



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“SINTOMATOLOGÍA Y FACTORES COGNITIVOS DE LOS
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE CINCO
ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA”

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
P A T R I C I A L U I S V A L E N C I A

DIRECTORA:
DRA. KARINA FRANCO PAREDES

ASESORES:
DR. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ
DRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN

PAPIIT:IN 304606

CONACyT: U50305-H



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2009



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios; por darme la oportunidad de vivir la vida que tengo y por estar conmigo en todo momento.

A mis Padres; por apoyarme económica y moralmente, por sus desvelos conmigo, por su amor y comprensión, los quiero mucho y esta tesis es también de ustedes.

A mis hermanos; por su apoyo incondicional en todo este proceso de mi vida.

A mis amigas de carrera;
Adriana, Grace y Mayra,
gracias por todos los momentos que me hicieron pasar en la universidad, gracias por su apoyo en todo momento.

A mis amigos de Trabajo; Onán, Rocío, Adriana, pero especialmente a tres, Cinthya, Demian y Luis Ángel, gracias por su apoyo pero sobre todo por la amistad tan leal para conmigo, esta tesis también esta dedicada a ustedes tres, los quiero mucho.

A mis Amigos en General; Jorge, Fernando, Álvaro, Betty, Luis, Caro, Marisol, Rodrigo, en fin a todos ellos muchas gracias por su apoyo en cada momento de mi vida.

Al PIN; A todos mis compañeros tesistas del proyecto pero en especial a Lety, muchas gracias por todos tus consejos y apoyo.

A **Gina, Juan Manuel** y especialmente a **Kary**, muchas gracias por su espera y paciencia para la culminación de este trabajo, sin ustedes no hubiese sido tan bien apoyado.

A la **UNAM** por darme la carrera que de hoy en adelante será mi forma de vida, mis **maestros** y **asesores** muchas gracias por contribuir a mi formación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
1. Alimentación	3
2. Trastornos del Comportamiento Alimentario.....	7
2. 1 Anorexia Nerviosa.....	7
2.2 Bulimia Nerviosa	10
2.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado	13
3. Sintomatología y factores de riesgo de TCA en adolescentes y jóvenes	15
4. Factores Cognitivo-conductuales.....	25
MÉTODO.....	30
DISCUSION	56
CONCLUSIONES.....	63
REFERENCIAS.....	64
ANEXOS	73

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar y comparar la presencia de sintomatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y los factores cognitivo-conductuales asociados a estas psicopatologías en jóvenes universitarios de cinco ciudades de la República Mexicana. Participaron un total de 1240 estudiantes -Puebla: 191 mujeres, 115 hombres; Guanajuato: 98 mujeres, 24 hombres; Monterrey: 209 mujeres, 112 hombres; Toluca; 88 mujeres, 88 hombres, y Ciudad de México: 200 hombres y 115 mujeres-, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico. Los participantes contestaron los siguientes instrumentos: Test de Actitudes Alimentarias, Test de Bulimia y el Inventario de Trastornos Alimentarios. Los resultados indicaron que fueron las mujeres de Monterrey quienes presentaron mayor restricción alimentaria en comparación con los hombres de la Ciudad de México ($F = 7.95, p \leq 0.05$), también se encontró que las mujeres de Monterrey presentaron mayores sentimientos negativos posteriores al atracón comparadas con los hombres y mujeres de Toluca y los hombres de la Ciudad de México ($F = 16.88, p \leq 0.001$). En cuanto a los factores cognitivo-conductuales, los resultados mostraron que tanto los hombres como las mujeres de Monterrey presentaron mayor motivación para adelgazar e insatisfacción corporal en comparación con los hombres de todos los grupos. Para las conductas de control del peso, se encontró que la muestra de Monterrey -específicamente los hombres- reportaron provocarse el vómito con el fin de no subir de peso y realizar dietas con más frecuencia que el resto de los participantes. El análisis de correlación mostró que en las mujeres de las cinco ciudades los sentimientos negativos posteriores al atracón y la motivación para adelgazar se asociaron con la sintomatología de Anorexia Nerviosa. Se concluyó que una cantidad importante de jóvenes de las cinco ciudades presentaron sintomatología de TCA y conductas de riesgo. Los participantes de Monterrey, hombres y mujeres, presentaron mayor sintomatología de TCA, una posible explicación de tal resultado es la cercanía que tiene dicha ciudad con los Estados Unidos, país en el que se ha registrado una alta incidencia y prevalencia de dichos trastornos.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es una acción que está mediada no sólo por aspectos biológicos, como el hambre; entran en juego diversos factores, como son la economía, la cultura, la sociedad o lo emocional. Recientemente se ha visto un cambio drástico en nuestra forma de alimentarnos, resultado de la interacción de múltiples aspectos, por ejemplo, el ritmo acelerado de vida en las grandes ciudades, la disponibilidad de alimentos, la incorporación de la mujer al campo laboral, etc. Aunado a este cambio en la alimentación también se ha gestado una modificación en el modelo estético corporal. Antiguamente una persona era halagada por su excesivo peso, hoy en día es valorada por su figura esbelta y delgada; esto ha generado que muchas personas no se sientan a gusto con su cuerpo y en algunos casos pueden presentarse alteraciones en la percepción de su figura. Cuando una persona experimenta excesiva preocupación respecto a su figura y peso corporal es altamente probable que presente actitudes y realice conductas poco saludables encaminadas a modificar su peso corporal y, en algunos casos, puede exteriorizar síntomas característicos de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA).

Los síntomas de TCA suelen presentarse con más frecuencia en mujeres jóvenes que en hombres, sin embargo hoy en día se han realizado múltiples investigaciones en las que se ha documentado que en los hombres jóvenes la ocurrencia va en aumento, de ahí la importancia de no perder de vista a esta muestra. Hasta hace algunos años se pensaba que los síntomas de TCA eran exclusivos de países ricos y desarrollados, ya que los estudios así lo demostraban. No obstante, investigaciones recientes han encontrado que dichos síntomas y sus factores asociados también están presentes entre los jóvenes, principalmente mujeres, de países y ciudades en vías de desarrollo, así como en zonas semi-urbanas. Si bien es cierto que no es muy alta la frecuencia de dichos síntomas o factores, es importante documentarlas para que se puedan tomar medidas preventivas o de intervención en caso de ser necesario.

Los estudios llevados a cabo en México se han realizado principalmente en la Ciudad de México y su zona metropolitana, siendo escasas las investigaciones efectuadas en otras Ciudades, de ahí la importancia de conocer la presencia de los síntomas de TCA y sus factores asociados en jóvenes de diferentes ciudades de nuestro país. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue evaluar y comparar la presencia de sintomatología de TCA y de factores cognitivo-conductuales en jóvenes universitarios de cinco ciudades de la República Mexicana.

ANTECEDENTES

1. Alimentación

La alimentación es una acción voluntaria que está mediada por aspectos como la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales e incluso los estados de ánimo (Alvarez, Mancilla, Martínez & López, 1998; Alvarez, 2001). De la Riva (1998) sugiere que en el acto de alimentación puede identificarse un componente racional y uno afectivo. El primero refleja la preocupación por el bienestar físico y mental; las personas saben que los alimentos proporcionan los nutrientes necesarios para que el organismo funcione adecuadamente y pueda tener un rendimiento óptimo, esto puede orientar la selección y cantidad de alimentos que se consumen. En el componente afectivo, el acto de la alimentación se torna complejo ya que deja de ser simplemente ingerir alimentos e implica un disfrute sensorial. Este acto puede asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultan emocionalmente significativas para el comensal, así logra convertirse en una forma de expresar o manejar sentimientos y emociones, incluso puede ser capaz movilizar fuertes emociones (Alvarez, 2001). Considerando el componente afectivo de la alimentación, cobra sentido la afirmación realizada por Bourges (1987, como se cita en Alvarez et al., 1998), quien menciona que la alimentación ha dejado de ser la respuesta a una mera necesidad instintiva y se ha transformado en un acto social, el cual implica un intercambio del ser humano con su entorno. Por ejemplo, resulta difícil imaginar las celebraciones sociales sin la comida, ya que ésta constituye el ingrediente principal (e.g. bodas, comidas de trabajo, cumpleaños, etc.).

En los últimos años se ha venido gestando una transformación en la alimentación de casi todos los países. Algunos factores que han contribuido a este cambio son: la imitación de formas y actitudes respecto a la alimentación,

introducción al mercado de la comida rápida, el ritmo acelerado de vida y “moderno”, la incorporación de la mujer al ámbito laboral y la publicidad a través de los medios de comunicación. Constantemente tenemos que elegir entre comer rico y sano, y comer a la moda, rápido y barato.

La adopción e imitación de formas de alimentación está de "moda" y el consumo de alimentos con ciertas características o elaborados en otros países se ha ligado a estatus social. Así, las formas de alimentarse se han convertido en un medio para mostrar prestigio ante los demás. Como bien menciona Contreras (1993, como se cita en Toro, 1996), el deseo de una promoción social, manifestada fundamentalmente a través de la adopción de alimentos y platillos inspirados en los de una categoría social considerada superior, y a la que se pretende igualar o imitar, ha constituido uno de los motores más poderosos para que se presenten cambios en la alimentación. Particularmente, algunos países en vías de desarrollo han incorporado elementos de la comida elaborada en países industrializados, los cuales se han encargado de exportar el concepto de “comida rápida” (Bojorquez & Unikel, 2004).

En México, como en otros países, ha disminuido el consumo de los platillos típicos de nuestra cultura y se han sustituido por la ya bien conocida "comida rápida". La presencia de marcas y productos que se asocian con un estilo de vida moderno, actual y novedoso, apoyados con una fuerte publicidad, está haciendo que los platillos como pizza, hot dog, hamburguesa, etc. vayan desplazando a los platillos tradicionales que empiezan a estar devaluados. En contraparte, los productos “modernos” se presentan atractivos a la vista, gozan de estatus, en particular entre los niños y adolescentes, aspectos que entran en contradicción con la comida típica y afectan la decisión de su consumo.

