

U.N.A.M.  
**U. N. A. M.**

**Facultad de Medicina**

**DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

**Detección De Adolescentes En Riesgo De Desarrollar  
Un Trastorno De La Conducta Alimentaria**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN :**

**LA ESPECIALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA  
INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

**P R E S E N T A :**

**DRA. DALIA M. BECERRA ALCÁNTARA**

**Dr. Luis Méndez Cárdenas  
Asesor Teórico**

**Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar  
Asesor Metodológico**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Índice**

## **Página**

Introducción	1
Planteamiento del problema	18
Justificación	19
Objetivos	20
Hipótesis	21
Diseño	22
Población o Universo	23
Criterios de Inclusión	24
Criterios de Exclusión	25
Variables Independientes	26
Variables Dependientes	27
Fuente de Información	28
Instrumento de Recolección de Información	29
Descripción General del Estudio	30
Recursos Humanos	31
Recursos Materiales	31
Recursos Económicos	31
Aspectos Éticos	32
Resultados	33
Conclusiones	41
Bibliografía	43

## **I. Introducción**

Los trastornos clásicos de la alimentación (anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN)), representan perturbaciones relativamente comunes y significativas que requieren una intervención amplia y cuidadosamente coordinada; no está claro si los riesgos y vulnerabilidades significativas para la recurrencia se resuelven completamente alguna vez (47) (52)

En los trastornos de la alimentación, observamos, la co-ocurrencia de pensamientos y emociones patológicos referentes a la apariencia, la alimentación y los alimentos, así como una conducta de alimentación desviada, que conduce a alteraciones en la composición y el funcionamiento del cuerpo que son el resultado directo de estos síntomas. Estos trastornos son síndromes “psicosomáticos” clásicos en el sentido de que el funcionamiento psicológico y somático están inexplicablemente entrelazados (22).

La Anorexia Nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que ha sido descrito durante tres siglos. En 1689, Morton describió una condición de “consunción nerviosa” en dos adolescentes. Describió a una mujer de 18 años y a un varón de 16 años, los cuales estuvieron enfermos durante dos años antes de buscar tratamiento. La mujer murió, y el varón fue apartado de sus padres y llevado al campo para una dieta especial de leche y aire fresco, con resultados desconocidos (39).

En 1764, Whytt informó sobre un adolescente de 14 años con una “atrofia nerviosa”. En 1768, DE Valangain, en Londres, describió a una joven que vivía de té, pan y mantequilla. En 1859, Marcé describió a un “paciente con una convicción delirante de que no pueden o no debe comer”. En 1911, Janet describió la AN como una enfermedad psicológica. En 1914, Simmonds describió la enfermedad como causada por una anomalía pituitaria. En 1940, Deutsch y colaboradores exploraron el miedo a la impregnación oral que impulsaba las conductas de las personas con AN. Los enfoques modernos de la AN y otros trastornos de la conducta alimentaria empezaron con los trabajos de Bruch y colaboradores, cuyas ideas y descripciones han sido refinadas para desarrollar el enfoque multidisciplinario moderno a la evaluación y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes **(39)**.

Los síntomas principales de la AN y la BN se centran en un temor patológico a estar o ponerse gordo. La búsqueda de la delgadez en la AN y la BN impulsa un rango de conductas desde la ingestión restringida hasta la autoinanición e incluso puede ser el origen de las comilonas y ciertamente de las purgas **(25)**.

La AN y la BN son trastornos bio-psico-sociales de suma importancia, pues comprometen la salud y el destino de un gran número de adolescentes y mujeres jóvenes. Estos trastornos alimentarios no son un padecimiento de fácil manejo, pues además de poner en peligro la vida de los pacientes por la vía de la desnutrición y de sus complicaciones, se vincula con complejas perturbaciones psicológicas y con distintas modalidades disfuncionales de la vida familiar. Por perturbaciones psicológicas, se entienden los trastornos de la personalidad, distorsión de la imagen corporal, ansiedad, depresión y poca tolerancia a la frustración entre otros **(35)**

Estos trastornos no solo implican a la Psiquiatría, sino también a especialidades tan variadas como la Medicina Interna, Endocrinología y Pediatría entre otras, han alcanzado proporciones alarmantes entre la población de los países desarrollados (54) principalmente entre las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, siendo difícil precisar los datos epidemiológicos reales, pues en una gran mayoría estos trastornos no son diagnosticados debido a que las pacientes raramente revelan o comunican sus síntomas a los profesionales de la salud, del mismo modo que es infrecuente que lo hagan dentro del ámbito familiar (38).

Los trastornos de la alimentación a menudo se conceptualizan como trastornos del desarrollo. Pero, pocos estudios prospectivos examinan los fenómenos normativos y patológicos en poblaciones en riesgo. Solo unos cuantos estudios han usado diseños longitudinales. En la última década una subporción importante de la literatura ha abordado directamente los problemas en la juventud (48).

Debido a la complejidad de las cuestiones de valoración en Norte Americanos étnicamente diversos, es esencial revisar lo sobresaliente de la belleza en la cultura americana. No puede subestimarse la importancia de los estándares de belleza dentro de la cultura norteamericana. Las normas culturales para el peso y la talla corporal han sido promovidas por los medios globales y apoyadas por los cambios económicos, y han influido sobre los estándares de belleza en todo el mundo (29).

La belleza y la imagen corporal están conectadas íntimamente. Belleza se iguala con delgadez y características faciales definidas. Los medios desempeñan un papel significativo en la representación de estándares de belleza, e inundan al público con estas imágenes. En los últimos 30 años, los modelos de rol femenino se han vuelto cada vez más delgados. Las revistas presentan modelos con el look “desamparado” (36).

La mujer caucásica delgada se percibe como la belleza ideal, incluso las modelos étnicamente diversas están tratando de adaptarse a la imagen caucásica (7).

De todos los medios de comunicación la televisión es, sin duda alguna, el que juega un mayor papel social y cultural, habiéndose realizado interesantes estudios acerca de la hipotética relación entre dicha entidad mediática (3) (58). Algunos investigadores han estudiado el tiempo que pasan los adolescente viendo la televisión, la influencia de la misma en las elecciones de compra de productos, la imagen corporal ideal y las distintas elecciones de programas televisivos encontrando que las pacientes con trastorno alimentario presentan una “dependencia” psicológica de la televisión estando más horas diarias viendo la misma y estando más influenciadas sus compras por los comerciales que en el grupo control en dicho estudio (58).

Hay poca investigación escrita acerca de los trastornos de la alimentación del grupo cultural hispano. No hay información fácilmente disponible sobre los síntomas o conductas culturales de los hispanos. Sin embargo, los valores y creencias hispanos pueden prestarse al desarrollo de un trastorno de la alimentación. La cultura hispánica enfatiza la importancia de la familia, el mantenimiento del respeto personal, el fatalismo cultural y la religiosidad (7).

