J., y Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24(3), 212-219. Doi: 10.1016/S1054-139X(98)00025-1
- Moreno González, M. A., y Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190. Doi: 10.4067/S0718-48082009000200004
- Morrison, T. G., Kalin, R., y Morrison, M. A. (2004). Body-image evaluation and body-image investment among adolescents: a test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence*, 39(155), 571-572.
- Mousa, T. Y., Mashal, R. H., Al-Domi, H. A., y Jibril, M. A. (2010). Body image dissatisfaction among adolescent schoolgirls in Jordan. *Body Image*, 7(1), 46-50. Doi: 10.1016/j.bodyim.2009.10.002
- Muise, A. M., Stein, D. G., y Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: A review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 427-435. Doi: 10.1016/S1054-139X(03)00060-0
- Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W., y Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6(1), 11-22. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.03.002
- Muro-Sans, P., y Amador-Campos, J. A. (2007). Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating and Weight Disorders*, 12(1), e1-e6. Doi: 10.1007/BF03327773
- Murphy, J. J., y Duncan, B. L. (1997). *Brief intervention for school problems: Collaborating for practical solutions*. New York: Guilford Press.

- Must, A., Naumova, E. N., Phillips, S. M., Blum, M., Dawson-Hughes, B., y Rand, W. M. (2005). Childhood overweight and maturational timing in the development of adult overweight and fatness: the Newton Girls Study and its follow-up. *Pediatrics*, 116(3), 620-627. Doi: 10.1542/peds.2004-1604
- Nadaoka, T., Oiji, A., Takahashi, S., Morioka, Y., Kashiwakura, M., y Totsuka, S. (1996). An epidemiological study of eating disorders in a northern area of Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(4), 305-310. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb10652.x
- Neumark-Sztainer, D. (2005). *"I'm, like, SO fat!" Helping your teen make healthy choices about eating and exercise in a weight-obsessed world*. New York: Guilford Press.
- Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M., y Berge, J. M. (2010). Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *Journal of Adolescent Health* 47(3), 270-276. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.001
- Neumark-Sztainer, D., Croll, J., Story, M., Hannan, P. J., French, S., y Perry, C. (2002). Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 963-974. Doi: 10.1016/S0022-3999(02)00486-5
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., y Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*. 26, 123-131. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0801853>
- Neumark-Sztainer, D., y Hannan, P. J. (2000). Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(6), 569-577. Doi: 10.1001/archpedi.154.6.569.
- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Story, M., y Perry, C. L. (2004). Weight-control behaviors among adolescent girls and boys: Implications for dietary intake. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(6), 913-920. Doi: 10.1016/j.jada.2004.03.021
- Neumark-Sztainer, D., Levine, M. P., Paxton, S. J., Smolak, L., Piran, N., y Wertheim, E. H. (2006). Prevention of Body Dissatisfaction and Disordered Eating: What Next?

*Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 14(4), 265-285. Doi: 10.1080/10640260600796184

Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., y Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 244-251. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.12.001

Neumark-Sztainer, D., y Story, M. (1998). Dieting and binge eating among adolescents: What do they really mean? *Journal of the American Dietetic Association*, 98(4), 446-450. Doi: 10.1016/S0002-8223(98)00101-1

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Perry, C. L., y Irving, L. M. (2002). Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: implications for preventing weight-related disorders. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(2), 171-178. Doi: 10.1001/archpedi.156.2.171.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Eisenberg, M. E., Story, M., y Hannan, P. J. (2006). Overweight status and weight control behaviors in adolescents: Longitudinal and secular trends from 1999 to 2004. *Preventive Medicine*, 43(1), 52-59. Doi: 10.1016/j.ypmed.2006.03.014

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., y Eisenberg, M. E. (2007). Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from project EAT-II: a 5-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(3), 448-455. Doi: 10.1016/j.jada.2006.12.013

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., y Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4), 559-568. Doi: 10.1016/j.jada.2006.01.003

Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E., y Van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 359-369. Doi: 10.1016/j.amepre.2007.07.031

- Nicholls, D. E., Lynn, R., y Viner, R. M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry*, 198(4), 295-301. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.081356
- Nicholls, D., y Viner, R. (2005). Eating disorders and weight problems. *British Medical Journal*, 330(7497), 950-953. Doi: 10.1136/bmj.330.7497.950
- Nordfeldt, S., y Ludvigsson, J. (1999). Adverse events in intensively treated children and adolescents with type 1 diabetes. *Acta Paediatrica*, 88(11), 1184-1193. Doi: 10.1111/j.1651-2227.1999.tb01016.x
- Norrning, C., y Sohlberg, S. (1988). Eating Disorder Inventory in Sweden: description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(5), 567-575. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb06386.x
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Celis-de la Rosa, A., y Unikel-Santoncini, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica* 61(4), 286-293.
- Ochoa, Alcaraz. S. G. (2011). La actitud hacia la comida en estudiantes universitarios: validación y confiabilidad del Eating Attitudes Test (EAT-26). *Tópicos de Psicología de la Salud en el Ámbito Universitario*, 1, 35-46.
- O'Dea, J. A., y Abraham, S. (2002). Eating and exercise disorders in young college men. *Journal of American College Health*, 50(6), 273-278. Doi: 10.1080/07448480209603445
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., Lamb, M. M., y Flegal, K. M. (2010). Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 303(3), 242-249. Doi: 10.1001/jama.2009.2012.
- Olesti-Baiges, M., Martín-Vergara, N., Riera-Solé, A., de la Fuente-García, M., Bofarull-Bosch, J. M., Ricomá-de Castellarnau, G., y Moreso, J. L. P. (2007). Valoración de la propia imagen corporal en adolescentes femeninas de 12 a 21 años de la ciudad de Reus. *Enfermería Clínica*, 17(2), 78-84. Doi: 10.1016/S1130-8621(07)71773-4
- Olmsted, M. P., y McFarlane, T. (2004). Body weight and body image. *BMC Women's Health*, 4, 1-5.