La industria alimentaria se ha encargado de crear productos que se adaptan a las necesidades que impone la vida acelerada de las grandes ciudades. Hoy comemos lo que quieren vendernos y no nos venden lo que alimenta, sino lo que

produce ganancias. Los lugares donde podemos encontrar los alimentos de moda se han diversificado, están al alcance de todas las personas y a todas horas; por ejemplo, las máquinas expendedoras de golosinas, refrescos, etc., están a la mano en los lugares públicos más concurridos. También es fácil encontrar estos productos en lugares que usualmente no los vendían, por ejemplo, en las farmacias (Brown, 2004). De igual manera, se han presentado cambios en las características y las porciones de los alimentos, por ejemplo, en los años 50 un vaso de refresco infantil contenía 230 ml, hoy el vaso infantil en un McDonalds contiene 350 ml en promedio, por no hablar del tamaño de hamburguesas y sándwichs (López, 2004).

La incorporación de la mujer al campo laboral también ha contribuido a que se presenten cambios en la alimentación de las familias, debido a que cuentan con menos tiempo para preparar la comida. Generalmente los miembros de la familia comen fuera de casa, en los negocios de comida rápida, sustituyendo así nuestra sana y variada dieta, por la dieta norteamericana (Vera, 1998). La mujer que labora requiere de alimentos fáciles y rápidos de preparar, perdiéndose las tradiciones culinarias que requieren más tiempo y trabajo. Asimismo, la comida familiar tradicional es una práctica en extinción, pues los horarios del colegio, del trabajo y tener que recorrer largas distancias obligan a comer fuera de casa.

En un estudio realizado por De la Riva (1998) se evaluaron los hábitos alimentarios de los habitantes de Yucatán, México. Los habitantes informaron que no disfrutaban el desayuno debido a que se elabora o consume muy rápido y con prisa, ya que es el momento cuando toda la familia se prepara para ir a trabajar o asistir a la escuela. Los hombres que son empleados de oficinas informaron que los alimentos que consumen en el tiempo libre engordan y son “pesados” para la salud. El almuerzo o comida también se efectúan de manera rápida por falta de tiempo, por lo regular se llevan a cabo en el comedor de las oficinas o lugares de trabajo. Por el contrario, los domingos el desayuno es pausado y más abundante.

Los mensajes transmitidos en los medios de comunicación también han jugado un papel muy importante en cuanto a nuestra manera de alimentarnos. Los mensajes cada vez son más visuales y menos auditivos (Toro, 2004). La televisión, que suele estar presente en el poco tiempo dedicado a comer, lanza continuamente mensajes, a veces contradictorios, acerca de lo que debemos ingerir. Por ejemplo, los anuncios que estimulan las glándulas salivales con sabrosas golosinas, altas en calorías y de dudoso valor nutritivo son acompañados de otros mensajes tales como ¡consume alimentos “Light” y tenga un cuerpo “danone”! (Vera, 1998; Alvarez, 2001).

Paralelo a este proceso en el que se han presentado cambios en la alimentación y disposición de los alimentos, también se ha presentado una modificación en el modelo estético corporal. En el siglo XIX la belleza femenina era valorada no sólo por el peso excesivo sino también por la pérdida de piezas dentales como consecuencia de las caries causadas por el alto consumo de azúcares. Fue alrededor de 1920 cuando algunas revistas femeninas comenzaron a ocuparse de la estética femenina e hicieron una incipiente valoración de la delgadez como rasgo de diferenciación de las clases media y alta respecto a la clase baja; es así como empezó a instaurarse lo que en la actualidad conocemos como la cultura de la delgadez, la cual afecta principalmente a las mujeres y en menor medida a los varones, quienes están más preocupados por ganar peso, reflejado en un cuerpo musculoso y sin grasa. Este culto al cuerpo delgado o musculoso es lo que lleva a que la mayoría de los comerciales en los medios de comunicación, anuncios espectaculares y revistas, inciten a tener lo que se considera un cuerpo perfecto. El mensaje implícito es adelgazar o moldear sólo algunas partes de nuestro cuerpo, precisamente aquellas donde se acumula más grasa (Vera, 1998).

Sin duda, la cultura es un factor que ha influido tanto en nuestra forma de alimentarnos como en la valoración de nuestro cuerpo. En las últimas décadas la delgadez y la musculatura se han propagado como ideales culturales (Alvarez et

al., 1998). En la cultura occidental es usual encontrar vestidos que tratan de adelgazar el cuerpo, por lo tanto las tallas se han hecho cada vez más pequeñas, ahora los cuerpos deben ajustarse a éstas y no a la inversa. Este marcado énfasis por la delgadez o por un cuerpo musculoso, según sea el caso, ha generado que las personas presenten una gran preocupación por la comida, las dietas y la imagen corporal, lo cual puede ocasionar que se presenten conductas alimentarias anómalas o de riesgo para la salud y, en situaciones extremas, el desarrollo de un TCA.

2. Trastornos del Comportamiento Alimentario

Los TCA pueden definirse como trastornos psicológicos en los que se presentan graves alteraciones en el comportamiento de ingestión de alimentos debido a una alteración en la imagen corporal (Raich, 1994). Las personas con TCA se caracterizan por presentar sentimientos de incompetencia, falta de autonomía, baja autoestima, centrada ésta en la percepción negativa del propio cuerpo, también tienden a evitar situaciones sociales que impliquen relaciones interpersonales y se consideran poco aceptadas socialmente (Aguinaga, Fernández & Varo, 2003)

De acuerdo al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2000), los TCA se dividen en dos grupos: los trastornos específicos, donde están la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), y un segundo grupo donde se encuentran los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE).

2.1 Anorexia Nerviosa

La palabra anorexia proviene de los vocablos griegos *an*, privativa, y *orexis*, apetito. Sin embargo, el término es equívoco porque es rara la pérdida total del apetito, lo que sucede es que las personas con este tipo de trastorno se niegan a

comer aún teniendo hambre. La primera descripción de AN fue realizada en el siglo XVII por Richard Morton, un médico inglés, quien describió una enfermedad desconocida y de origen nervioso. Los principales síntomas eran la falta de apetito y la pérdida de peso, pero no estaban acompañados de otras complicaciones médicas, aparentemente se debía a emociones tales como tristeza y ansiedad (Mas & Molinero, 2000).

La AN es un trastorno en el que la persona presenta una distorsión de la imagen corporal, es decir, se describe a sí misma como más obesa o con mayor peso del que en realidad tiene. Al mismo tiempo, existe un deseo descontrolado e irracional por bajar de peso, lo que produce una disminución del apetito y de la ingestión calórica diaria (Palma, 1997). A medida que pasa el tiempo, el paciente con AN se va consumiendo emocionalmente entre sus miedos, obsesiones, rituales, y se presenta un deterioro físico debido a la malnutrición. A pesar del estado físico en el que se encuentran, las personas niegan tener un problema, creen que sólo están a dieta (Toro, 1996).

En la AN se presentan ciertas características cognitivo-conductuales que pueden actuar como factores predisponentes, precipitantes o mantenedores. La mayoría de los pensamientos de las personas con AN son distorsionados y giran en torno a la comida y el peso corporal. En el cuadro 1 se observan las características cognitivo-conductuales que comúnmente presentan las personas con AN.

De acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000) los criterios diagnósticos de la AN son:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que origina un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del esperado).

- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- 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.
- 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).

Cuadro 1. Características cognitivo-conductuales presentadas por las personas con AN (Mas & Molinero, 2000).

Intenso deseo de bajar de peso	Restricción voluntaria de la ingestión de alimentos
Miedo terrible a volverse obeso	Provocación del vómito, empleo de laxantes, diuréticos y ejercicio para eliminar la comida consumida
Distorsión de la imagen corporal	Esconder comida en las bolsas de la ropa o cajones, para no comerla.
No existe conciencia de la enfermedad	Calcular calorías de todo lo que comen
Los pensamientos en torno a la comida se vuelven obsesivos	Evitar comer en público
Sentimientos de culpa	Cortar la comida en trozos pequeños
Ideas de ineficacia social	Emplear mucho tiempo en comer pequeñas cantidades
Alteraciones interoceptivas	Aislamiento social
Intensas respuestas emocionales	Vestir con ropa holgada o muy estrecha
Labilidad emocional	Alteración en las relaciones familiares
Perfeccionismo	Dedicación obsesiva en el estudio

Subtipos de la AN

Restrictivo: durante el episodio de Anorexia Nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Compulsivo/purgativo: durante el episodio de Anorexia Nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Las personas que padecen AN suelen presentar complicaciones médicas, tales como problemas cardiovasculares, bradicardia, hipotensión, edemas y puede haber una pérdida de potasio en la sangre que llega a producir arritmias. Presentan piel seca y fría, además se desarrolla un vello muy fino en la superficie de la piel, conocido como lanugo (Aguinaga et al., 2003; Mas & Molinero, 2000; Palma, 1997). En algunos casos de la AN tipo purgativo se presentan complicaciones dentales, como el desgaste del esmalte dental, caries y gingivitis.

2.2 Bulimia Nerviosa

El término Bulimia proviene del latín que significa *hambre voraz*; en griego antiguo, *limos* significa hambre y *bou* significa gran cantidad (Parry & Parry, 1995). En 1979, Rusell describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga que consideraba vinculado a la AN, proponiendo los primeros criterios diagnósticos, para lo que años más tarde se conocería como BN (Turón, 1997). Ésta se caracteriza principalmente por episodios de atracón, seguidos del vómito autoinducido o el uso de laxantes y diuréticos en cantidades exageradas (hasta 20 ó 30 pastillas de laxantes durante el día). Cuando se dan los atracones las pacientes se organizan para comer, compran una gran cantidad de alimentos que contienen muchas calorías o “alimentos prohibidos” que son fáciles de deglutir, por ejemplo, pan, galletas, etc., y procuran que estos episodios ocurran cuando están solas (Turón, 1997). El atracón termina cuando la persona

presenta malestar estomacal, se siente cansada, o bien, es interrumpida. Las personas con BN también se caracterizan por realizar dietas no recomendadas por especialistas, moderarse en el consumo de alimentos delante de otras personas y, en algunas ocasiones, realizan ejercicio en exceso. El peso corporal de las personas con BN puede estar dentro del peso correspondiente a su talla o ligeramente elevado (Palma, 1997; Toro, 1996).

Los criterios actuales para el diagnóstico de la BN, según el DSM-IV-TR (APA, 2000), son los siguientes:

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - 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)
- 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.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa.

Subtipos de la BN

Purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

No purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa, 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.

Las personas con BN suelen ser impulsivas, interpersonalmente sensibles, tienen baja autoestima, tendencia a tomar decisiones rápidas y actúan de forma impredecible, poco meditada y con escaso control (García-Camba, 2001). En el Cuadro 2 se presentan las características cognitivo-conductuales más sobresalientes en este trastorno.