La cultura hispánica valora el machismo, en el cual los hombres son dominantes y tienen el control, las mujeres no son tan valoradas como los hombres. Esta posición opresiva puede poner a las mujeres hispánicas en riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación. El desarrollo de un trastorno de alimentación en esta cultura puede ser una expresión de enojo (29).

En las culturas latinas tradicionales, el peso se considera un signo de opulencia y éxito, pero a muchos hispanos se les anima a estar delgados según se aculturán a los estándares de belleza de Norte América (53).

En el DSM-IV hay cambios en las categorías diagnósticas para los trastornos de la alimentación. La AN y la BN se han trasladado a una sección aparte denominada “ Trastornos de la Alimentación “. Para ambos trastornos, la perturbación de la imagen corporal ya puede expresarse de maneras diferentes como una distorsión de la experiencia misma o como la negación de la gravedad de la pérdida de peso(47).

La subtipificación de la AN indica ahora la presencia de conductas comilonas/purgas versus conductas restrictivas. La presencia de comilonas y purgas que ocurren exclusivamente en el contexto de la AN se diagnostican ahora como subtipo de AN. Un criterio de exclusión correspondiente se añade al diagnóstico de BN. Cierta investigación reciente sugiere que los criterios diagnósticos son demasiado restrictivos(15).

En la evaluación de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria o sospecha de esta se debe investigar acerca de la historia menstrual; la presencia de comilonas o purgas; e intentos previos de tratamiento y síntomas de otros trastornos del Eje I, con énfasis en los trastornos afectivos, de ansiedad, y de abuso de sustancias (39).

En Estados Unidos cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de trastornos alimentarios, de estos mas del 90% son mujeres y 75% son adolescentes, estimándose que la AN y la BN, afectan aproximadamente a 1.2 millones de mujeres en dicho país (13).

Durante la década de los setenta, los estudios realizados en EEUU sobre los hábitos dietéticos de la población general ofrecían datos alarmantes: el 50% de norteamericanos que seguía un programa de pérdida de peso, tenía un peso adecuado para su talla y edad, un 45% de amas de casa realizó algún tipo de dieta al año, un 56% de mujeres entre 25 y 54 años hacía al menos una dieta al año, cerca de un 76% de los sujetos que realizaban dieta la realizaba por cuestiones estéticas y no por motivos de salud, estimándose que entre 20 y 25 millones de norteamericanos sigue algún tipo de dieta seria (21).

Se piensa que este incremento en el número de casos se debe a diferentes factores que van mas allá de los puramente derivados de la mejora en los instrumentos diagnósticos, y que puede ser debido a varias causas entre las que tal y como apunta Chinchilla, encontraríamos para la AN: a) mejoría del diagnóstico, b) errores diagnósticos con otros cuadros, c) mayor tendencia en la adolescencia para las dietas, d) rápido desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones, e) necesidades y distingos sociales, f) problemas psicológicos en las adolescentes de tipo existencial distintos al de generaciones pasadas y g) una mayor difusión social del tema en los medios audiovisuales **(21)**.

Haciendo un estudio en términos medios, se puede estimar que la incidencia de la AN viene a ser de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por 100 mil habitantes, con una prevalencia de 0.5 a 1 por 100 mil, mientras que la incidencia y prevalencia de la BN presenta cifras variables entre el 4 y 8% y entre el 1 y 3% respectivamente. Se debe tener en cuenta que además de la AN y BN, los síndromes parciales ( trastornos alimentarios que no cumplen todos los criterios para las anteriores), tienen una elevada prevalencia e incidencia entre la población adolescente. Hay que señalar que es muy probable como sugieren Steiner y Lock (1998), que los trastornos alimentarios no especificados sean más frecuentes en los jóvenes con los trastornos alimentarios clásicos. **(21)**.

Otro estudio señala que la prevalencia de AN fluctúa entre 0.2% y 0.5% **(27)**, y de la BN entre 2 y 3%, mientras que la prevalencia de los trastornos de conducta no especificados, es del 3 al 5% **(6) (37)**.

La relación hombre mujer de AN es de 1 por cada 20 casos (46), mientras que esta relación es de 1 por cada 10 casos de BN (23). Existe otro reporte en el que se refiere que la relación entre mujeres y varones viene a ser de 9-10:1 pues casi todos los estudios epidemiológicos constatan que el 90-95% de los sujetos afectados de algún tipo de trastorno alimentario son mujeres (33).

Por lo general se acepta que la AN “debuta” en el rango de edad comprendido entre los 10 y 25 años, situándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y los 18 años (42) y siendo poco común en la primera década de la vida o pasados los treinta años.

En el caso de los prepúberes, las conductas alimentarias anómalas pueden obedecer más al mimetismo familiar o ambiental que constituir una entidad clínica como tal, pues es discutible que en estas edades se disponga de la capacidad de discernimiento para pretender la delgadez como ideal de vida (21).

Aunque estudios epidemiológicos hablan de una incidencia similar en todos los estratos sociales, contrariamente a la predominancia de clases sociales medias altas que se mantuvo en un principio, la relación entre el nivel socioeconómico y el desarrollo de un trastorno alimentario sigue siendo una cuestión controvertida(14).

La comorbilidad psiquiátrica de los trastornos de alimentación, ha sido el centro de mucha investigación. En un estudio con una muestra clínica grande de adultos y adolescentes descubrieron que aproximadamente el 63% de todos los pacientes con trastorno de la alimentación tenían un trastorno afectivo de toda la vida (24).

La investigación ha indicado que los individuos con trastornos de la conducta alimentaria tienen a menudo trastornos co-ocurrentes adicionales del Eje I y del Eje II (5).

Puesto que el comienzo de los trastornos de la conducta alimentaria típicamente ocurre durante la adolescencia y puesto que la comorbilidad psiquiátrica parece ser mayor en general en los adolescentes que en los adultos, es probable que la investigación de los patrones de comorbilidad en este grupo de edad ayude a identificar factores de riesgo asociados con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (62).

Hasta la fecha, poca investigación ha examinado la comorbilidad psiquiátrica asociada con los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes. Un estudio reportó que entre 1,710 estudiantes de bachillerato, el 77% de los que tenían TCA, tenían al menos un trastorno adicional del Eje I. Los trastornos comórbidos mas frecuentes fueron los trastornos depresivos, seguidos por los trastornos por ansiedad y los trastornos por uso de sustancias. Otros estudios realizados con muestras comunitarias de adolescentes han indicado análogamente que en los adolescentes con patrones de conducta alimentaria anormales o irregulares eran comunes los niveles altos de ansiedad y de estado de ánimo deprimido (12).