- Órgano del Gobierno del Estado de Nayarit (2012). Plan estatal de desarrollo de Nayarit 2011-2017. Periódico Oficial Núm. 037. Disponible: [http://www.nayarit.gob.mx/gobierno/PED\\_20112017.pdf](http://www.nayarit.gob.mx/gobierno/PED_20112017.pdf). Recuperado 28 Noviembre de 2013.
- Ortíz, S. P., Caro, J. M., y de Mesa, C. L. (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 313-328.
- Ostrowsky, F. S. (2000). *¡Toc, Toc! ¿Hay alguien ahí? Cerebro y conducta. Manual para usuarios inexpertos*. México: Infored.
- Otto, M. W., Wilhelm, S., Cohen, L. S., y Harlow, B. L. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2061-2063.
- Pamies, L. (2011). *Correlatos psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes*. Tesis doctoral no publicada: Universidad Miguel Hernández.
- Pantano, M., y Santonastaso, P. (1989). A case of dysmorphophobia following recovery from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8(6), 701-704. Doi: 10.1002/1098-108X(198911)8:6<701::AID-EAT2260080612>3.0.CO;2-5
- Patton, G. C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 18(04), 947-951. Doi: 10.1017/S0033291700009879
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H., y Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls—a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychology Medicine*, 20(2), 383-394. Doi: 10.1017/S0033291700017700
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C. C. J. B., Carlin, J. B., y Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318(7186), 765-768.
- Pawluck, D. E., y Gorey, K. M. (1998). Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: Integrative review of population-based studies. *International Journal of Eating Disorders*, 23 (4), 347-352. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199805)23:4<347::AID-EAT1>3.0.CO;2-I

- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E., y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: a five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42(5), 888-899. Doi: 10.1037/0012-1649.42.5.888
- Paxton, S. J, Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., y Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 539-549. Doi: 10.1207/s15374424jccp3504\_5
- Peláez-Fernandez, M. A. (2003). *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Peláez-Fernández M. A., Labrador Encinas, F. J., y Raich Escursell, R. M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, 33-41.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador Encinas, F. J., y Raich Escursell, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador Encinas, F. J., y Raich Escursell, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-690. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.12.010
- Peláez-Fernández, M. A., Raich Escursell, R. M., y Labrador Encinas, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 62-75.
- Penelo, E., Negrete, A., Portell, M., y Raich, R. M. (2013). Psychometric Properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Norms for Rural and Urban Adolescent Males and Females in Mexico. *PLoS One* 8(12), e83245. Doi: 10.1371/journal.pone.0083245
- Penelo, E., Villarroel A. M., Portell, M., y Raich, R. M. (2012). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): An initial trial in Spanish male undergraduates. *European*

*Journal of Psychological Assessment*, 28(1), 76-83. Doi: 10.1027/1015-5759/a000093

Pérez-Álvarez, M. (1996). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Universitas.

Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114(13), 481-486. Doi: 10.1016/S0025-7753(00)71340-6

Pérez-Gil R. S., y Romero Juárez, G. (2008). Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropo-lógica. *Estudios Sociales*, 16(32), 79-111.

Pérez-Gil, S. E., y Romero, G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública de México*, 52(2), 111-118.

Pérez-Gil, S. E., Vega-García, L. A., y Romero-Juárez, G. (2007). Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo?. *Salud Pública de México*, 49(1), 52-62.

Pérez E. L., Ramos, P., Liberal, S., y Latorre, M. (2005). Educación nutricional: una encuesta sobre hábitos alimenticios en adolescentes vascos. *Enseñanza de las Ciencias*. Núm. extra. VII Congreso: 1-5.

Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.

Phillips, R. G., y Hill, A. J. (1998). Fat, plain, but not friendless: self-esteem and peer acceptance of obese pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity*, 22(4), 287-293. Doi: 10.1038/sj.ijo.0800582

Piñeros, O. S., Molano, C. J., y López, M. C., (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 313-328. Doi: 10.1016/S0034-7450(14)60253-5

Pike, K. M., y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 198-204. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.2.198>