Cuadro 2. Características cognitivo-conductuales presentadas por las personas con BN (Turón, 1997).

Distorsión en la percepción y la valoración de la figura.	Conducta desordenada
Temor a llegar a ser obsesas	Los atracones varían de frecuencia en función del estado de ánimo
Sentimientos de fracaso e impotencia	El atracón termina cuando la persona acaba con los alimentos o su estado físico o psíquico se lo impide
Mayor conciencia de la enfermedad, en comparación con las personas con AN	Comen rápida, voraz y compulsivamente Mantienen una dieta restrictiva o, en ocasiones, ayunan por completo

Como se observa, las características cognitivas de las personas con BN son parecidas a las que presentan las personas con AN, especialmente en lo que se refiere a sus actitudes y pensamientos relacionados con el peso, el cuerpo y la alimentación. La diferencia más notable reside en que el paciente con BN suele experimentar dificultades en el control general de sus impulsos, es decir, no solamente los relativos al área de la alimentación; de ahí la alta frecuencia en el

consumo de tóxicos, la promiscuidad sexual, robos, mentiras, así como cambios constantes de pareja y trabajo (Toro, 1996).

La BN trae consigo graves consecuencias médicas, como distensión abdominal con estreñimiento, hipertrofia de las glándulas parótidas, pérdida del esmalte dental, además, en los casos en los que las pacientes se provocan el vómito, puede haber abrasiones en el dorso de las manos. Cuando existe abuso de laxantes suele presentarse acidosis metabólica, dado que los fluidos de las repetidas deposiciones contienen altas cantidades de bicarbonato, pero la complicación más severa es la pérdida de potasio, que en algunos casos se acompaña de bajos niveles de sodio, calcio, fósforo y magnesio (Mehler, 2003). También suele presentarse apatía, fatiga, irritabilidad y alteraciones en el sueño, lo que desencadena una disminución en el rendimiento laboral o escolar, así como el abandono del cuidado e higiene personal.

2.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

Los TANE se refieren a los casos que no cumplen los criterios para algún TCA específico. Algunos ejemplos, según el DSM-IV-TR (APA, 2000), son:

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, 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.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso

normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido galletas).

- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN.

Los TCA se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres y se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia o juventud. La AN se presenta entre 0.5 y 1% de las mujeres adolescentes. De acuerdo con Chamay-Weber, Narring y Michaud (2005) la prevalencia de BN se calcula entre 1 y 3.8% en población general, mientras que la de los TANE es de 0.8% a 14%. Los TCA se presentan con más frecuencia en países occidentales, no obstante, en países orientales se ha encontrado una prevalencia importante, de 0.9% para AN, 3.2% para BN y 6.6% para los TANE (Nobakht & Dezhkam, 2000). En México, se realizó un estudio de dos etapas y se encontró que la prevalencia de BN en estudiantes universitarias había aumentado entre el año de 1995 (0.1%) y el año 2002 (0.2%); en el caso de los TANE también se encontró un aumento de 0.35% a 0.91%. En este estudio no se encontraron casos de personas con AN (Mancilla-Díaz, Franco-Paredes, Vázquez-Arévalo, López-Aguilar & Téllez-Girón, 2007).

En cuanto a la clase social, anteriormente se pensaba que sólo las personas de estratos sociales altos presentaban este tipo de trastornos o sus síntomas; sin embargo, en los últimos años las investigaciones han mostrado que los síntomas o el síndrome completo de los TCA está presente en los diferentes estratos (Bojorquez & Unikel, 2004; García-Camba, 2001; Palma, 1997).

3. Sintomatología y factores de riesgo de TCA en adolescentes y jóvenes

Existen diversos estudios en los que se ha evaluado la presencia de síntomas, conductas y actitudes relacionadas con los TCA en adolescentes y jóvenes, encontrándose altos porcentajes de insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, realización de dietas restrictivas y ejercicio excesivo, así como el empleo de productos para control del peso. En este apartado se muestran los principales hallazgos.

La insatisfacción corporal puede definirse como una inconformidad o desagrado excesivo con algunas partes del cuerpo (Garner, 1998), y suele fungir tres papeles importantes en los TCA: es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de estas psicopatologías, es un síntoma y puede ser un factor mantenedor (Cooley & Toray, 2001; Vázquez et al., 2005; Warren, Gleaves, Cepeda, Fernández & Rodríguez, 2005). Diversas investigaciones realizadas en el contexto internacional (Tabla 1) y nacional (Tabla 2) han evaluado la presencia de insatisfacción corporal entre los jóvenes.

En los estudios internacionales en los que se ha comparado la insatisfacción corporal que presentan mujeres de diferentes países, se ha encontrado que una cantidad importante de las mujeres de países desarrollados están más insatisfechas con la forma de su cuerpo. Por ejemplo, las mujeres canadienses mostraron mayor insatisfacción corporal que las mujeres hindúes (Gupta et al., 2001). Una comparación entre mujeres españolas y mexicanas mostró que las primeras presentaron mayor insatisfacción corporal (Raich et al., 2001), sin embargo, Acosta y Gómez (2003) no replicaron este mismo hallazgo, debido a que no encontraron diferencias significativas entre los dos países. Los investigadores también han encontrado que la insatisfacción corporal está presente en culturas orientales, donde en antaño no se presentaba esta característica. Por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres japonesas, a pesar

de ser más delgadas que las mujeres estadounidenses, presentaron mayor insatisfacción corporal (Mukay et al., 1998). Sin duda, este resultado es diferente al que se esperaba, dado que se considera que la presencia de síntomas de TCA es más común en mujeres que viven en países occidentales. En otro estudio se compararon tres comunidades de China (Hong Kong, Shenhen y Hunan) y se encontró que las mujeres residentes en la zona desarrollada y modernizada (Hong Kong) mostraron mayor insatisfacción corporal que las mujeres residentes en la zona semiurbana (Shenhen) o rural (Hunan). Considerando el género se ha encontrado que, en general, las mujeres suelen presentar mayor insatisfacción corporal que los hombres (Acosta & Gómez, 2003; Lee et al., 1996; Yates et al., 2004.)

Tabla 1. Estudios internacionales en los que se ha evaluado la insatisfacción corporal y la motivación para adelgazar en estudiantes jóvenes (*Continúa*)

AUTOR	OBJETIVO	MUESTRA	RESULTADOS
MUJERES			
Mukay, Tocayos, Kambara, Akiko, Sasaki y Yuji (1998)	Comparar el nivel de insatisfacción corporal y la necesidad de aprobación social en universitarias de Japón y Estados Unidos.	171 japonesas 144 estadounidenses	Las mujeres japonesas presentaron mayor insatisfacción corporal, a pesar de ser más delgadas, en comparación con las mujeres estadounidenses. Las primeras también presentaron mayor necesidad de aprobación social que, combinada con la insatisfacción corporal, mostró ser un factor de riesgo para desarrollar síntomas de TCA.
Lee y Lee (2000)	Evaluar la sintomatología de TCA en tres diferentes comunidades de China.	244 de Hong Kong 286 de Shenhen 266 de Hunan	Las participantes de Hong Kong reportaron mayor insatisfacción corporal y preocupación por engordar en comparación con las de Shenhen y Hunan. Una de las posibles explicaciones es que Hong Kong se caracteriza por ser una ciudad moderna. Principalmente las estudiantes de Hunan mostraron un nivel más bajo de insatisfacción corporal, quizá porque esta comunidad tiene poco acceso a la televisión y las revistas de moda.
Raich et al. (2001)	Evaluar sintomatología de TCA en dos países: España y México.	334 españolas 492 mexicanas	Las mujeres españolas presentaron mayor insatisfacción corporal en comparación con las mexicanas (21% y 14.6%, respectivamente), así como una mayor presencia de sintomatología de TCA (9.9% y 6.3%, respectivamente).

Tabla 1. (Continuación). Estudios internacionales en los que se ha evaluado la insatisfacción corporal y la motivación para adelgazar en estudiantes jóvenes.

AUTOR	OBJETIVO	MUESTRA	RESULTADOS
MUJERES			
Gupta, Chaturvedi, Chandarana y Johnson (2001)	Evaluar la insatisfacción corporal y la motivación para adelgazar entre mujeres canadienses e hindúes.	65 canadienses 47 hindúes	Las mujeres canadienses reportaron un mayor nivel de insatisfacción corporal y motivación para adelgazar. Además, mostraron mayor motivación para adelgazar en comparación con las mujeres hindúes, sin embargo las diferencias no fueron estadísticamente significativas.
HOMBRES Y MUJERES			
Lee, Leung, Lee, Yu y Leung (1996)	Evaluar la insatisfacción corporal en universitarios de Hong Kong.	796 hombres 812 mujeres	Las mujeres presentaron mayor insatisfacción corporal en comparación con los hombres. Las partes del cuerpo con las que estaban más insatisfechas son: ancho de los muslos (12.9%), estómago (12.2%), caderas (8.4%), piernas (7.8%) y cintura (6.7%).
Acosta y Gómez (2003)	Detectar y comparar la presencia de insatisfacción corporal entre adolescentes de dos países, España y México.	España 223 mujeres 161 hombres México 207 mujeres 179 hombres	Un mayor número de mujeres mostraron estar insatisfechas con su cuerpo que los hombres, independientemente de la nacionalidad. Pero no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de insatisfacción corporal entre las dos culturas. La insatisfacción corporal de los hombres fue diferente a la de las mujeres, pues los primeros quieren pesar más, tener más músculo pero no grasa, mientras que las mujeres quieren estar más delgadas, independientemente del peso real que tengan.
Edman y Yates (2004)	Evaluar las diferencias de etnia y género en cuanto a la sintomatología de TCA entre una etnia de Malasia y una de China que estudia en Malasia.	Malasia 87 hombres 100 mujeres China 33 hombres 47 mujeres	En general, la muestra de Malasia presentó mayor sintomatología comparada con la muestra de China. No se encontraron diferencias significativas por género en cuanto a la sintomatología de TCA.
Yates, Edman y Aruguete (2004)	Evaluar la insatisfacción corporal en subgrupos asiáticos.	Hombres y mujeres blancos, de Japón, afro americanos, de Filipinas, China y Hawai	Comparados con las mujeres, los hombres en general presentaron un mayor Índice de Masa Corporal, pero un menor nivel de insatisfacción corporal. La comparación por país indicó que son los hombres de Filipinas, quienes presentaron mayor insatisfacción corporal en comparación con los otros grupos. En cuanto a las mujeres, son las de Hawai quienes presentaron mayor insatisfacción.