La co-ocurrencia de trastornos depresivos y de sintomatología de trastornos de conducta alimentaria tiene importantes implicaciones por lo que se refiere a posibles factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Se ha sugerido que los individuos con preocupaciones por la alimentación, la imagen corporal y el peso, que sufren de una psicopatología concurrente pueden estar en un riesgo mas alto para el desarrollo de un TCA que aquellos que experimentan solo perturbaciones de esta conducta (17).

En un estudio de Smith (1993) se reportó un alto nivel de trastornos por ansiedad en relación con la AN en un seguimiento de 6 años, que ocurren separadamente de y junto con los trastornos de alimentación persistentes (45).

El revisar la literatura relativa a sí los sujetos con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen tasas elevadas de trastornos por ansiedad (TA), trae mas confusión que respuestas. En efecto, las tasas de comorbilidad de TA en sujetos con TCA varían ampliamente a través de los estudios. Por ejemplo la prevalencia de toda la vida de un sujeto con TA varía del 25 al 75% en sujetos con BN, y del 23 al 54% en aquellos con AN. Se reporta que pocos estudios han incluido grupos de control, y puesto que los trastornos por ansiedad están entre los trastornos psiquiátricos mas comunes entre la población femenina adolescente (del 12.7% al 18.1%) (61), no está claro todavía si los trastornos por ansiedad son mas comunes entre mujeres con trastornos de la conducta alimentaria que entre mujeres de la comunidad(18).

Según el reporte de Wittchen y Essau (1994), las estimaciones en la comunidad de la prevalencia en toda la vida de fobia social en mujeres varían de 1 a 3.5%, al 13.3% en el Estudio Nacional de Comorbilidad **(30)**.

Las estimaciones de la frecuencia de toda la vida de Trastorno de Ansiedad Generalizada TAG varían mucho a través de los estudios en la comunidad, **(61)** del 5.5% al 35.1%. En pacientes referidos con BN se reportan frecuencias de 24 al 31%, siendo igual para AN **(60)**. Sin embargo Garfinkel (1995), reportó que los estudios comunitarios muestran que el riesgo para TAG es 6.1 veces mayor en mujeres con AN, y 2.6 veces mayor en mujeres con BN, comparadas con mujeres sin TCA **(16)**.

Muchas chicas experimentan problemas depresivos y de la conducta alimentaria durante la adolescencia. Si bien se sabe que la depresión clínica y los TCA co-ocurren, se sabe mucho menos acerca de la naturaleza de la co-ocurrencia de problemas subclínicos **(24) (55)**.

Los síntomas cognitivos y conductuales, de los trastornos de la conducta alimentaria están asociados de manera única con los aspectos cognitivos de la depresión (tales como pesimismo y disgusto por sí mismo), pero ninguno de estos síntomas se asocia de manera única con los componentes somático / afectivo de la depresión (tal como irritabilidad y pérdida de interés) **(55)**.

Los problemas subclínicos en el estado de ánimo y la conducta alimentaria se han asociado con otra psicopatología y un funcionamiento social malo **(19) (50)**

Se reporta en el estudio de Graber (2001) que la elevación de los síntomas depresivos y de la conducta alimentaria puede plantear un riesgo grave para el desarrollo de uno o ambos trastornos y puede involucrar deterioro funcional concurrente con la experiencia de los problemas **(20) (9)**.

En un estudio de 1991 de Rohde, descubrió que en el caso de trastornos comórbidos, la depresión generalmente comienza poco después del otro trastorno, lo que sugiere que el otro trastorno desempeña un papel en el curso de la depresión **(20) (40)**. La tensión de afrontar un problema de la conducta alimentaria por los adolescentes sin sistema de apoyo puede resultar en retraimiento, aislamiento y aumento de la sintomatología de depresión, Rosen, Compas y Tacy (1993) encontraron respaldo para la aserción de que los problemas de la conducta alimentaria estaban vinculados con estrés subsecuente **(41)**.

En la adolescencia temprana y media, el desarrollo físico también se ha reportado como un correlato de problemas co-ocurrentes. Las perturbaciones de la imagen corporal, la grasa corporal y el momento del desarrollo puberal tuvieron asociaciones intermitentes con problemas de la conducta alimentaria durante las evaluaciones en la adolescencia **(20)**.

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar un TCA existen la presión sociocultural para estar delgado ejercida por la familia, los pares y los medios, así como la interiorización del actual ideal delgado para las mujeres, promueve la insatisfacción corporal, la cual da lugar a la realización de dietas y contribuye a un efecto negativo. Así mismo se mencionan como factores de riesgo contextuales el ser molestado por los pares, y aculturación a los valores occidentales de los inmigrantes. Se ha identificado que el ser de género femenino y tener un cuerpo en forma de pera **(48) (32)**.

Algunos estudios realizados en México, reportan que el 60% de mujeres adolescentes estudiantes de escuelas privadas llevan a cabo dietas para bajar de peso, y entre el 2.5% y el 12% utilizan el vómito autoinducido, laxantes o diuréticos con este mismo fin. **(11) (26) (56)**.

Se cree que el aumento en la realización de dietas y el afecto negativo a su vez, incrementan el riesgo para el comienzo de comilonas y patología de la conducta alimentaria. Además de que existe evidencia considerable de que estos factores predicen futuros incrementos en la patología de la conducta alimentaria **(57) (49) (51)**.

La adolescencia temprana en particular ha sido reconocida como una época en que se establecen muchos factores de riesgo para una conducta alimentaria trastornada. Por ejemplo en cualquier día dado aproximadamente dos terceras partes de las chicas de 14 a 18 años están haciendo dieta. Además se estima que el 40% de las adolescentes se involucran en conductas de realización de dietas poco sanas o excesivas **(59)**.

La realización de dietas se ha conceptualizado como el primer paso en un espiral descendente de conducta alimentaria trastornada y baja autoestima resultante que, a su vez, puede conducir a una mayor severidad en la realización de dietas y los patrones de conducta alimentaria trastornada. Se han documentado informes de más del 25% de las adolescentes de 14 y 16 años con problemas extremos de la conducta alimentaria (59). Altmann y cols. (1998), identificaron una asociación significativa entre el apego ansioso y las preocupaciones por la alimentación (1).

Hay cierto apoyo para la hipótesis de que la autoestima baja es un factor de riesgo para el desarrollo de patologías de la conducta alimentaria (9).

Debido a la importancia que se ha venido explicando con relación a la comorbilidad principalmente con trastorno de ansiedad y depresión, así como los factores de riesgo mencionados, es importante mencionar los instrumentos de evaluación, con los que se cuenta para poder detectar oportunamente los TCA. Se dispone de entrevistas estructuradas específicas como el Examen de Trastornos de la Alimentación (EDE), así como de instrumentos de tamizaje en las versiones de padre e hijo. También se dispone de autoreportes clínicos: El Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI), tiene datos normativos hasta la edad de 14 años, el Test de Actitudes de Alimentación (EAT), tiene una versión aplicable a niños de edad escolar, y la Encuesta de Trastornos de la Alimentación, de los niños, aplicable a niños de enseñanza media (34) (43) (44).