- Pla, C., y Toro, J. (1999). Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8-year longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(6), 441-446. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb10894.x
- Polivy, J., y Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: a causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193-204. Doi: 10.1037/0003-066X.40.2.193
- Portela de Santana, M. L., Da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. Doi: 10.3305/nh.2012.27.2.5573
- Puhl, R. M., y Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213-227. Doi: 10.1046/j.1467-789X.2003.00122.x
- Quintero Párraga, E., Pérez Montiel, A. C., Montiel Nava, C., Pirela, D., Acosta, M. F., y Pineda, N. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria: prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo: estado Zulia-Venezuela. *Investigación Clínica*, 44(3), 179-193.
- Racine, S. E., Burt, S. A., Iacono, W. G., McGue, M., y Klump, K. L. (2011). Dietary restraint moderates genetic risk for binge eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 119. Doi: 10.1037/a0020895
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la Psicología de la Salud de la Imagen Corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, Bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Pérez, O., y Requena, A. (1991). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18(7), 305-315.
- Raich., R. M. y Gutiérrez, T. (2009). Efectos de las dietas. En M. Riba (Ed.), *Pautas prácticas para una dieta sana. Alimentación y Juventud* (pp. 75-89). Barcelona: Erasmus.
- Raich, R. M., Mora, M. y Sánchez-Carracedo, D. (2002). Anorexia y bulimia nerviosa. En M. Serverá-Barceló: *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*, 303-330. Madrid: Pirámide.



- Raich, R. M., Mora, M., Sánchez-Carracedo, D., y Torras, J. (2000). Adaptación y calidad psicométrica de la entrevista EDE (Eating Disorder Examination) para la evaluación de los trastornos alimentarios en población universitaria. *Revista de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 1(6), 3-5.
- Raich, R. M., Mora, M., Sánchez-Carracedo, D., Torras, J., Viladrich, M. C., Zapater, L., Mancilla, J. M., Vázquez, R., y Álvarez-Rayón, G. (2001). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviours in two Spanish-speaking countries: Spain and Mexico. *European Eating Disorders Review*, 9(1), 53-63. Doi: 10.1002/erv.372
- Raich, R. M., Rosen, J. C., Deus, J., Pérez, O., y Requena, A. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1) 63-72. Doi: 10.1002/1098-108X(199201)11:1<63::AID-EAT2260110109>3.0.CO;2-H
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., y López-Guimerà, G. (2008). *Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación: Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria*. Barcelona: Graó.
- Raich Escursell, R. M., y Torras Clarasó, J. (2002). Evaluación del trastorno de la imagen corporal en población general y en pacientes de centros de medicina cosmética españoles mediante el BDDE-C. *Psicología Conductual*, 10(1), 93-106.
- Ramos Valverde, P., Rivera De Los Santos, F., y Moreno Rodríguez, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Rathner, G. (1996). Soziokulturelle Faktoren für die Entstehung von Eßstörungen. *Psycho*, 22, 179-187.
- Rava, M. F., y Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(5), 353-363.
- Reeve, J., (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rebato Ochoa, E. M. (2009). Las nuevas culturas alimentarias: globalización vs. etnicidad. *Osasunaz*, 10, 135-147.
- Rebolho, M. C., Pelegrini, A., Corrêa M. S., y Petroski, E. L. (2010). Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e

- sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(1), 19-23.
- Ricca, V., Mannucci, E., Mezzani, B., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Paionni, A., Placidi, G., Botella, C., y Faravelli, C. (2001). Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(3), 157-165. Doi: 10.1007/BF03339765
- Ricciardelli, L. A., y McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 325-344. Doi: 10.1016/S0272-7358(99)00051-3
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Lillis, J., y Thomas, K. (2006). A longitudinal investigation of the development of weight and muscle concerns among preadolescent boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 168-178. Doi: 10.1007/s10964-005-9004-7
- Rivas, T., Bersabé, R. y Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, 24(2), 25-31.
- Roberts, R. E., Attkisson, C. C., y Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 715-725.
- Roberts, R. E., Ramsay R. C., y Xing, Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 41(11), 959-967. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.09.006.
- Ródenas Luque, G. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria y diabetes mellitus tipo 1. *Psico-endocrinología del niño y del adolescente*. Madrid: Pharmacia.
- Rodin, G., Olmsted, M. P., Rydall, A. C., Maharaj, S. I., Colton, P. A., Jones, J. M., y Daneman, D. (2002). Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 943-949. Doi: 10.1016/S0022-3999(02)00305-7
- Rodin, J., Silberstein, L. R., y Striegel-Moore, R. H. (1985). Women and weight: A normative discontent. In T.B. Sonderegger (ed.), *Nebraska symposium on motivation: psychology and gender* (pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Rodgers, R., y Chabrol, H. (2009). [The impact of exposure to images of ideally thin models on body dissatisfaction in young French and Italian women]. *L'Encephale*, 35(3), 262-268. Doi: 10.1016/j.encep.2008.05.003
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., y Belmonte-Llario, A. (2005). New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *European Psychiatry*, 20(2), 173-178. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.04.002
- Rodríguez, S., y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131-137.
- Rodríguez, J. M., y Mina, F. J. (2008). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 59(3), 180-189.
- Rodríguez, A., Novalbos, J. P., Martínez, J. M., Ruiz, M. A., Fernández, J. R., y Jiménez. D. (2001). Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. *Journal of Adolescent Health*, 28(4), 338-345. Doi: 10.1016/S1054-139X(00)00181-6
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, Ll., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, Ll., y Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3), 281-291. Doi: 10.1002/eat.10179
- Rolls, B. J., Fedoroff, I. C., y Guthrie, J. F. (1991). Gender differences in eating behavior and body weight regulation. *Health Psychology*, 10(2), 133-142. Doi: 10.1037/0278-6133.10.2.133
- Romero, M. M., Shamah, L. T., Franco, N. A., Villalpando, S., Cuevas, N. L., Gutiérrez, J. P., y Rivera, D. J. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Pública de México*, 55, S332-S340.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and behavioral Practice*, 2(1), 143-166. Doi: 10.1016/S1077-7229(05)80008-2
- Rosen, J. C. y Ramirez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3), 441-449. Doi: 10.1016/S0022-3999(97)00269-9