Por otro lado, los estudios realizados en el ámbito nacional han confirmado que las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal que los hombres (Alvarez et al., 2003; Chávez et al., 2004; Vázquez et al., 2004; Vázquez et al., 2005). Asimismo, se ha encontrado que un número importante de mujeres que residen en zonas semiurbanas están insatisfechas con su cuerpo (Bojorquez & Unikel, 2004).

Tabla 2. Estudios nacionales en los que se ha evaluado la insatisfacción corporal en estudiantes jóvenes

AUTOR	OBJETIVO	MUESTRA	RESULTADOS
MUJERES			
Bojorquez y Unikel (2004)	Evaluar las conductas y actitudes alimentarias en un área semiurbana de Michoacán, México.	458 adolescentes	27.9% estaban seriamente preocupadas por su peso. Las mujeres de esta área semi-urbana deseaban estar más delgadas y presentaban insatisfacción corporal.
HOMBRES Y MUJERES			
Álvarez, Franco, Vázquez, Escarria, Haro y Mancilla (2003)	Evaluar la presencia de sintomatología de TCA en hombres y mujeres de la Ciudad de Monterrey, México.	117 hombres 222 mujeres Universidad	Casi la tercera parte de la muestra exhibió sintomatología de TCA, siendo mayor en las mujeres que en los hombres, en los cuales destacó la sintomatología de BN, mientras que en las mujeres destacó la sintomatología mixta (AN y BN).
Chávez, Macías, Gutiérrez, Martínez y Ojeda (2004)	Evaluar la presencia de sintomatología de TCA en el estado de Guanajuato, México	376 hombres 434 mujeres	20% de las mujeres y 10 % de los hombres se percibían más gordos de lo que en realidad eran. 33.7% de las mujeres y 27.8% de los hombres habían tenido una fuerte preocupación por engordar en los últimos tres meses. Mientras que las mujeres tendieron a percibirse más gordas, los hombres se consideraron delgados.
Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla (2004)	Comparar entre hombres y mujeres la presencia de TCA y algunos factores asociados en jóvenes mexicanos.	731 mujeres 752 hombres	La insatisfacción corporal fue mayor en las mujeres que en los hombres (19.3% y 5.5%, respectivamente). Esta misma tendencia se observó en cuanto a la motivación para adelgazar. Las mujeres presentaron mayor sintomatología de TCA en comparación con los hombres.
Vázquez et al. (2005)	Detectar la presencia de TCA y sus factores de riesgo en una muestra de jóvenes.	288 mujeres 237 hombres	Las mujeres presentaron mayor insatisfacción corporal en comparación con los hombres (25% y 4% respectivamente).

Anteriormente se pensaba que únicamente la población de países desarrollados podían presentar TCA o características asociadas a dichas psicopatologías; sin embargo, las investigaciones han mostrado que la interiorización del modelo estético de delgadez poco a poco ha ido expandiéndose tanto a zonas urbanas, semiurbanas y rurales (Davis & Katzman, 1998; Lee & Lee, 2000; Mukay et al., 1998). Al respecto, Warren et al. (2005) señalan que los valores de las culturas occidentales, tales como los estereotipos de lo bello y lo atractivo, el individualismo, la competencia, el “pensamiento racional” y el estatus de poder han favorecido la adherencia al modelo de delgadez, lo que genera que la población no se sienta a gusto con su propio cuerpo, manifestando insatisfacción corporal.

De manera consistente, los estudios han mostrado que son las mujeres quienes presentan mayor insatisfacción corporal en comparación con los hombres. Acosta y Gómez (2003) mencionan que en todas las edades las mujeres manifiestan estar más insatisfechas con su peso que los hombres, además, dicha insatisfacción suele ser diferente. Los hombres, por ejemplo, desean pesar más pero no tener grasa en el cuerpo, sino músculo; mientras que la insatisfacción de las mujeres obedece a que desean estar más delgadas, a pesar de tener un peso normal. Esta situación ha generado que las personas presenten comportamientos encaminados a la reducción del peso corporal, tales como el abuso de píldoras y provocación del vómito para el control de peso, realización de dietas que aparecen en las revistas de modas y el ejercicio excesivo. Dichas conductas han sido evaluadas en algunos estudios internacionales (véase Tabla 3).

Los estudios internacionales que evaluaron sólo muestras de mujeres, tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo, confirman que un porcentaje importante de mujeres presentaron conductas extremas para el control de peso, como son el vómito autoinducido (Moreno et al., 2001, como se cita en Rodríguez & Gempeler, 2006) y la combinación de una dieta restrictiva con uno o varios productos adelgazantes (Celio et al., 2006). Los estudios en los que se han

realizado comparaciones por género, han evidenciado que las mujeres, tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo, reportan tener más conductas de dieta en comparación con los hombres (Davis & Katzman, 1998; Liebman et al., 2001). Las conductas compensatorias, como el vómito autoinducido y el empleo de pastillas adelgazantes, también estuvieron presentes con más frecuencia en las mujeres que en los hombres.

Tabla 3. Estudios internacionales en los que se han evaluado conductas compensatorias y dieta en jóvenes estudiantes.

AUTOR	OBJETIVO	MUESTRA	RESULTADOS
MUJERES			
Moreno, Ramírez y Yépez (2001, como se cita en Rodríguez & Gempeler, 2006)	Explorar el riesgo para TCA en estudiantes de Medellín, Colombia	972 estudiantes	41% presentó atracones, 33% sienten culpa después de comer y el 8% refirió inducirse el vómito.
Celio et al. (2006)	Evaluaron el uso de productos dietéticos combinados con la restricción alimentaria en mujeres universitarias	484 estudiantes universitarias	El 32.4% de la muestra reportó usar productos dietéticos combinados con una restricción alimentaria. De los cuales 65.4% usaba pastillas de dieta, 17.2% laxantes, 4.5% bloqueadores de grasa y el 24.8% otros productos. En cuanto a la cantidad de productos dietéticos, el 75% indicó usar sólo 1 producto, 21% usó más de 2 productos y el 4% usó más de 5 productos dietéticos.
HOMBRES Y MUJERES			
Richert y Hummers (1986)	Evaluar las diferencias en cuanto a horas de ejercicio entre personas con y sin sintomatología de TCA	160 mujeres 185 hombres Universidad	Los participantes que mostraron mayor sintomatología de TCA presentaron un mayor número de horas de actividad física por semana, en comparación con los participantes que no mostraron dicha sintomatología. Por tanto, la actividad física fue considerada como un factor de riesgo para desarrollar algún TCA.
McDonald y Thompson (1992)	Evaluar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las razones para realizar ejercicio.	100 hombres 91 mujeres Universidad	Las mujeres estaban más motivadas a hacer ejercicio para controlar su peso y tonificarlo. En los hombres, el ejercicio para mejorar la salud estuvo relacionado con bajos niveles de TCA y una alta autoestima. Contrariamente, el ejercicio excesivo se relacionó con mayor presencia de TCA en las mujeres, pero menor presencia de insatisfacción corporal en los hombres

Tabla 3. (Continuación) Estudios internacionales en los que se han evaluado conductas compensatorias y dieta en jóvenes estudiantes.

AUTOR	OBJETIVO	MUESTRA	RESULTADOS
Davis y Katzman (1998)	Evaluaron conductas compensatorias (dieta y ejercicio) en hombres y mujeres universitarios de China que estudiaban en Hong Kong o en los Estados Unidos	309 jóvenes chinos que estudiaban en Hong Kong: 186 mujeres y 123 hombres 192 jóvenes chinos que estudiaban en Estados Unidos: 89 mujeres y 103 hombres.	Las mujeres presentaron más conductas de dieta en comparación con los hombres, independientemente del lugar de residencia. Los residentes en Hong Kong (hombres y mujeres) presentaron más conductas de dieta comparados con los residentes en Estados Unidos. Los varones chinos residentes en Estados Unidos reportaron realizar más ejercicio en comparación con los residentes en Estados Unidos.
Middleman, Vazquez y Durant (1998)	Determinar los patrones alimentarios y demográficos en adolescentes que desean cambiar peso.	1495 mujeres 1596 hombres Preparatoria	El 6.8% de las mujeres y el 36.4% de los hombres deseaban aumentar de peso. El 61.6% de las mujeres y 21.5% de los hombres deseaban perder peso. 2.9% de los hombres y el 6.1% de las mujeres vomitaba; el 3.5% de mujeres y el 1.35 % de hombres tomaba pastillas para controlar su peso. En las mujeres que intentaban perder peso, aumentaba la frecuencia de ejercicio, al igual que en los hombres que intentaban ganar peso
Liebman, Cameron, Carson, Brown y Meyer (2001)	Evaluar la dieta de reducción de grasa en una muestra de estudiantes universitarios.	114 hombres y 210 mujeres Universidad	El 13% de los hombres y 38% de las mujeres indicaron haber hecho dieta en los pasados 12 meses con el propósito de bajar de peso.
Tamim et al. (2006)	Evaluar las conductas de riesgo para perder peso entre estudiantes universitarios de Líbano.	2013 estudiantes universitarios (hombres y mujeres)	El 7.8% y 3.5% de mujeres y hombres, respectivamente, practicaban medidas extremas para controlar su peso. 30% de la muestra general se comprometían en métodos de reducción de peso. De este porcentaje, el 56% hacían dieta y el 66% hacía ejercicio para bajar de peso. 6% de los estudiantes presentaron conductas de alto riesgo como son provocación del vómito y uso de pastillas dietéticas (laxantes, pastillas herbolarias y pastillas no preescritas)

En estudiantes de preparatoria, el vómito autoinducido fue la conducta más utilizada, seguida del uso de pastillas para el control de peso (Middleman et al., 1998); sin embargo, en un estudio realizado con universitarios sucedió lo contrario, siendo las pastillas adelgazantes la conducta más frecuente, seguida del vómito

autoinducido (Tamim et al., 2006). Aunque la tendencia indica que las mujeres presentaron más conductas de control de peso, los porcentajes encontrados -en el caso de los hombres- deben tenerse en cuenta. Un estudio interesante en que se trabajó con muestras masculinas, mostró que los hombres nacidos en China y que residen en Estados Unidos hacen más ejercicio en comparación con los nativos de este país (Davis & Katzman, 1998). Este dato sugiere que los estándares de belleza de la cultura occidental pueden influir a través de las estancias o visitas a países occidentales desarrollados y poner en riesgo la salud física y emocional de las personas

En el ámbito nacional también se ha encontrado que son las mujeres, en comparación con los hombres, quienes presentan más conductas de dieta (Chávez et al., 2004; Mancilla, Franco, Alvarez, López, Vázquez & Ocampo, 2004; Vázquez et al., 2005), mientras que los hombres presentaron más la conducta de ejercicio (Vázquez et al., 2005). De igual manera, un porcentaje importante de mujeres de una área semiurbana emplean dietas restrictivas o ayunos y vómito autoinducido como métodos de control de peso (Bojorquez & Unikel, 2004; véase Tabla 4).