Un estudio en México (2000), reporta datos acerca de la presencia de conductas alimentaria de riesgo en población adolescente, y establece que las mujeres presentaron mayores porcentajes en todas las conductas alimentarias en comparación con los hombres, con excepción de comer compulsivamente, la cual fue mayor en hombres (57).

En el uso de enemas, supositorios y laxantes ambos sexos obtuvieron los mismo puntajes. Las adolescentes de 14 y 15 años mostraron mayores porcentajes que las de 16 y 17 años en la sensación de falta de control al comer, en la práctica de ayunos y vómito autoinducido. Las adolescentes que presentaron en dicho estudios el mayor porcentaje de indicadores clínicos fueron las del grupo de edad comprendido entre los 16 y 19 años (57).

En México se cuenta con el Test de Actitudes Alimentarias (EAT por sus cifras en inglés), fue validada por Castro (1991) en la versión en español, y en México por la ENEP Iztacala en el año 2000, cuenta con 40 reactivos, con un punto de corte de 28 para México. El análisis factorial arroja 7 factores pertinentes en la población mexicana: 1. Motivación para adelgazar, 2. Evitación de alimentos engordante, 3. Preocupación por las comidas, 4. Presión social y percibida, 5. Obsesiones y compulsiones, 6. Patrones y estilos alimentarios, 7. Conductas compulsivas. Posee una adecuada consistencia interna ( alfa = 0.72 y alfa = 0.83) (8) (2).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Detectar factores de riesgo para el posible desarrollo de un alteración de la conducta alimentaria y su relación con ansiedad y depresión, en adolescentes en una población abierta.

## JUSTIFICACIÓN

**En la literatura se reportan datos epidemiológicos en estudios de adolescentes, con trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo la gran mayoría de esos estudios son de comunidades caucásicas, y no se ha estudiado mucho acerca de este trastorno en comunidades latinas. Debido a que los adolescentes son un grupo vulnerable, y de alto riesgo por las presiones sociales, por el ideal del modelo delgado (principalmente por la influencia del prototipo de la belleza americana), considero importante poder estudiar a este grupo con población latina, y poder detectar oportunamente factores de riesgo de conducta alimentaria y sus síntomas asociados, ya que en diversos artículos se informa de la trascendencia a lo largo de la vida adulta y sus importantes repercusiones.**

# OBJETIVO

Identificar adolescentes en población abierta que presentan factores de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria y su correlación con síntomas de ansiedad y depresión.

# HIPÓTESIS

El grupo de mayor riesgo, es de las mujeres

Los varones no representarán un grupo de riesgo significativo.

El grupo de mujeres comprendido entre los 12 y los 16 años es el mas vulnerable.

# DISEÑO

## TIPO DE INVESTIGACIÓN

Transversal

Descriptiva

## POBLACIÓN O UNIVERSO

Adolescentes de ambos géneros con edades entre 12 y 18 años, que cursen el nivel de secundaria y/o bachillerato. Se tomó una muestra de 287 adolescentes de Escuelas Públicas y Privadas, que desearon cooperar en el estudio.

# CRITERIOS DE SELECCIÓN

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adolescentes de ambos géneros.

Edad entre 11 y 18 años con nivel de secundaria o bachillerato en el momento que se aplicaron las escalas.

Los sujetos que de forma voluntaria contestaron las escalas.

# CRITERIOS DE SELECCIÓN

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los sujetos que no cumplieron los criterios de inclusión.

Pacientes ya diagnosticados previamente con trastorno de conducta alimentaria.

# VARIABLES

## VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores de riesgo para desarrollar un Trastorno de conducta alimentaria ( realización de dietas, ejercicio excesivo para quemar calorías, preocupación por el peso, vómitos postprandiales, purgas, sentimientos de culpa en relación a alimentos).

**Edad**

**Género**

## VARIABLES DEPENDIENTES

Escalas de aplicación (EAT-40 , DSRS , SCARED).

Presencia de síntomas depresivos.

Presencia de síntomas de ansiedad.

## FUENTE DE INFORMACIÓN

**La fuente de información será primaria, se evaluará por medio del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Autoreporte de Ansiedad para Niños y Adolescentes (AANA versión traducida y adaptada de la Escala SCARED), y la Escala Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia.**

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información se recabará por medio de las Escalas de Actitudes de Alimentación (EAT-40), DSRS, y AANA.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

**Se acudió a 2 Escuelas Privadas ( Instituto Romera) de bachillerato y secundaria; y 2 Federales (Escuela Secundaria No. 139 y Escuela Nacional Preparatoria No. 6), las cuales se eligieron al azar, en donde se aplicaron las escalas a los adolescentes de ambos géneros que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. Se aplicaron tres escalas : Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), la Escala de Birleson para Trastorno Depresivo Mayor en Adolescentes (DSRS), y el Autoreporte de Ansiedad para Niños y Adolescentes (AANA)) (SCARED). Se recolectaron los datos de las escalas en el programa Excel, según las variables, y se realizó un análisis de datos mediante la correlación de Pearson y de Spearman.**

# RECURSOS

## Recursos Humanos

**Investigador**

**Asesor metodológico**

**Asesor teórico**

## Recursos Materiales

**Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)**

**Autoreporte de Ansiedad para Niños y Adolescentes (AANA, versión traducida y adaptada de la Escala SCARED).**

**Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia.**

## Recursos Económicos

**Ninguno**

# ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio no representó ningún riesgo para los pacientes que participaron en la investigación, todos los datos de obtuvieron directamente por los participantes del estudio y se guardó la confidencialidad de estos.