- Ruiz-Lázaro, P. M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(2), 85-94.
- Ruiz, P. M., Alonso, J. P., Velilla, J. M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C. y Calvo, A. I. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, 148-162.
- Ruiz, P. M., Comet, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L., y Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4), 204-211.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., y Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 48-61.
- Sagredo, M. J. (1997). Hábitos alimenticios y antropometría en adolescentes navarros. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (20), 89-93.
- Sáiz, P. A., González, M. P., Bascarán, M. T., Fernández, J. M., Bousoño, M., y Pobes, J. (1999). Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: Un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(6), 367-374.
- Salafia, E. H. B., y Gondoli, D. M. (2011). A 4-year longitudinal investigation of the processes by which parents and peers influence the development of early adolescent girls' bulimic symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 31(3), 390-414. Doi: 10.1177/0272431610366248
- Sánchez-Carracedo, D., Raich, R. M., Figueras, M., Torras, J., y Mora, M. (1999). Adaptación preliminar del cuestionario de alimentación de Stunkard y Messick (Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ) con una muestra española universitaria. *Psicología Conductual*, 7(3), 393-413.
- Sánchez-Planell, L. (1993). Trastornos de la alimentación. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Sánchez Planell, L., y Prats Roca, M. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 7(2), 7-11.
- Sancho, C., Arija, M. V., Asorey, O., y Canals, J. (2007). Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(8), 495-504. Doi: 10.1007/s00787-007-0625-0

- Sancho, C., Asorey, O., Arija, V., y Canals, J. (2005). Psychometric characteristics of the children's eating attitudes test in a Spanish sample. *European Eating Disorders Review*, 13(5), 338-343. Doi: 10.1002/erv.643
- Sanders, T. A., y Bazalgette, P. (1994): *You Don't Have to Diet!*. Londres: Bantam Press.
- Saucedo-Molina, T. D. J. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Saúde Pública*, 29(1), 29-39.
- Saucedo, M. T., Escamilla, T. T., Portillo, N. I., Peña, I. A., y Calderón, R. Z. (2008). Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*, 60(3), 231-240
- Saucedo-Molina, T. D. J., y Unikel-Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.
- Schmidt, U., y Campbell, I. C. (2013). Treatment of Eating Disorders can not Remain 'Brainless': The Case for Brain-Directed Treatments. *European Eating Disorders Review*, 21(6), 425-427. Doi: 10.1002/erv.2257
- Sekari, M. K. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa—missing half of the story? *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 564-565. Doi: 10.1192/bjp.194.6.564a
- SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social). (2012). Unidad de microrregiones. Dirección general adjunta de planeación microrregional. Disponible: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=18&mun=005>. Recuperado 7 junio 2013.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J., y León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Serdula, M. K., Collins, M. E., Williamson, D. F., Anda, R. F., Pamuk, E., y Byers, T. E. (1993). Weight control practices of US adolescents and adults. *Annals of Internal Medicine*, 119(7\_Part\_2), 667-671. Doi: 10.7326/0003-4819-119-7\_Part\_2-199310011-00008

- Shapiro, R., Siegel, A. W., Scovill, L. C., y Hays, J. (1998). Risk-taking patterns of female adolescents: What they do and why. *Journal of Adolescence*, 21(2), 143-159. Doi: 10.1006/jado.1997.0138
- Sherman, C., y Sorosky, A. (1988). Trastornos en la alimentación. *Bulimia. Obesidad y anorexia nerviosa*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Shomaker, L. B., y Furman, W. (2010). A prospective investigation of interpersonal influences on the pursuit of muscularity in late adolescent boys and girls. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 391-404. Doi: 10.1177/1359105309350514
- Shroff, H., y Thompson, J. K. (2006). Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 533-551. Doi: 10.1177/1359105306065015
- Shroff, H., y Thompson, J. K. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*, 3(1), 17-23. Doi: 10.1016/j.bodyim.2005.10.004
- Silberg, J. L., y Bulik, C. M. (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1317-1326. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01427.x
- Smink, F. R., Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., y Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619. Doi: 10.1002/eat.22316
- Smith, C. P., Firth, D., Bennett, S., Howard, C., y Chisholm, P. (1998). Ketoacidosis occurring in newly diagnosed and established diabetic children. *Acta Paediatrica*, 87(5), 537-541. Doi: 10.1111/j.1651-2227.1998.tb01499.x
- Soh, N. L., Touyz, S. W., y Surgenor, L. J. (2006). Eating and body image disturbances across cultures: A review. *European Eating Disorders Review*, 14(1), 54-65. Doi: 10.1002/erv.678
- Spanos, A., Klump, K. L., Burt, S. A., McGue, M., y Iacono, W. G. (2010). A longitudinal investigation of the relationship between disordered eating attitudes and behaviors and parent-child conflict: A monozygotic twin differences design. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 293-299. Doi: 10.1037/a0019028

- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., ... y Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorder*, 11(3), 191-203. Doi: 10.1002/1098-108X(199204)11:3<191:AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkarf, A., ... y Horne, L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorder*, 13(2), 137-153. Doi: 10.1002/1098-108X(199303)13:2<137:AID-EAT2260130202>3.0.CO;2-#
- SPSS. (2010). *Statistical package for the social sciences, version 19*. [Programa de ordenador]. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Steinhausen, H. C. (1984). Transcultural comparison of eating attitudes in young females and anorectic patients. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 234(3), 198-201. Doi: 10.1007/BF00461561
- Steinhausen, H. C., Winkler, C., y Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 147-151. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<147::AID-EAT5>3.0.CO;2-F
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848. Doi: 10.1037/0033-2909.128.5.825
- Stice, E., Marti, C. N., y Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445-457. Doi: 10.1037/a0030679
- Stice, E., Nemeroff, C., y Shaw, H. E. (1996). A test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(3), 340-363. Doi: 10.1521/jscp.1996.15.3.340
- Stice, E., Ng, J., y Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 518-525. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x
- Stice, E., Presnell, K. y Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21(2), 131-138. Doi: 10.1037/0278-6133.21.2.131

- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., y Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 195-202. Doi: 10.1037/0022-006X.73.2.195
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., y Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(4), 836-840. Doi: 10.1037/0021-843X.103.4.836
- Stice, E., y Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology, 38*(5), 669-678. Doi: 10.1037/0012-1649.38.5.669
- Striegel-Moore, R. H. (1993). Etiology of binge eating: a developmental perspective. En Fairburn, C. G., Wilson, G. T., y Schleimer, K. *Binge eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Striegel-Moore, R. H. y Franco, D. (2002). Body image issues among girls and women. En Cash, T. F y Pruzinsky, T. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guildford Press.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., y Kendler, K. S. (1998). The epidemiology and classification of bulimia nervosa. *Psychological Medicine, 28*(03), 599-610. Doi: 10.1017/S1368980008002541
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 714-723. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
- Thelen, M. H., y Cormier, J. F. (1996). Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy, 26*(1), 85-99. Doi: 10.1016/S0005-7894(05)80084-X
- Thompson, J. (2001). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association. Doi: 10.1037/10502-000



- Thompson, J. K., Fabian, L. J., y Moulton, D. (1990). A measure for assessment on teasing history. En J. K. Thompson: *Body image disturbance: Assessment and Treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Thompson, J. K., y Heinberg, L. J. (1993). Preliminary test of two hypotheses of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 59-63. Doi: 10.1002/1098-108X(199307)14:1<59::AID-EAT2260140108>3.0.CO;2-T
- Thompson, J. K., y Heinberg, L. J. (1999). The media's influence on body image disturbance and eating disorders: we've reviled them, now can we rehabilitate them? *Journal of Social Issues*, 55(2), 339-353. Doi: 10.1111/0022-4537.00119
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. Doi: 10.1037/10312-000
- Thompson, J. K., y Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181-183. Doi: 10.1111/1467-8721.00144
- Troop, N. A., Schmidt, U. H., y Treasure, J. L. (1995). Feelings and fantasy in eating disorders: a factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 151-157. Doi: 10.1002/1098-108X(199509)18:2<151::AID-EAT2260180207>3.0.CO;2-E
- Tong, J., Miao, S., Wang, J., Yang, F., Lai, H., Zhang, C., Zhang, Y., y Hsu, L. G. (2014). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Wuhan, China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(3), 499-505. Doi: 10.1007/s00127-013-0694-y
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P., y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62(1), 61-70. Doi: 10.1111/j.2044-8341.1989.tb02811.x