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), realizada en México en el año 2006, se llevó a cabo una evaluación de las conductas alimentarias de riesgo en los últimos tres meses previos a la investigación. Se utilizó un instrumento desarrollado por Unikel y colaboradores, a partir del cual se clasificó como sujetos en riesgo a todos los que contestaron afirmativamente a las categorías de “frecuentemente” y “muy frecuentemente (“más de dos veces por semana”). También se evaluaron los indicadores clínicos siguientes: a) pérdida del control para comer (tener la sensación de no poder parar de comer); b) vómito autoinducido; c) prácticas de tipo restrictivo: ayunos, dietas y ejercicio en exceso; y d) las conductas compensatorias: como ingestión de pastillas, diuréticos o laxantes para bajar de peso. La ENSANUT 2006 se aplicó en la mayoría de los estados de la República Mexicana; no obstante, para la presente investigación

sólo se retoman los resultados obtenidos en los cinco estados participantes (Estado de México, Nuevo León, Guanajuato, Puebla y Ciudad de México)

Tabla 4. Estudios nacionales en los que se han evaluado conductas compensatorias y dieta en jóvenes estudiantes.

AUTOR	OBJETIVO	MUESTRA	RESULTADOS
MUJERES			
Bojorquez y Unikel (2004)	Evaluar las conductas y actitudes alimentarias en un área semiurbana del estado de Michoacán, México.	458 adolescentes	14.3% de la muestra había hecho dieta o ayunos para perder peso, 2.4% presentaba atracones y vomitaba.
HOMBRES Y MUJERES			
Chávez et al. (2004)	Evaluar la presencia de sintomatología de TCA en el estado de Guanajuato, México	376 hombres 434 mujeres	Las mujeres sobrealimentaron, presentando mayor frecuencia en conductas de riesgo para bajar de peso en comparación con los hombres. 2 de cada 10 habían realizado dietas con el fin de no subir de peso (un hombre por cada tres mujeres), 6.1% habían tomado pastillas para no aumentar de peso, y cerca de 1 de cada 10 estudiantes había vomitado intencionalmente para controlar el peso.
Vázquez et al. (2005)	Detectar la presencia de TCA y sus factores de riesgo en una muestra de jóvenes mexicanos.	288 mujeres 237 hombres	La frecuencia de la conducta compensatoria no purgativa más recurrente en los hombres fue el ejercicio, mientras que en las mujeres fue el ayuno o dieta restrictiva rígida. En cuanto a las conductas purgativas, se presentaron en 3% de la muestra total, con similar presencia entre mujeres y hombres (vómito: 1.1% mujeres y 1.8% hombres; laxantes o diuréticos: 1.8% mujeres y 1.5% hombres)
Mancilla et al. (2004)	Evaluar el riesgo de alimentación anómala considerando algunas conductas asociadas a los TCA en una muestra comunitaria.	115 mujeres 47 hombres	436 estudiantes habían intentado bajar peso durante los últimos tres meses. Las mujeres mostraron mayor riesgo al bajar de peso, por dejar de comer más de un día y realizar dietas para bajar de peso en comparación con los hombres.

Como se muestra en la Tabla 5, los participantes del grupo de la ciudad de México son los que presentan un mayor porcentaje de conductas de riesgo evaluadas en la ENSANUT 2006, pérdida de control, vómito autoinducido, conductas compensatorias y prácticas restrictivas (24.3%, 1%, 1% y 3.9%, respectivamente). En los cinco estados, la conducta de riesgo con mayor

porcentaje fue la pérdida de control, seguida por las prácticas restrictivas, que incluían ayunos, dietas o ejercicio excesivo con el fin de bajar de peso; mientras que el vómito autoinducido fue el menos recurrente en los cinco estados, destacando que en Puebla no se encontró dicha conducta.

Tabla 5: Porcentaje de participantes que presentan conductas alimentarias de riesgo en cinco estados de la República (ENSANUT 2006).

Conductas	Toluca n = 3 004 812	Monterrey n = 844 631	Guanajuato n = 1 228 447	Puebla n = 1 253 400	Ciudad de México n = 1 439 331
Pérdida de control	18.7	17.3	16.1	13.6	24.3
Vómito autoinducido	0.1	0.2	0.8	--	1
Conductas compensatorias (purgativas)	0.2	0.6	0.6	0.2	1
Prácticas Restrictivas	2.6	2.9	2.9	2.5	3.9

En general, las investigaciones internacionales y nacionales muestran que las mujeres presentan más conductas de control de peso. Al respecto, algunos autores sugieren que la persecución de la belleza suele ser una actividad agradable, que en ocasiones sirve para reforzar el poder ante otras mujeres, además de razones estéticas. Sin embargo, el deseo de lograr un cuerpo delgado y perfecto puede volverse una “trampa” que en ocasiones incita a las mujeres a enfocar solamente su atención en lo externo del cuerpo e involucrarse en conductas de riesgo, pues lo más importante para ellas es lograr ser atractivas, es decir, ser delgadas (Parekh & Schmidt, 2003). En el caso de los hombres, el ejercicio fue más recurrente, esto refleja el gran valor que para ellos tiene esta actividad como método de control de peso.

4. Factores Cognitivo-conductuales

Como se mencionó en un apartado anterior, existen ciertas características cognitivo-conductuales que han sido asociadas a los TCA. Las que han sido descritas con más frecuencia son la insatisfacción corporal, motivación para adelgazar (características definidas en apartados anteriores). También se ha mencionado que el miedo a madurar, desconfianza interpersonal, ineficacia y el perfeccionismo son características relevantes en los TCA (Manríquez, 1997). Garner (1998) definió tales características de la siguiente forma:

- **Miedo a madurar:** deseo de permanecer en la seguridad de la infancia, dadas las excesivas demandas que la vida adulta exige.
- **Ineficacia:** Sentimientos de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida.
- **Perfeccionismo:** Expectativas exageradas sobre los posibles logros personales y excesivo énfasis sobre el éxito.
- **Desconfianza interpersonal:** Temor generalizado a establecer y mantener relaciones interpersonales duraderas o a expresar emociones a los demás.
- **Identificación interoceptiva:** Incapacidad para identificar las sensaciones de hambre y saciedad.

En la Tabla 6 se describen algunos estudios internacionales que han evaluado factores cognitivo-conductuales asociados a los TCA. Se ha encontrado que las mujeres presentan un mayor déficit en la identificación interoceptiva, así como mayor motivación para adelgazar, en comparación con los hombres (Davis & Katzman, 1999; Lameiras et al., 2003; Liebman et al., 2001). Mientras que en un estudio, ambos géneros compartieron algunas características, como son: desconfianza interpersonal, perfeccionismo y miedo a madurar (Lameiras et al., 2003).

Por otro lado, un estudio realizado únicamente con mujeres indica que éstas se caracterizan por presentar niveles considerables de desconfianza interpersonal, identificación interoceptiva, miedo a madurar, ineficacia y perfeccionismo (Ackard et al., 2002). Al comparar mujeres israelitas-judías con mujeres israelitas-arábigas, se encontró que son las israelitas-judías quienes presentan mayores conductas cognitivo-conductuales asociadas a los TCA en comparación con las israelitas-arábigas, caracterizándose éstas por presentar mayor perfeccionismo, motivación para adelgazar, desconfianza interpersonal y miedo a madurar (Latzer et al., 2007). Al parecer los hombres tienden a presentar mayor conducta perfeccionista y miedo a madurar en comparación con las mujeres.

Tabla 6.- Estudios Internacionales que han evaluado factores cognitivos en estudiantes jóvenes (*Continúa*).

AUTOR	OBJETIVO	MUESTRA	RESULTADOS
MUJERES			
Ackard, Croll y Kearney-Cooke (2002)	Evaluar la frecuencia de dieta, conductas alimentarias y factores relacionados	560 estudiantes universitarias	La frecuencia de la dieta estuvo asociada positivamente con desconfianza interpersonal, identificación interoceptiva, miedo a madurar, ineficacia y perfeccionismo.
Latzer, Tzischinsky y Geraisy (2007)	Evaluar las conductas alimentarias, así como comparar entre israelitas-judías e israelitas-arábigas	1885 israelitas-judías 663 israelitas-arábigas.	Las mujeres israelitas-judías presentaron mayor motivación para adelgazar, perfeccionismo, desconfianza interpersonal y miedo a madurar, en comparación con las israelitas-arábigas.
HOMBRES Y MUJERES			
Davis y Katzman (1999)	Evaluar la relación entre aculturación y características asociadas con los TCA entre universitarios Chinos que estudian en Estados Unidos.	93 mujeres 104 hombres	En las mujeres la aculturación se asoció con motivación para adelgazar, identificación interoceptiva y miedo a madurar. En los hombres una mayor aculturación se asoció con un mayor perfeccionismo; mientras que aquellos que reportaron una baja aculturación, mostraron sentimientos de ineficacia.

Tabla 6. (Continuación). Estudios Internacionales que han evaluado factores cognitivos en estudiantes jóvenes

AUTOR	OBJETIVO	MUESTRA	RESULTADOS
Liebman et al (2001)	Evaluar la dieta en una muestra de estudiantes universitarios.	114 hombres 210 mujeres	Las mujeres, en comparación con los hombres, presentaron mayor motivación para adelgazar, ineficacia e identificación interoceptiva. Los hombres se caracterizaron por presentar perfeccionismo y miedo a madurar, pero sin ser significativamente mayor que en las mujeres. Las personas que hacían dieta se caracterizaron por un alto índice de masa corporal, mayor motivación para adelgazar, insatisfacción corporal e identificación interoceptiva.
Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández (2003)	Evaluar en qué medida las variables cognitivas-conductuales están presentes y pueden representar un riesgo para desarrollar un TCA	304 mujeres 147 hombres Universidad	Las mujeres, en general, mostraron más motivación para adelgazar, identificación interoceptiva, insatisfacción corporal e ineficacia en comparación con los hombres. Tanto mujeres como hombres, mostraron un nivel equivalente en desconfianza interpersonal, perfeccionismo y miedo a madurar.