## **RESULTADOS**

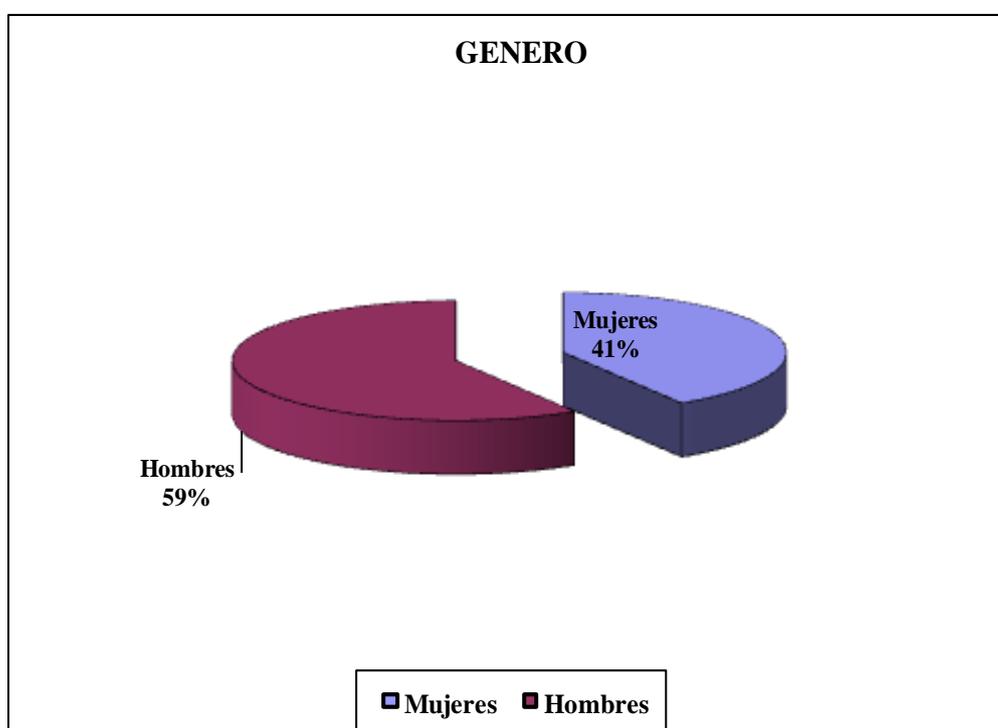
Los resultados se realizaron por medio de un análisis de correlaciones de Pearson para las variables paramétricas a fin demostrar la significancia, y por medio de la correlación de Spearman, para las variables no paramétricas (Sexo, Edad, Escolaridad).

A continuación se muestra la tabla en donde se describen las variables, posterior a la correlación.

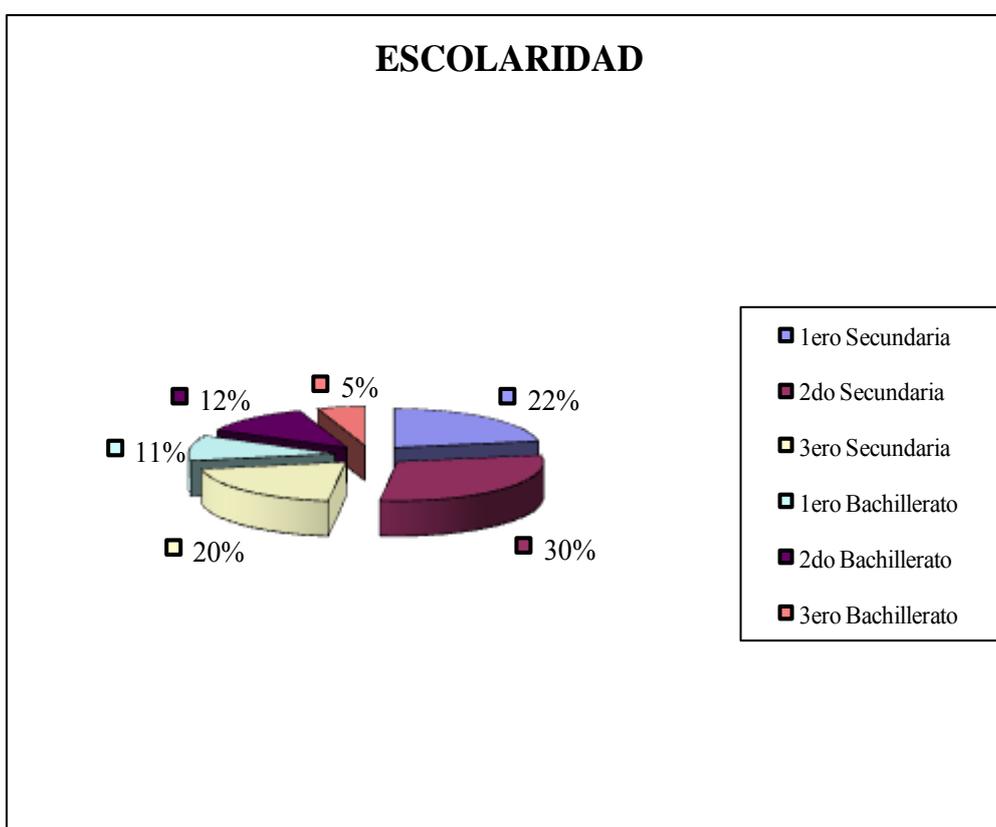
En esta tabla podemos observar, las escalas aplicadas (EAT-40, los factores de la Escala de Ansiedad, y la Escala de Depresión).

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. St.</b>	<b>Desv. St. Error</b>
<b>DSRS</b>	1	118	8.62	5.25	.48
	2	169	10.67	5.21	.40
<b>EAT-40</b>	1	118	11.91	6.31	.58
	2	169	15.19	10.67	.82
<b>FI</b>	1	118	3.28	3.13	.29
	2	169	5.64	4.43	.34
<b>FII</b>	1	118	5.66	3.28	.30
	2	169	6.79	4.28	.33
<b>FIII</b>	1	118	3.12	2.50	.23
	2	169	3.80	2.97	.23
<b>FIV</b>	1	118	3.28	2.48	.23
	2	169	3.90	2.97	.23
<b>FV</b>	1	118	1.71	1.80	.17
	2	169	2.36	1.80	.14
<b>Edad</b>	1	118	14.91	2.09	.19
	2	169	13.96	1.59	.12

Se trabajó con una muestra de  $n= 287$ , de los cuales 118 pertenecen al sexo masculino, y 169 al sexo femenino. La correlación entre los sexos demostró una mayor incidencia del índice depresivo DSRS, resultando 8.62 para el sexo masculino y 10.67 para el sexo femenino. Con una desviación estándar de 5.25 y 5.21 respectivamente.



La escolaridad, se obtuvo por medio de la tabla de frecuencias, y la distribución fue de la siguiente manera: 64 de los pacientes cursan el primer año de secundaria; 85 de los pacientes cursan segundo de secundaria, 58 cursan el tercer año de secundaria, 30 cursan el primer año de bachillerato, 35 el segundo año de bachillerato, y 15 cursan el último año de bachillerato. A continuación se muestran los porcentajes en el gráfico.



De acuerdo al Análisis Estadístico Pearson, se encontró que existe correlación entre el GÉNERO y la EDAD con la escala de depresión DSRS. Así como El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) con el GÉNERO y la Escala DSRS. Todas las subescalas del Autoreporte de Ansiedad, se correlacionaron el GÉNERO y la Escala DSRS.