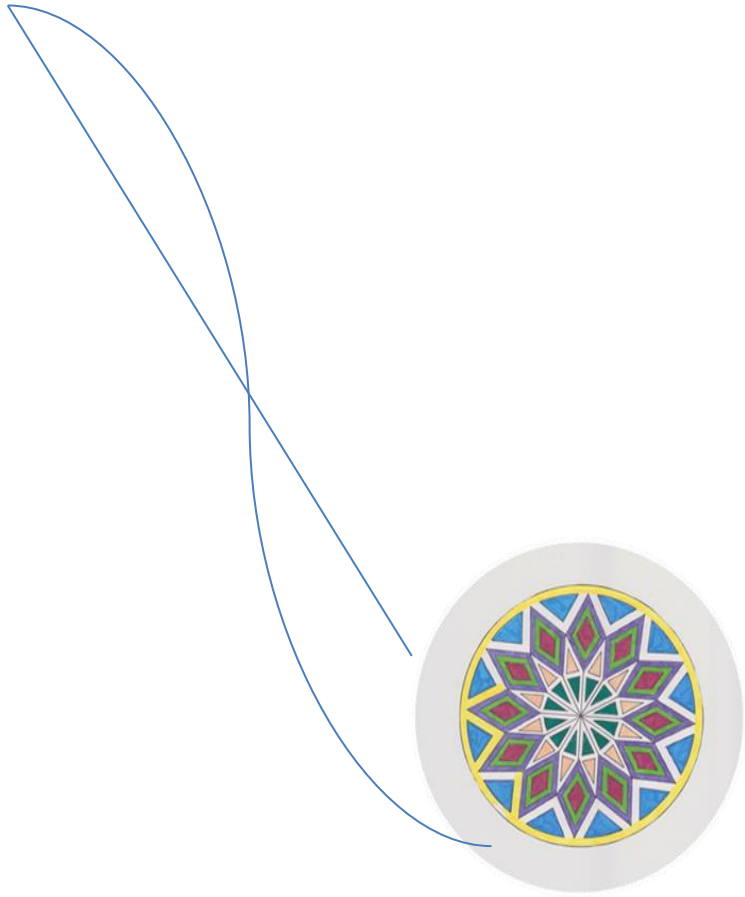
- Toro, J., Castro, J., Gila, A., y Gómez, M. J. (2005). Social and body self-esteem in adolescents with eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 63-71.
- Toro, J., Castro, J., Gila, A., y Pombo, C. (2005). Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 13(5), 351-359. Doi: 10.1002/erv.650
- Toro, J., Gomez-Peresmitré, G., Sentis, J., Vallés, A., Casulà, V., Castro, J., Pineda, G., León, R., Platas, S., y Rodriguez, R. (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(7), 556-565. Doi: 10.1007/s00127-006-0067-x
- Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 147-151. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x
- Torrero, E. P., y Urbiola, M. I. H. (2010). La alimentación en el México prehispánico y actual: su influencia en la condición nutricional. *Historia, Realidad y Proyecciones*. Querétaro: Publicación del Consejo de Ciencia.
- Trujano Ruiz, P., De Gracia Blanco, M., Nava Quiróz, C., Marcó Arbonès, M., y Limón Arce, G. (2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema*, 22(4), 581-586.
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., y Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *The British Journal of Psychiatry*, 169(6), 705-712. Doi: 10.1192/bjp.169.6.705
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.
- Unikel, S. C., Bojórquez Ch. L., Villatoro V. J., Fleiz, B. C., Medina, M. E., y Mora, I. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27.
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T. J., Trujillo, E. M., García-Castro, F., y Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias

- de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62(5), 424-432.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J., y Fleiz, C. (2002). Del índice de masa corporal. *Salud Mental*, 25(2), 4-9.
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., y Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(2), 128-135. Doi: 10.4067/S0717-75182011000200003
- Urrutia, S., Azpillaga, I., de Cos, G. L., y Muñoz, D. (2010). Relación entre la percepción de estado de salud con la práctica físico-deportiva y la imagen corporal en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 10(2), 51-56.
- Van den Berg, P. A., Keery, H., Eisenberg, M., y Neumark-Sztainer, D. (2010). Maternal and adolescent report of mothers' weight-related concerns and behaviors: Longitudinal associations with adolescent body dissatisfaction and weight control practices. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(10), 1093-1102. Doi: 10.1093/jpepsy/jsq042
- Van den Berg, P., Wertheim, E. H., Thompson, J. K., y Paxton, S. J. (2002). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females: A replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 46-51. Doi: 10.1002/eat.10030
- Van Son, G. E., van Hoeken, D., Bartelds, A. I., van Furth, E. F., y Hoek, H. W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 565-569. Doi: 10.1002/eat.20316
- Vázquez, R., Álvarez, G., y Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24.
- Vázquez, A. R., V., Mancilla, D. J. M., Mateo, G. C. M., López, A. X. L., Álvarez, R. G. L., Ruiz, M. A. O. y Franco, P. K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63.

- Vázquez, A. R., López, A. X., Álvarez, R. G., Á., Franco, P. K. y Mancilla, D. J. M. M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12(3), 415-427.
- Vega, T., Rasillo, M. A., y Lozano, J. E. (2001). Estudio del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de enseñanza secundaria de Castilla y León. *Junta de Castilla y León. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Castilla y León* (pp. 27-62). San Sebastián: Lovader.
- Vila, G., Robert, J. J., Jos, J., y Mouren-Simeoni, M. C. (1997). [Insulin-dependent diabetes mellitus in children and in adolescents: value of pedopsychiatric follow-up]. *Archives de Pediatrie: Organe Officiel de la Societe Francaise de Pediatrie*, 4(7), 615-622. Doi: 10.1016/S0929-693X(97)83358-1
- Vilela, J. E., Lamounier, J. A., Dellaretti Filho, M. A., Barros Neto, J. R., y Horta, G. M. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*, 80(1), 49-54.
- Villarroel, A. M., Penelo, E., Portell, M., y Raich, R. M. (2011). Screening for eating disorders in undergraduate women: Norms and validity of the Spanish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 121-128. Doi: 10.1007/s10862-009-9177-6
- Vitiello, B., y Lenderhendler, I. (2000). Research on eating disorders: Current status and future prospects. *Biological Psychiatry*, 47(9), 777-786. Doi: 10.1016/S0006-3223(99)00319-4
- Walsh, B. T. (2013). The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(5), 477-484. Doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12081074
- Waller, G., Mountford, V., Lawson, R., Gray, E., Cordery, H., y Hinrichsen, H. (2010). *Beating your eating disorder: A cognitive behavioral self-help guide for adult sufferers and their carers*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Westerberg-Jacobson, J., Edlund, B., y Ghaderi, A. (2010). A 5-year longitudinal study of the relationship between the wish to be thinner, lifestyle behaviours and disturbed eating in 9-20-year old girls. *European Eating Disorders Review*, 18(3), 207-219. Doi: 10.1002/erv.983
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., Davies, M., Braiman, S. y Dolinsky, A. (1990). *Uncommon Troubles in Young People:*