Los estudios realizados en el ámbito nacional (véase Tabla 7) han confirmado que las mujeres se caracterizan por presentar mayor nivel de esta conducta en comparación con los hombres (Alvarez et al., 2003; Guadarrama, 2003; Gutiérrez & Romero, 2003; Vázquez et al., 2005). Otras características que suelen estar presentes en algunas mujeres mexicanas son: identificación interoceptiva, ineficacia y motivación para adelgazar (Guadarrama, 2003; Gutiérrez & Romero, 2003).

Tabla 7. Estudios nacionales que han evaluado factores cognitivos en estudiantes jóvenes

AUTOR	OBJETIVO	MUESTRA	RESULTADOS
HOMBRES Y MUJERES			
Alvarez et al. (2003)	Evaluar aspectos cognitivos conductuales que se mencionan en la literatura como factores de riesgo.	117 hombres y 222 mujeres estudiantes universitarios	La insatisfacción corporal caracterizó a las mujeres mientras que los hombres se caracterizaron por presentar miedo a madurar, ineficacia, desconfianza interpersonal y bulimia.
Gutiérrez y Romero (2003)	Evaluar la presencia de aspectos cognitivo-conductuales entre jóvenes mexicanos de dos poblaciones (Cd. de México y Monterrey)	764 estudiantes (414 mujeres y 350 hombres)	Las mujeres de la ciudad de México presentaron mayor ineficacia así como déficit en la identificación interoceptiva en comparación con las mujeres de Monterrey, quienes presentaron mayor insatisfacción corporal acompañada de mayor desconfianza interpersonal. Los hombres de la ciudad de México se caracterizaron por una mayor aceptación de su cuerpo pero también por un mayor perfeccionismo, desconfianza interpersonal y miedo a madurar en comparación con los hombres de Monterrey quienes experimentaron mayor déficit en la identificación interoceptiva.
Guadarrama (2003)	Evaluar aspectos cognitivo-conductuales asociados a los TCA	352 estudiantes: 176 mujeres 176 hombres.	Las mujeres se caracterizaron por tener una mayor motivación para adelgazar, insatisfacción corporal, identificación interoceptiva e ineficacia mientras que los hombres presentaron un mayor miedo a madurar.
Vázquez et al. (2005)	Detectar la presencia de TCA y sus factores de riesgo en una muestra de jóvenes mexicanos.	288 mujeres y 237 hombres	El factor de riesgo que mejor predice los TCA en las mujeres fue la insatisfacción corporal y para los hombres fue la ineficacia.

Finalmente se observa que los hombres se caracterizaron por presentar mayor miedo a madurar que las mujeres (Alvarez et al., 2003; Guadarrama, 2003), contrario a lo que sucedió en los estudios internacionales, donde fueron las mujeres quienes presentaron con mayor frecuencia esta conducta.

Los antecedentes expuestos muestran que vivimos en una sociedad en la que se han presentado cambios en cuanto a las formas de alimentación y la valoración del cuerpo. De manera gradual se ha difundido un modelo estético

corporal de delgadez, esto se ha llevado a cabo con tal eficacia que ha llegado no sólo a comunidades económicamente desarrolladas, también ha logrado permear en comunidades en vías de desarrollo y áreas semiurbanas, donde se cree que existe un mayor apego a una cultura de alimentación tradicional y menor interiorización del modelo de delgadez. En el anhelo de cumplir con dicho modelo, una cantidad importante de personas, principalmente mujeres, se compromete en prácticas alimentarias que pueden poner en riesgo su salud física y emocional, por ejemplo, realizar dietas restrictivas, ayunos y llevar a cabo conductas compensatorias para controlar su peso corporal y, en casos extremos, llegar a desarrollar un TCA.

En nuestro país se ha documentado la presencia de sintomatología y factores cognitivos de TCA en adolescentes y adultos de diferentes ciudades. Sin embargo, en la mayoría de los estudios se ha trabajado con muestras de la Ciudad de México y su zona metropolitana. Por lo que se necesitan trabajos en los que se incluyan muestras de varias ciudades del país para analizar, individual y comparativamente, la ocurrencia de síntomas de TCA. La comparación entre muestras de diferentes ciudades permitirá analizar cuáles son los aspectos que caracterizan a las muestras estudiadas y proporcionará datos que contribuyan a tomar las medidas preventivas correspondientes. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue evaluar y comparar la presencia de sintomatología de TCA y los factores cognitivo-conductuales asociados a estas psicopatologías en estudiantes universitarios de cinco ciudades de la República Mexicana.

MÉTODO

Muestra

Fue no probabilística de tipo intencional y estuvo constituida por 1240 estudiantes universitarios de cinco ciudades de la República Mexicana. La distribución de los participantes se observa en la Tabla 8.

Tabla 8. Distribución de los participantes por género y ciudad.

Estado	Mujeres	Hombres	Edad	
			\bar{X}	DE
Puebla	191	115	20.29	2.45
Guanajuato	98	24	20.93	2.13
Monterrey *	209	112	19.81	1.43
Toluca**	88	88	21.11	2.13
Cd. de México	200	115	19.90	2.79

*Muestra retomada del estudio de Álvarez et al. (2003), excluyendo participantes de bachillerato.

** Muestra retomada del estudio de Guadarrama (2003), excluyendo participantes de preparatoria.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio no experimental de tipo transversal descriptivo. No experimental porque no se manipularon las variables, sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural. Transversal descriptivo, porque tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables en un momento dado (Hernández, Fernández & Baptista, 2003)

Instrumentos

1.- *Test de Actitudes Alimentarias* (EAT-40; Garner & Garfinkel, 1979), es un cuestionario diseñado para detectar síntomas de TCA, específicamente de AN. De acuerdo a su validación en mujeres mexicanas, se propone el punto de corte de 28 (Alvarez, 2000) y una estructura de cinco factores: 1) Restricción alimentaria, 2) Bulimia, 3) Motivación para adelgazar, 4) Preocupación por la comida, y 5) Presión social percibida (Alvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero & Mercado, 2004).

2.- *Test de Bulimia* (BULIT; Smith & Thelen, 1984), fue elaborado con el propósito de detectar los síntomas de BN. En la validación para mujeres mexicanas se propuso el punto de corte de 85 y se identificaron tres factores: 1) Atracón, 2) Sentimientos negativos posteriores al atracón, y 3) Conductas compensatorias (Alvarez, Mancilla & Vázquez, 2000)

3.- *Inventario de Trastornos Alimentarios* (EDI; Garner, Olmstead & Polivy, 1983), evalúa las características cognitivo-conductuales asociadas en la literatura a los TCA. Consta de 64 reactivos agrupados en ocho factores: 1) Miedo a madurar, 2) Insatisfacción corporal, 3) Bulimia, 4) Motivación para adelgazar, 5) Identificación interoceptiva, 6) Ineficacia, 7) Perfeccionismo, y 8) Desconfianza interpersonal; estructura factorial que se corroboró en la validación para mujeres mexicanas (Mancilla, Franco, Álvarez & Vázquez, 2003)

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados en una sola sesión, con una duración aproximada de una hora, en cada una de las instituciones educativas a las que asistían los estudiantes. Los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación y su participación fue de manera voluntaria.

Análisis Estadístico

- Se empleó estadística descriptiva para calcular la proporción de casos que presentaron sintomatología.
- Se realizó una prueba ANOVA para conocer si existen diferencias entre las cinco ciudades de la República Mexicana respecto a la sintomatología y los factores cognitivos asociados a los TCA.
- Se calculó la prueba r de Pearson para analizar el grado de correlación entre los síntomas de los TCA, entre factores cognitivo-conductuales y los síntomas de TCA.

RESULTADOS

El análisis de los datos se hizo a través del paquete estadístico SPSS en su versión 11. Para detectar la presencia o ausencia de sintomatología de TCA, se utilizaron los puntos de corte de los instrumentos de tamizaje (EAT y BULIT). Los participantes que en el EAT obtuvieron una puntuación mayor o igual a 28 se incluyeron en el grupo de sintomatología de AN, los participantes que rebasaron el punto de corte del BULIT (≥ 85) formaron el grupo de sintomatología de BN, por último, aquellos participantes que rebasaron los puntos de corte de ambos instrumentos (EAT y BULIT) conformaron el grupo con sintomatología mixta. En la Tabla 9 se observa que en Toluca el tipo de sintomatología de TCA con mayor presencia fue de BN, siendo mayor en las mujeres (7.95%) que en los hombres (4.54%). En Monterrey, en el grupo de las mujeres se encontró un mayor porcentaje de sintomatología mixta (12.44%), mientras que en el grupo de los hombres fue la sintomatología de BN (28.50%). En cuanto a la ciudad de Guanajuato, los resultados indican que el tipo de sintomatología de TCA con mayor presencia fue el de BN, siendo mayor el porcentaje de mujeres (8.16%) en comparación con los hombres (6.89%), cabe destacar que en los hombres no se encontraron casos con sintomatología de AN. Los resultados para la muestra de Puebla mostraron que en el grupo de las mujeres, la presencia de sintomatología de AN y mixta fue igual, con un 7.85%, y en los hombres fue mayor el porcentaje con sintomatología de AN (6.08%). Por último, en la Ciudad de México, los resultados mostraron que en las mujeres fue ligeramente mayor el porcentaje con sintomatología mixta (8%) y en los hombres fue la sintomatología de BN (4.34%).

En general, se puede observar que el tipo de sintomatología con mayor presencia entre las muestras estudiadas fue la de BN. En los hombres, el porcentaje va desde 4.34% en la Ciudad de México, hasta 28.5% en Monterrey; mientras que en las mujeres, el porcentaje fue desde 6.28% en Puebla, hasta 9.09% en Monterrey. En las mujeres, la sintomatología mixta se encontró en mayor porcentaje en tres de las cinco ciudades evaluadas, en un porcentaje que

va de 7.85% en Puebla a 12.44% en Monterrey. Se observa que tanto hombres como mujeres de Monterrey fueron quienes presentaron mayores casos de sintomatología de TCA. Es importante señalar que la presencia de sintomatología de AN fue relativamente baja en todas las ciudades, excepto entre los estudiante de Puebla y las mujeres de Guanajuato.