**N=287**

	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>DSRS</b>	<b>Estado Civil (padres)</b>
EAT-40	.175**	-.111	.174**	.071
FI	.284**	.249**	.434**	-.064
FII	.142**	-.063	.431**	-.048
FIII	.120**	.039	.378**	.052
FIV	.109	.292**	.266**	.074
FV	.175**	-.052	.332**	.001

\*\* Estadísticamente significativo

En la tabla descriptiva estadística, se aprecian las máximas y mínimas de acuerdo a las variables paramétricas, en donde también colocamos la media y la desviación estándar. Presentamos las variables de edad, DSRS, EAT-40, y las subescalas del Autoreportes de Ansiedad (SCARED). Se trabajó con adolescentes desde los 11 años hasta los 18 años, con una media de 14.31 y una desviación estándar de 1.68. Con relación al DSRS se obtuvieron puntuaciones desde 0 hasta 27, reportándose una media de 9.83, y una desviación estándar de 5.32. Para el Tests de Actitudes Alimentarias (EAT-40), se reportó con 0 la puntuación mas baja y un solo caso de 77 puntos, con una media de 13.79, y una desviación estándar de 9.16. Para cada una de las subescalas del Autoreporte de Ansiedad (SCARED), se obtuvieron las siguientes puntuaciones: para todas se obtuvo una puntuación mínima de 0 y una máxima para FI (Psicosomático) de 24, con una media de 4.67, y una desviación estándar de 4.11, para la subescala FII (Ansiedad Generalizada), se reportó una puntuación máxima de 20, con una media de 6.33, y una desviación estándar de 3.93; para la subescala FIII (Ansiedad de Separación), se reportó una máxima de 14 puntos, con una media de 3.52, y una desviación estándar de 2.80; para la subescala FIV ( Fobia social), se reportó una máxima de 12 puntos, con una media de 3.64, y una desviación estándar de 2.79, y finalmente para la subescala FV ( Fobia Escolar), se reportó una máxima de 11 puntos, con una media de 2.09 y una desviación estándar de 1.83. En la siguiente tabla se muestran.

**TABLA ESTADISTICA DESCRIPTIVA**

	<b>N</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. St.</b>
<b>Edad</b>	287	11	18	14.31	1.68
<b>DSRS</b>	287	0	22		
<b>EAT-40</b>	287	0	77	13.79	9.16
<b>FI</b>	287	0	24	4.67	4.11
<b>FII</b>	287	0	20	6.33	3.93
<b>FIII</b>	287	0	14	3.52	2.80
<b>FIV</b>	287	0	12	3.64	2.79
<b>FV</b>	287	0	11	2.09	1.83

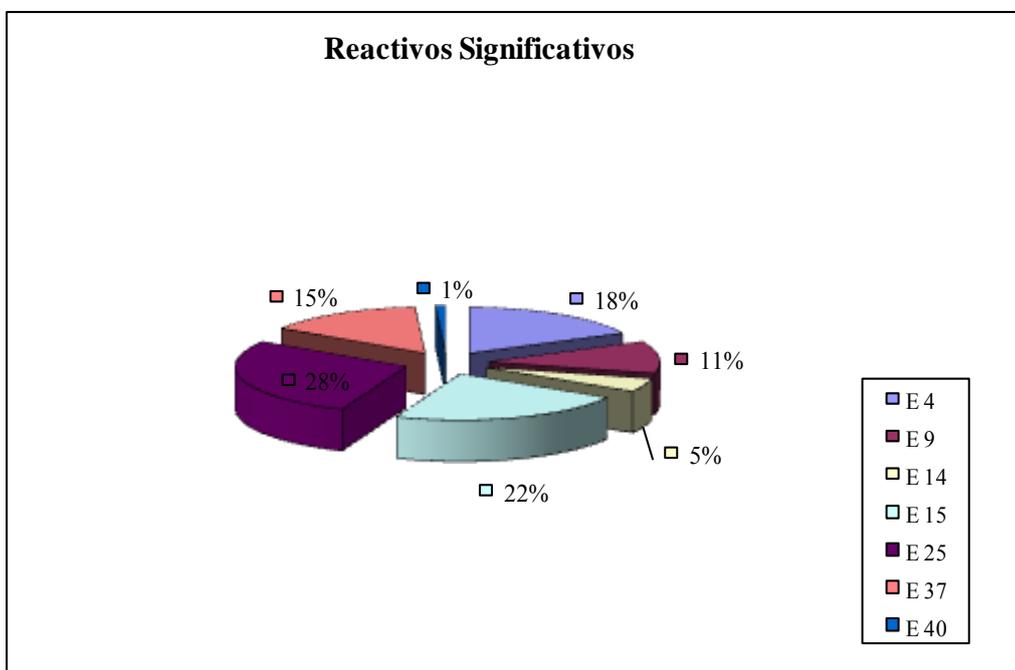
Cada uno de los reactivos del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), se correlacionó por medio del análisis de Pearson y Spearman, con la edad y el sexo, y el comportamiento fue el siguiente: de los reactivos, indicadores de mayor riesgo de desarrollar trastorno alimentario para la edad, los reactivos significativos, fueron: E38, con mayor grupo de riesgo las edades comprendidas alrededor de los 12 años.

Para la variable de sexo de acuerdo al análisis de Spearman, los reactivos de riesgo significativo fueron: E4, E9, E14, E15, E25, E37 y E40.

<b>Reactivos de Riesgo</b>	<b>Sexo</b>
<b>E4</b>	.225
<b>N</b>	287
<b>E9</b>	.122
<b>N</b>	287
<b>E14</b>	.123
<b>N</b>	287
<b>E15</b>	.224
<b>N</b>	287
<b>E25</b>	.236
<b>N</b>	287
<b>E37</b>	.187
<b>N</b>	287
<b>E40</b>	.168
<b>N</b>	287

<b>Reactivo de Riesgo</b>	<b>Edad</b>
<b>E38</b>	-.124
<b>N</b>	287

Los indicadores clínicos en relación al género, son E4 (me da mucho miedo pesar demasiado), 19 pacientes contestaron siempre, 4 pacientes casi siempre, y 7 pacientes algunas veces. En E9 (tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como), 12 pacientes contestaron siempre, 13 pacientes casi siempre y 7 pacientes algunas veces. E14 (me siento culpable después de comer), 5 respondieron siempre, 4 casi siempre, y una paciente algunas veces. E25 (me comprometo a hacer dietas), 30 pacientes calificaron siempre, 14 casi siempre y 10 algunas veces. E37 (me comprometo a hacer dietas), 16 calificaron siempre, 12 casi siempre y 4 algunas veces. Finalmente el indicador E40 (tengo ganas de vomitar después de las comidas), solo un paciente mostró calificación algunas veces.



## **CONCLUSIONES**

Los correlatos encontrados en este trabajo, corresponden a lo enunciado en la literatura, en donde se reporta comorbilidad entre los síntomas depresivos, y de ansiedad.

Las correlaciones mas significativas que aportó este estudio, fueron en relación con el EAT-40 y la edad, de mayor riesgo que se considera alrededor de los 12 años, así como la asociación entre EAT-40 y el género femenino.

La correlación de EAT-40 en relación a DSRS fue significativa, y se mostró en la tabla de correlaciones, lo cual no concluye específicamente ninguna relación, ya que como se menciona en el marco teórico al parecer los síntomas depresivos son una causa y no una causante de la enfermedad.