- Prevalence Estimates of Selected Psychiatric Disorders in a Nonreferred Adolescent Population. *Archives of General Psychiatry*, 47(5), 487-496. Doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810170087013
- Wilksch, S. M., y Wade, T. D. (2009). An investigation of temperament endophenotype candidates for early emergence of the core cognitive component of eating disorders. *Psychological Medicine*, 39(5), 811-821. Doi: 10.1017/S0033291708004261
- Willi, J., y Grossmann, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *The American Journal of Psychiatry*, 140(5), 564-567.
- Williams, C. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., Macpherson, F., y Jackson, M. A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 27-32. Doi: 10.1002/1098-108X(199307)14:1<27::AID-EAT2260140104>3.0.CO;2-F
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, E. G., McKenzie, S. J., y Watkins, P.C. (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*. Nueva York: Pergamon Press.
- Wiseman, C. V., Gray, J. J., Mosimann, J. E., y Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 85-89. Doi: 10.1002/1098-108X(199201)11:1<85::AID-EAT2260110112>3.0.CO;2-T
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Steinhausen, H. C., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. Doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Woelders, L., Larsen, J. K., Scholte, R. H., Cillessen, A. H., y Engels, R. C. (2010). Friendship group influences on body dissatisfaction and dieting among adolescent girls: a prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 47(5), 456-462. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.03.006
- Woods, S. C. (2004). Gastrointestinal satiety signals I. An overview of gastrointestinal signals that influence food intake. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, 286(1), G7-G13. Doi: 10.1152/ajpgi.00448.2003

- Woodside, D. B. (2002). Eating disorders in men: An overview. *Healthy Weight Journal*, 16(4), 52-55.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: OMS
- Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., y Xu, Y. (2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*, 7(2), 156-164. Doi: 10.1016/j.bodyim.2009.11.003
- Yates, A. (1991). *Compulsive exercise and the eating disorder*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- Yepez, R., Carrasco, F., y Baldeón, M. E. (2008). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(2), 139-143.
- Zehr, J. L., Culbert, K. M., Sisk, C. L., y Klump, K. L. (2007). An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Hormones and Behavior*, 52(4), 427-435. Doi: 10.1016/j.yhbeh.2007.06.005
- Zini, A., Siano, R., Sandri, M., Soardo, F., y Siciliani, O. (2007). Partial syndromes in eating disorders: A prevalence study on a sample of Italian adolescents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 12(3), 125-131. Doi: 10.1007/BF03327639
- Zusman, L. (1999). La depresión y los trastornos de la alimentación en la mujer. *Revista de Psicología*, 17(1), 105-128.



## 10. ANEXOS







## A. Regiones de Nayarit

Región Norte: Acaponeta, Rosamorada, Tuxpan, Ruiz.

Región Sierra: El Nayar, Huajicori, La Yesca.

Región Centro: Tepic, Xalisco

Región Sur: Santa María del Oro, San Pedro Lagunillas, Ahuacatlán, Jala, Amatlán de Cañas, Ixtlán del Río.

Región Costa Norte: San Blas, Santiago Ixcuintla, Tecuala.

Región Costa Sur: Compostela, Bahía de Banderas.



**B. Oficio de la Secretaria de Educación del estado de Nayarit  
(México)**




Oficio No. SE- 00159 /2012.

Tepic, Nayarit, 20 de Enero de 2012.

**C.C. DIRECTORES DE ESCUELAS SECUNDARIAS GENERALES Y TECNICAS  
PUBLICAS Y PRIVADAS Y DIRECTORES DE INSTITUCIONES DEL NIVEL  
MEDIO SUPERIOR PUBLICAS Y PRIVADAS.  
PRESENTES**

Por medio del presente le solicito de la manera mas atenta, se le brinden las facilidades requeridas por Psic. America Negrete para que sea aplicado el cuestionario a la comunidad estudiantil que usted dignamente dirige; esto para los fines de investigación epidemiológica de los trastornos de conducta alimentaria en población escolarizada de Nayarit, México.

Sin otro asunto en particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE  
SU ERAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN”  
EL SECRETARIO DE EDUCACIÓN**  
*Antonio Ledesma González*  
**DR. ANTONIO LEDESMA GONZÁLEZ**  
GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

C.c.p.  
☒ Archivo  
☒ Minutario.