Tabla 9. Porcentaje de casos encontrados con sintomatología de AN, BN y mixta, por género y ciudad.

Sintomatología	Porcentaje de casos por ciudad									
	Toluca		Monterrey		Guanajuato		Puebla		Ciudad de México	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Sintomatología AN	2.87	3.40	6.22	0.89	7.14	0	7.85	6.08	7.00	3.47
Sintomatología BN	7.95	4.54	9.09	28.50	8.16	6.89	6.28	5.21	7.00	4.34
Sintomatología mixta	3.40	3.40	12.44	8.03	7.14	3.44	7.85	0.86	8.00	0.86
Total	13.63	11.36	27.75	37.50	22.44	10.34	21.98	8.69	22.00	8.69

Al aplicar una prueba χ^2 se encontró que la variable *ciudad* influye para la ausencia o presencia de sintomatología de TCA, por lo que la probabilidad de presentar sintomatología fue significativamente mayor en la ciudad de Monterrey y menor en Toluca ($\chi^2 = 33.88$, $gl = 4$, $p < .05$). La variable *género* también influye en la presencia o ausencia de sintomatología de TCA, ya que la probabilidad de presentar sintomatología fue significativamente mayor en las mujeres que en los hombres ($\chi^2 = 6.59$, $gl = 1$, $p < .05$).

Para evaluar si existían diferencias entre los 10 grupos de participantes en cuanto a los síntomas de TCA y los factores cognitivo-conductuales asociados a estas psicopatologías, se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA). En la Tabla 10 se observa que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el total del EAT y dos de sus factores: restricción alimentaria y presión social percibida ($p < .05$). Las mujeres de Monterrey fueron quienes obtuvieron una mayor puntuación en el factor restricción alimentaria, comparadas con hombres y

mujeres de Toluca, hombres de Puebla y de la Ciudad de México, siendo estos últimos los de menor puntuación en dicho factor. Por otro lado, las mujeres de la Ciudad de México fueron quienes obtuvieron mayor puntuación en el factor presión social percibida comparadas con los hombres y mujeres de Monterrey y de Puebla, así como con las mujeres de Guanajuato. Tanto las mujeres de la Ciudad de México como las de Monterrey presentaron mayores puntuaciones en el total del EAT comparadas con los hombres de Puebla.

Tabla 10. Análisis de Varianza para el Total del EAT y sus factores, según el género y la ciudad.

GRUPOS		FACTORES EAT							
		RA		PC		PSP		TOTAL	
		\bar{X}	EE	\bar{X}	EE	\bar{X}	EE	\bar{X}	EE
Toluca	Mujeres	1.39 ^a	.27	.69	.14	.90	.20	14.22	.96
	Hombres	1.28 ^a	.20	.82	.11	.90	.21	14.17	.88
Monterrey	Mujeres	3.20 ^b	.28	1.22	.11	.50 ^a	.09	17.65 ^b	.87
	Hombres	1.88	.26	1.13	.14	.72 ^a	.12	14.85	1.03
Guanajuato	Mujeres	1.92	.36	.81	.14	.38 ^a	.11	14.82	1.117
	Hombres	1.08	.59	.54	.17	.50	.19	11.17	1.47
Puebla	Mujeres	2.66	.26	1.03	.13	.83 ^a	.11	15.19	.88
	Hombres	1.24 ^a	.23	.89	.14	.52 ^a	.10	11.57 ^a	.79
Cd. de México	Mujeres	1.91	.25	.83	.09	1.55 ^b	.17	17.82 ^b	.82
	Hombres	.67 ^a	.14	.64	.09	.86	.16	13.00	.71
<i>F</i>		7.95*		2.34		6.32*		5.04*	

Nota: RA = Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; PSP = Presión social percibida.

Las medias con distinto superíndice en cada columna son estadísticamente diferentes según la prueba de Scheffe. * $p < .05$

En general, se observa que fueron las mujeres de Monterrey quienes obtuvieron una mayor puntuación en el factor restricción alimentaria y mayor puntuación en el factor preocupación por la comida, además de ser las segundas en presentar mayor puntuación en el total del EAT, mientras que las mujeres de la Ciudad de México fueron quienes alcanzaron una mayor puntuación en el factor presión social percibida.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el total del BULIT y sus factores ($p < .001$, véase Tabla 11). Los hombres de Monterrey presentaron mayor puntuación en el factor atracón comparados con todos los grupos. Asimismo, los hombres y mujeres de Monterrey presentaron mayores sentimientos negativos posteriores al atracón comparados con los hombres y mujeres de Toluca, con los hombres de Puebla y de la Ciudad de México; además las mujeres de Guanajuato, Puebla y la Ciudad de México tuvieron una mayor puntuación en el factor sentimientos negativos posteriores al atracón comparados con los hombres de Puebla. En cuanto a la realización de conductas compensatorias, fueron los hombres de Toluca y Monterrey quienes presentaron en mayor medida estas conductas comparados con las mujeres de Monterrey. Finalmente, los hombres de Monterrey tuvieron una mayor puntuación en el total del BULIT comparados con los hombres y mujeres de Toluca, así como con los hombres de la Ciudad de México y de Puebla, siendo estos últimos los que tuvieron una menor puntuación en este instrumento. Las mujeres de Monterrey obtuvieron mayor puntuación respecto a los hombres de Puebla y de la Ciudad de México.

Se observa que, en general, los hombres y mujeres de Monterrey presentaron mayores puntuaciones en el total del BULIT, mayores conductas de atracón y más sentimientos negativos posteriores al atracón; en el caso de la conducta de atracón y las conductas compensatorias los hombres de este estado obtuvieron mayores puntuaciones.

Tabla 11. - Análisis de Varianza del total del BULIT y sus factores, según el género y la ciudad.

GRUPOS		FACTORES BULIT							
		AT		SENEG		COCOM		TOTALBULI	
		\bar{X}	EE	\bar{X}	EE	\bar{X}	EE	\bar{X}	EE
Toluca	Mujeres	17.46 ^a	.60	13.42 ^a	.46	4.73	.13	63.73 ^a	1.55
	Hombres	18.92 ^a	.65	12.46 ^a	.40	5.55 ^b	.27	62.16 ^a	1.45
Monterrey	Mujeres	20.72 ^a	.56	16.86 ^b	.41	4.42 ^a	.15	68.96 ²	1.35
	Hombres	25.56 ^b	.86	15.72 ^b	.51	5.60 ^b	.26	75.23 ^b	1.89
Guanajuato	Mujeres	18.87 ^a	.66	14.87 ²	.55	4.84	.16	67.60	1.65
	Hombres	19.54	1.31	13.25	.91	5.37	.45	66.75	3.17
Puebla	Mujeres	18.18 ^a	.45	15.10 ²	.40	4.92	.14	67.61	1.19
	Hombres	18.59 ^a	.55	11.24 ^{a, 1}	.31	4.66	.14	60.17 ^{a, 1}	1.30
Cd. México	Mujeres	18.16 ^a	.44	14.92 ²	.37	5.04	.13	68.19	1.11
	Hombres	18.18 ^a	.52	12.05 ^a	.32	5.06	.16	60.81 ^{a, 1}	1.10
<i>F</i>		13.82*		16.88*		4.15*		8.19*	

Nota: AT = Atracón; SENEG = Sentimientos negativos posteriores al atracón, COCOM = Conductas compensatorias. Las medias con distinto superíndice en cada columna son estadísticamente diferentes según la prueba de Scheffe.

* $p < .001$

Respecto a los factores cognitivo-conductuales también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes de cada ciudad ($p < .05$, véase Tabla 12). Las mujeres de Monterrey obtuvieron mayor puntuación en el factor motivación para adelgazar del EDI comparadas con los hombres y mujeres de Toluca, así como con los hombres de Monterrey, de Puebla y de la Ciudad de México, estos últimos con menor puntuación que las mujeres de Guanajuato, de Puebla y de la Ciudad de México. Por otro lado, las mujeres de Puebla y Monterrey tuvieron mayor puntuación en el factor insatisfacción corporal en comparación con los hombres de Toluca, Monterrey, Puebla y Ciudad de México. El miedo a madurar se encontró con mayor presencia entre los hombres de Toluca, comparados con las mujeres y hombres de Guanajuato y las mujeres de Puebla, siendo las mujeres de Guanajuato quienes presentaron menor puntuación en dicho factor comparadas con los hombres de Monterrey y los hombres y mujeres de la Ciudad de México. Los hombres y mujeres de Toluca presentaron un mayor déficit en la identificación interoceptiva en comparación con todos los grupos. En cuanto al perfeccionismo los hombres y mujeres de Monterrey obtuvieron una mayor puntuación en comparación con las mujeres de Monterrey, Guanajuato y Puebla. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a desconfianza interpersonal e ineficacia.

En general, se observa que en las mujeres de Monterrey hubo mayor presencia de motivación para adelgazar e insatisfacción corporal. Mientras que las mujeres de Toluca presentaron un mayor déficit en la identificación interoceptiva. Por otro lado, fueron los hombres de Guanajuato quienes presentaron menor miedo a madurar, pero mayor déficit en la identificación interoceptiva.

Tabla 12. Análisis de Varianza para los factores del EDI, según el género y la ciudad.