La relación con la escala de Autoreporte de Ansiedad (SCARED), fue significativa, como se señaló en las tablas de resultados, con mayor énfasis en las subescala II que valora ansiedad generalizada lo cual también aportó como dato adicional un gran porcentaje de ansiedad entre los estudiantes.

Pareciera que la Escolaridad de los sujetos en estudio, y el estado civil de los padres, no tiene relación significativa con los resultados de la EAT-40.

El análisis de número de indicadores clínicos, en relación con la edad, solo señaló como significativo el reactivo 38 (me gusta sentir el estómago vacío), apuntando como edad de mayor riesgo alrededor de los 12 años. En donde 15 pacientes del sexo femenino comprendido en este rango de edad señaló que siempre o casi siempre.

Los indicadores clínicos con relación al sexo, fueron 7: E4 (me da mucho miedo pesar demasiado), en donde 19 pacientes contestaron siempre, 4 pacientes casi siempre, y 7 pacientes algunas veces. En E9 (tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como), 12 pacientes contestaron siempre, 13 pacientes, casi siempre, y 7 pacientes algunas veces; en E14 (me siento culpable después de comer) 5 pacientes clasificaron en la categoría de siempre, 4 pacientes en casi siempre, y solo una paciente algunas veces. En E15 (me preocupa el deseo de estar mas delgada), 24 pacientes calificaron siempre, 7 pacientes casi siempre, y 9 pacientes algunas veces. E25 (me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo), 30 pacientes calificaron siempre, 14 casi siempre, y 10 algunas veces. E37 (me comprometo a hacer dietas), 16 calificaron siempre, 12 casi siempre, y 4 algunas veces., finalmente el indicador E40 ( tengo ganas de vomitar después de las comidas ) solo un paciente mostró calificación en algunas veces.

Solo se señalaron los indicadores significativos en el sexo femenino.

Los indicadores , en la respuesta siempre, tuvieron los siguientes porcentajes: E4 (18%), E9 (11%), E14 (5%), E15 ( 22%), E25 (28%), E37 (15%) y E40 (1%).

Estos indicadores, de “siempre” son aquellos que se encuentran ante un riesgo importante de padecer un síndrome subclínico de los trastornos de la conducta alimentaria. En el Kaplan se mencionan como indicadores de riesgo, la preocupación excesiva por el peso, y la grasa corporal del cuerpo ( E4, E25, E15).

Ante esto es preciso, resaltar la necesidad de llevar a cabo mas ejercicios de investigación que permitan la continuidad en el avance de conocimientos de estos padecimientos hasta ahora poco estudiados en México, ya que es muy perturbadora la ausencia de investigación acerca de los trastornos de la alimentación en cualquier grupo que no sean mujeres blancas. Los terapeutas debemos continuar nuestra educación en las cuestiones multiculturales, ya que es posible que la empatía, la adaptabilidad y el conocimiento puedan cerrar la brecha de estos trastornos.

## **Bibliografía.**

1. Altmann, T.M., Killen, J.D., Bryson y cols. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal Eating Disorders*, 23:39-44.
2. Alvarez, G.R. (2000). Validación en México de 2 Instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT-40 y BULIT. Tesis para obtener la Maestría en Psicología Clínica. Universidad ENEP Iztacala.
3. Barret, R.T.J. (1997). Making our own meanings: A Critical review of Media Effects Research in Relation to the Causation of aggression and Social Skills Difficulties in Children and Anorexia Nervosa in Young Women. *Journal Psychiatry Mental Health Nurses*, 4:179-183.
4. Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., y cols (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. *Journal American Academic Child Adolescence and Psychiatry*, 36(4): 545-553.
5. Braun, D.L., Sunday, R., Halmi, K.A. (1994). Psychiatric Comorbidity in patients with Eating Disorders. *Psychological Medicine*, 24: 859-867.
6. Button, E.J., Whithouse, A. (1998). Subclinical Anorexia Nervosa. *Psychological Medical*, 11: 509-16.
7. Casa, J., Pytluk, S.D. (1995). Hispanic identity development: Implications for research and practice. *International Journal G. Ponterotto. J.M. Casas. Handbook of multicultural counseling* ( pp. 155-180.
8. Castro, S. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 2: 175-190.
9. Cooley, E., Toroy, T. (2001). Body Image and Personality Predictors of Eating Disorders Symptoms During The College Years. *International Journal Eating Disorders*, 30: 37-47.
10. De la Peña, F., Lara, M.C., Cortés, J., Nicolini, H., Páez F., Almeida, Luis. (1996). Traducción al Español y Validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental V 19. Suplemento, octubre: 17-23.*
11. Escobar, G.M.I. (1992) Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nerviosa, y bulimia en estudiantes de Secundaria, Preparatoria y Universidad de la Ciudad de México, D.F
12. Fisher, M., Schneider, M., Pegler, C., y cols. (1991). Eating Attitudes, health-risk behaviors, self-esteem and anxiety among adolescent females in a suburban high school. *Journal of Adolescents Health*, 12: 377-384.
13. Gambill, C.L.(1998). Anorexia and Bulimia in Girls and Young Women...recertification series. *Physician Assistant*, 22: 18,20,25-27
14. Garfinkel, G.E., Garner, D.M.. (1992). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. Montreal: Brunner Mazel.
15. Garfinkel, P.E., Lin, E. (1996). Should Amenorrhea be Necessary For The Diagnosis of Anorexia Nervosa? Evidence from a Canadian Community Sample. *British Journal Psychiatry*, 168: 500-506.
16. Garfinkel, P.E., Lin, E. Y cols. (1995). Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1052-1058.