DESPACHO DEL SECRETARIO  
Av. de la Cultura esq. Av. del Parque S/N Fracc. Cd. del Valle. C.P. 63157.  
Tel. (311) 211 9100 ext. 107, 108 y 109 (311) 213 50 10, 213 50 85 Fax. (311) 213 50 36. Tepic, Nayarit.  
[secretario@sennayarit.gob.mx](mailto:secretario@sennayarit.gob.mx)

### C. Cuestionario de datos sociodemográficos



**NAYARIT**

ORGULLO QUE NOS UNE



--	--	--	--	--	--	--	--



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE NAYARIT

**SALUD**

SERVICIOS DE  
SALUD DE NAYARIT

**SE**

SECRETARÍA DE  
EDUCACIÓN DE NAYARIT



Los datos del cuestionario serán tratados de manera confidencial. Es importante que respondas con sinceridad y que no dejes ninguna pregunta en blanco. No hay respuestas “buenas” ni “malas”. Tan solo reflejan tus conocimientos en estos temas.

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Peso Actual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

De acuerdo a la siguiente escala, escribe en la línea que numero le corresponde a la profesión de tus padres:

- |                                                                                 |             |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. Amas de casa, jubilados                                                      | Madre _____ |
| 2. Trabajadores no especializados                                               |             |
| 3. Operarios. Obreros semiespecializados                                        |             |
| 4. Obreros especializados                                                       | Padre _____ |
| 5. Administrativos y ventas                                                     |             |
| 6. Técnicos semiprofesionales, propietarios                                     |             |
| 7. Propietarios de pequeños negocios, profesiones menores                       |             |
| 8. Administradores, profesionales medios, propietarios de negocios medios       |             |
| 9. Altos ejecutivos, propietarios de grandes negocios, profesionales superiores |             |

De acuerdo a la siguiente escala, escribe en la línea el nivel de estudios de tu padre y de tu madre.

- 1.- Sin estudios o primaria sin terminar
- 2.- Enseñanza primaria terminada Madre \_\_\_\_\_
- 3.- Enseñanza Secundaria
- 4.- Bachillerato
- 5.- Formación de tipo universitario incompleta Padre \_\_\_\_\_
- 6.- Título de grado medio terminado (diplomatura, técnica)
- 7.- Título de grado superior terminado

Escribe en la línea cual es el país de origen de tus padres:

- 1.- México
- 2.- Estados Unidos de Norteamérica Madre: \_\_\_\_\_
- 3.- Europa
- 4.- Etnias
- 5.- Mixtos (en caso de que sean de diferentes países) Padre: \_\_\_\_\_
- 6.- Otros (especificar)

Marca con una X la respuesta que consideres describe tu situación actual.

Estado de salud:

Buena            Mala            Regular

Emociones:

Tristeza            alegría            enojo            otras \_\_\_\_\_

Como consideras tu peso actual:

Bajo peso    Normal    Poco sobrepeso    Mucho sobrepeso

Con quien vives?

Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Hermanos \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Si alguno de tus padres no vive contigo cual es la causa?

\_\_\_\_\_

Si tuvieras que elegir entre estos aspectos cual elegirías?

Inteligencia    salud    estar delgada(o)

Porque? \_\_\_\_\_

Existen antecedentes en tu familia de Obesidad?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ quién? \_\_\_\_\_

**Existen antecedentes en tu familia de Anorexia?**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ quién? \_\_\_\_\_

**Existen antecedentes en tu familia de Bulimia?**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ quién? \_\_\_\_\_

**Generalmente te sientes satisfecho/a contigo mismo/a?**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ porque? \_\_\_\_\_

#### **D. Instrucciones para administrar los cuestionarios**

Saludos: “Hola yo soy ..... ella/él es...” Somos Psicólogos de la Universidad Autónoma de Barcelona España. Estamos haciendo un estudio en colaboración con la Secretaria de Educación, la Secretaria de salud y la Universidad Autónoma de Nayarit sobre los hábitos alimentarios y la imagen corporal en chicos y las chicas de su edad. Por este motivo les pedimos su colaboración para que rellenen los cuestionarios relacionados con esta investigación.

Todo esto forma parte de un estudio científico. Los cuestionarios son anónimos y los datos serán tratados con total confidencialidad. Contesta individualmente es importante que respondas con sinceridad y que no dejes ninguna pregunta en blanco sino no servirá de nada. No hay respuestas “buenas” ni “malas”. Si tienes alguna duda sobre la manera de contestar los cuestionarios o no te queda clara alguna pregunta no dudes en preguntar. Estos instrumentos contribuirán a aumentar el conocimiento de las características de la población mexicana sobre estos temas.

Muchas gracias por tu colaboración.

## E. Consentimiento de los padres de familia



### **Apreciables padres de familia:**

Somos psicólogos de la Universidad Autónoma de Barcelona España.

Qué hacemos:

Estamos haciendo un estudio en colaboración con la Secretaria de Educación, la Secretaria de salud, la Universidad Autónoma de Nayarit y la Universidad Autónoma de Barcelona sobre los hábitos alimentarios y la imagen corporal en los chicos y las chicas de la edad de sus hijos. Por este motivo os pedimos vuestra autorización para la aplicación de cuestionarios y entrevista relacionados con esta investigación.

Todo esto forma parte de un estudio científico. Los cuestionarios son anónimos y los datos serán tratados con total confidencialidad. Estos instrumentos contribuirán a aumentar el conocimiento de las características de la población mexicana sobre estos temas.

### **Forma de autorizaciones de Padres de Familia:**

Yo, \_\_\_\_\_

Autorizo que mi hijo/ Hija

\_\_\_\_\_

Conteste los cuestionarios y la entrevista.

Firma del padre de familia

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