17. Garner, D.M., Olmsted, M.P., y cols. (1984). Comparison Between Weight Preoccupied Women and Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46: 225-266.
18. Godart, N.T., Flament, M.E., y cols. (2002). Comorbidity Between Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *International Journal Eating Disorders*, 32: 253-270.
19. Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M. y cols. (1995). Symptom versus a diagnosis of clinical psychology, 63: 90-100.
20. Graber, J.A., Brook-Gunn, J. (2001). Co-occurring Eating and Depressive Problems: An 8 Year Study of Adolescent Girls. *International Journal Eating Disorders*, 30: 28-36
21. Guerro, P., Barjau, R., y cols. (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
22. Heebink, D.M., Sunday, S.R., Halmi, K.A., (1995). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Adolescence: effect of Age and menstrual status on psychological variables. *Journal American Academic Child and Adolescents Psychiatry*, 34:378-382.
23. Heffernan, K. (1998). Bulimia Nervosa In: *Behavioral Medicine and Women. A Comprehensive Handbook*. Elaine , A., Blechman y Kelly D. (Eds) New York: The Guilford Press.
24. Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R. (1992b). Psychiatric Comorbidity in Treatment Seeking anorectic and bulimics. *Journal American Academic Child and Adolescents Psychiatry*, 31: 810-818.
25. Hetherington, M.M., Roll, B.J.(2001) Dysfunctional Eating in the Eating Disorders, 24(2): 259-270
26. Holtz, V. Factores psico-bio-psicosociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana. México, 1992.
27. Hsu, L.K.G.(1996). Epidemiology of the Eating Disorders. *Psychiatry Clinical North America*, 19(4): 681-700.
28. Kaplan, H.I., Sadock, B.J.Sinopsis de Psiquiatría. *Ciencias de la Conducta Psiquiatría Clínica. Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 8ava edición, pp. 816-29
29. Kempa, L.M., Jhone, T.A. (2000). Culturally Sensitive Assessment and Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 8: 17-30.
30. Kessler, R.C., McGonagle, K.A. y cols. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R Psychiatric Disorder in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 18-19.
31. Killen, J.D., Taylor, C.B., Hatward, C., Wilson, D. Y cols. (1994). Pursuit of thinnes in a community sample of adolescents girls: A Three year prospective analysis. *International Journal Of Eating Disorders*, 16: 227-238.
32. Larson, B.J.(1991). Relationship of familiy communication patterns to E2ting Disorder Inventory Scores in adolescents girls. *Journal American Diet Associated*, 91:1065-1067.
33. Lucas, A.R., Bearol, C.M., y cols. (1991). Fifty Year Trends In the Incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *American Journal Psychiatry*, 148: 917-922.

34. Maloney, M.I., McGüire, J.B., Daniels, S.R. (1988). Reliability Testing of a children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 27:541-543.
35. Mancilla, D.J., Mercado, G.L., Manríquez, R.E., Alvarez, R.G. y cols.(1999). Factores de Riesgo en los Trastornos Alimentarios, 16(1): 37.46.
36. Osvoid, L.L., Sadowsky, G.R. (1993). Eating Disorders of White American , racial and Ethnic minority American, and International Women. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 21: 143-154.
37. Patton, G.C. (1992). Eating Disorders: Antecedents, evolution and course. *Annals Medics*, 24: 281-285.
38. Ressler, A.(1998). A Body To Die For: Eating Disorders and Body Image Distortion in Women. *International Journal Fertil Womens Medical*, 43: 133-138.
39. Robb, A.S.(2001). Eating Disorder in Children Diagnosis and Age-Specific Treatment, 24(2): 235-248.
40. Rohde, P., Lewinsohn, P.M., and Seeley, J.R.. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of abnormal Psychology*, 100(2): 214-222.
41. Rosen, J.C., Compas, B.E., and tacy, B. (1993). The relation among stress, psychological symptoms, and Eating Disorder Symptom: A Perspective Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2): 153-162.
42. Sánchez-Planell, L. (1992). Trastornos de la Conducta Alimentaria en : Vallejo Ruiloba J, ed. *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría 4ª edición*, Barcelona: Masson; 1998 pp 311-339.
43. Shore, R.A., Porter, J.E. (1990). Normative and Realiability data for 11 to 18 year olds on the Eating Disorder Inventory. *International Journal Eating Disorders*, 9:201-107.
44. Slade, P.D., Dewey, M.E., Kiemle, G. Y cols. (1990). Update on SCANS: a Screening Instruments for Identifying Individuals at Risk of Developing and Eating Disorders. *International Eating Disorders*, 9: 583.584.
45. Smith, C., Feldman, S., Nasserbakth, A. Y cols. (1993). Psychological Characteristics, and DSM III-R, Diagnoses at 6-Year Follow-up of Adolescent with Anorexia Nervosa. *Journal American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 32: 1237-1245.
46. Sokol, M.S., y Gray N.S. (1998). Anorexia Nervosa In: Behavioral Medicine and Women. A Comprehensive Handbook. Elaine, A., Blehman y Kelly D. (Eds). New York: The Guilford Press.
47. Steiner,H., Lock, J. (1998). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescentes: A Review of the Past 10 Years. *Journal American Academic Child and Adolescents Psychiatry*, 37(4): april, 352-359.
48. Steinhausen, H.C. (1995). Eating Disorders in Adolescents: Anorexia and Bulimia Nervosa. New York: De Gruyter.
49. Stice, E. And Agras, W.S. (1998). Predecting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Behavior Therapy*, 29: 257.276.

50. Stice, E. Killen, J.D., Hayward, C. And Taylor, C.B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during adolescence: A four-year survival analysis: *Journal of Abnormal Psychological*, 107: 671-675
51. Stice, E., R, J. (2001). Preliminary Controlled Evaluation of on Eating Disturbance Psychoeducational Intervention for College Students. *International Journal Eating Disorders*, 31: 159-171.
52. Stice, E., Ragan, J. (2002). A Preliminary Controlled Evaluation og and Eating Disturbance Psychoeducational Intervention for College Students. *Eating Disturbance Intervention*, 31:159-171.
53. Thompson, B. (1992). "A Way Outa no Way": Eating Problems Among African American, Latina, and White Women. *Gender and Society*, 6(4): 546-61.
54. Toro, J. (1996). *El cuerpo como Delito. Anorexia, Bulimia cultura y sociedad*. Barcelona: Martínez Roca.
55. Tropp, N.A., Serpell, L., Treasure, J.L. (2001). Specificity in the Relationship Between Depressive and Eating Disorder Symptom in Remmited and Nonremmited women. *International Journal Eating Disorders*, 30: 306-311.
56. Unikel, C. *Desórdenes de la alimentación en estudiantes y profesionales de ballet. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psilogía Clínica. Facultad de Psicología UNAM, México, D.F. 1998.*
57. Unikel, C.S., Villatoro, V.J., Medina-Mora, I.M., Fleiz, C.B. y cols. (2000). *Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes Mexicanos. Datos en Pobación Estudiantil del D.F.. La Revista de Investigación Clínica*, 52(2): 140-147.
58. Verri, A.P., Verticale, M.S., Vallero, E., Bellone, S. (1997). Television and Eating Disorders. Study of Adolescents Eating Behavior. *Minerva Pediatric*, 49: 235-43.
59. Vohs, K.D., Heatherton, T.F., Herrin, M. (2001). Disordered Eating and the Transition to College: A Prospective Study.
60. Walters, E.E., and Kendler, K.S. (1995). Anorexia Nervosa and anorexic-like syndromes in population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152: 64-71.
61. Wittchen, H.U., Essau, C.A., (1993). Epidemiology of anxiety disorders (pp 1-23). In H.U. Wittchen and C. A. Essau (Eds), *Psychiatry*, Philadelphia: J.B. Lipipincott.
62. Zaider, T.L., Johnson, J.G., Cockell, S.J. (2000). Psychiatric Comorbidity Associated with Eating Disorder Symptomatology Among Adolescents in the Community. *International Journal Eating Disorders*, 28: 58-67.