GRUPOS		FACTORES EDI													
		MA		DI		IC		MM		IN		II		P	
		\bar{X}	EE	\bar{X}	EE	\bar{X}	EE	\bar{X}	EE	\bar{X}	EE	\bar{X}	EE	\bar{X}	EE
Toluca	Mujeres	4.06 ^a	.57	3.90	.36	4.35	.43	4.05	.38	1.34	.21	2.10 ^b	.16	4.19	.26
	Hombres	2.34 ^a	.30	3.46	.28	2.46 ^a	.24	5.30 ^b	.39	.80	.14	1.79 ^b	.15	4.81	.28
Monterrey	Mujeres	6.97 ^b	.45	2.72	.21	5.49 ^b	.34	2.98 ^a	.17	.92	.10	.75 ^a	.09	4.14 ^a	.15
	Hombres	4.12 ^a	.35	3.24	.28	3.25 ^a	.30	4.33 ²	.29	1.36	.19	1.01 ^a	.14	4.50	.22
Guanajuato	Mujeres	4.85 ²	.57	2.27	.25	4.83	.49	2.15 ^{a,1}	.21	.98	.17	.48 ^a	.13	3.60 ^a	.23
	Hombres	2.41	1.12	2.33	.49	2.66	.73	1.75 ^a	.37	.70	.27	.25 ^a	.15	3.25	.40
Puebla	Mujeres	4.98 ²	.40	3.31	.22	4.98 ^b	.33	3.53 ^a	.21	1.43	.16	1.04 ^a	.11	3.96 ^a	.15
	Hombres	2.20 ^a	.28	3.68	.34	2.91 ^a	.29	3.54	.28	1.56	.24	.64 ^a	.14	4.67	.20
Cd. de México	Mujeres	4.90 ²	.42	3.39	.23	4.80	.32	4.67 ²	.28	1.10	.15	.96 ^a	.13	5.04 ^b	.17
	Hombres	1.76 ^{a,1}	.27	3.14	.27	2.84 ^a	.29	4.45 ²	.33	.80	.14	.68 ^a	.12	5.34 ^b	.22
<i>F</i>		14.10*		2.68		8.98*		10.49*		2.45		11.57*		7.55*	

Nota: MA = Motivación para adelgazar; DI = Desconfianza interpersonal; IC = Insatisfacción corporal; MM = Miedo a madurar; IN = Ineficacia; II = Identificación interoceptiva; P = Perfeccionismo. Las medias con distinto superíndice en cada columna son estadísticamente diferentes según la prueba de Scheffe.

* $p < .05$

Con la finalidad de evaluar la frecuencia de las conductas específicas para el control del peso, se analizaron algunas preguntas del EAT (16. ¿Hago mucho ejercicio para quemar calorías?; 30. ¿Como alimentos dietéticos?) y BULIT (30. ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?, 19. ¿He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas?), considerando las dos opciones de respuesta que indicaban mayor frecuencia. En la Tabla 13 puede observarse que la provocación del vómito fue más frecuente en los hombres de todas las ciudades, con un porcentaje desde 1.8% en Puebla hasta el 17.8% en Monterrey. En las mujeres el porcentaje de provocación del vómito fue desde 0% en Toluca a 7.7% en Monterrey. En cuanto la realización de ejercicio para quemar calorías, los hombres sobresalieron, el mayor porcentaje se presentó en Toluca (19.4%) y el menor en Guanajuato (4.2%). En cuanto a la conducta de dieta, un mayor porcentaje de participantes de Monterrey, tanto hombres como mujeres, manifestaron haber realizado cuatro o más dietas durante el último año (16.9% y 15.8%, respectivamente), aunque cabe destacar que las mujeres de Puebla, Guanajuato y Ciudad de México tuvieron un porcentaje similar al de las mujeres de Monterrey. Por último, un mayor porcentaje de mujeres de Puebla reportaron mayor consumo de alimentos dietéticos (12.5%), contrario a las mujeres de Toluca, quienes presentaron un menor porcentaje (2.2%). En cuanto a los hombres, fueron los de Monterrey quienes presentaron un mayor consumo de alimentos de dieta (6.3%), comparados con los hombres de la Ciudad de México (0.9%).

En general, la conducta de control de peso más frecuente entre las mujeres fue la realización de 4 o más dietas durante el último año (66.8%) mientras que para los hombres fue el ejercicio con la finalidad de quemar calorías (67.5%). Un importante porcentaje de los hombres y mujeres de Monterrey presentaron más conductas de riesgo para el control de peso, en comparación con los otros grupos, destacando en ambos la provocación del vómito una o más veces por semana y realización de 4 o más dietas el último año, es importante resaltar que en ambos ítems los hombres sobresalieron más que las mujeres.

Tabla 13. Porcentaje de participantes por género y ciudad que llevan a cabo conductas de riesgo asociadas al control de peso.

Conductas	OR	Toluca		Monterrey		Guanajuato		Puebla		Ciudad de México	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Provocación del vómito	a	98.9	89.8	80.4	65.2	91.9	83.3	91.1	94.8	92.0	87.8
	b	1.1	1.1	5.7	12.5	4.0	0	4.2	1.7	3.0	1.7
	C	0	3.4	6.2	4.5	2.0	4.2	3.1	1.7	2.5	1.7
	d	0	3.4	2.9	10.7	0	4.2	0.5	0.9	1.0	4.3
	e	0	2.3	4.8	7.1	2.0	8.3	1.0	0.9	1.5	4.3
Realización de ejercicio para quemar calorías	0	87.5	72.7	78.0	73.2	90.9	91.7	84.8	77.4	82.5	71.3
	1	3.4	8.0	10.0	11.6	6.1	4.2	5.8	5.2	6.5	17.4
	2	5.7	11.4	8.1	9.8	1.0	4.2	6.8	6.1	9.0	5.2
	3	3.4	8.0	3.8	5.4	2.0	0	2.6	11.3	2.0	6.1
Dieta	A	59.1	72.7	45.0	50.9	59.6	75.0	51.3	80.9	56.5	80.9
	B	25.0	13.6	22.5	15.2	22.2	4.2	18.3	12.2	17.0	10.4
	C	11.1	11.4	16.7	17.0	3.0	12.5	14.7	3.5	11.0	2.6
	D	1.1	3.4	4.8	7.1	5.1	4.2	7.9	1.7	8.0	0.9
	E	3.4	3.4	11.0	9.8	10.1	4.2	7.9	1.7	7.5	5.2

Nota: OR = Opciones de Respuesta, a = Nunca, b = Una vez al mes, c = 2-3 veces al mes, d = una vez a la semana, e = 2 o más veces a la semana. 0 = Nunca, casi nunca o algunas veces, 1 = Bastantes veces, 2 = Casi siempre, 3= Siempre. A = No en el año pasado, B = Una vez el año pasado, C = 2-3 veces en el año pasado, D = 4-5 veces el año pasado, E = más de cinco veces el año pasado. Las filas sombreadas significan las respuestas con mayor frecuencia. (Continúa)

Tabla 13. (Continuación). Porcentaje de participantes por género y ciudad que llevan a cabo conductas de riesgo para el control de peso

Conductas	OR	Toluca		Monterrey		Guanajuato		Puebla		Ciudad de México	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
	0	97.7	97.7	68.4	85.7	83.8	79.2	76.4	95.7	92.0	98.3
	1	0	0	19.6	8.0	11.1	16.7	11.0	1.7	4.0	0.9
Consumo de alimentos dietéticos	2	1.1	2.3	7.2	5.4	1.0	0	9.4	2.6	3.0	0
	3	1.1	0	4.8	0.9	4.0	4.2	3.1	0	1.0	0.9

Nota: OR= Opciones de Respuesta, 0 = Nunca, casi nunca o algunas veces, 1 = Bastantes veces, 2 = Casi siempre, 3 = Siempre. Las filas sombreadas significan las respuestas con mayor frecuencia.

Para evaluar el grado de correlación entre los síntomas de TCA evaluados mediante los cuestionarios EAT, BULIT y EDI, se calculó el coeficiente de correlación r de Pearson tanto para mujeres como para hombres de cada estado (véanse resultados completos en los Anexos A1 y A2 correspondientes a las mujeres, A3 y A4 para los hombres). En la Tabla 14 se presentan los resultados en los que la correlación fue $\geq .30$ para las mujeres de cada ciudad. En el caso de las mujeres de Toluca se observó que el total del BULIT, el atracón y los sentimientos negativos posteriores al atracón correlacionaron de manera moderada con el total del EAT, la restricción alimentaria y la preocupación por la comida. La mayor asociación se presentó entre los sentimientos negativos posteriores al atracón y el total del EAT ($r = .53$), mientras que las más bajas se presentaron entre el atracón y la restricción alimentaria ($r = .31$), y entre las conductas compensatorias y el total del EAT ($r = .31$) y la preocupación por la comida ($r = .31$).

Tabla 14. Coeficientes de Correlación r de Pearson entre los síntomas de TCA para las mujeres de cada ciudad (*Continúa*).

Ciudad	BULIT	Total	EAT RA	PC
Toluca	Total	.55*	.46*	.49*
	Atracón	.45*	.31*	.43*
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.53*	.47*	.40*
	Conductas compensatorias	.33*	—	.31*
Monterrey	Total	.57*	.47*	.62*
	Atracón	.42*	.33*	.55*
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.68*	.59*	.59*
	Conductas compensatorias	.31*	—	.35*
Guanajuato	Total	.54*	.32*	.44*
	Atracón	.39*	—	.32*
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.69*	.48*	.59*
	Conductas compensatorias	.33*	.34*	--

Nota: RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida.
 -- correlaciones no significativas, — correlaciones $< .30$ * $p < .01$

Tabla 14. (Continuación) Coeficientes de Correlación r de Pearson entre los síntomas de TCA para las mujeres de cada ciudad

Ciudad	BULIT	EAT		
		Total	RA	PC
Puebla	Total	.54*	.52*	.36*
	Atracón	.37*	.34*	.33*
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.56*	.59*	.31*
	Conductas compensatorias	.36*	.35*	—
Cd. México	Total	.57*	.44*	.46*
	Atracón	.42*	—	.42*
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.60*	.52*	.48*
	Conductas compensatorias	.34*	—	—

Nota: RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida.
 — correlaciones < .30 * $p < .01$

En las mujeres de Monterrey el total del BULIT, el atracón y los sentimientos negativos posteriores al atracón correlacionaron moderadamente con el total del EAT, la restricción alimentaria y la preocupación por la comida, mientras que las conductas compensatorias sólo correlacionaron con el total del EAT y la preocupación por la comida. La relación más alta fue entre los sentimientos negativos posteriores al atracón y el total del EAT ($r = .68$) y la más baja fue entre las conductas compensatorias y el total del EAT ($r = .31$).

En las mujeres de Guanajuato, el total del BULIT y los sentimientos negativos posteriores al atracón correlacionaron moderadamente con el total del EAT, la restricción alimentaria y la preocupación por la comida; por su parte el atracón sólo se relacionó con el total del EAT y la preocupación por la comida; mientras que las conductas compensatorias correlacionaron con el total del EAT y la restricción alimentaria. Se observa que la asociación más importante fue entre los sentimientos negativos posteriores al atracón y el total del EAT ($r = .69$), mientras que la más baja fue entre el total del BULIT y la restricción alimentaria ($r = .32$).

En cuanto a las mujeres de Puebla se observa que, en general, el total de BULIT y sus tres factores correlacionaron con el total del EAT, la restricción alimentaria y la preocupación por la comida. Destaca la asociación entre los sentimientos negativos posteriores al atracón y la restricción alimentaria ($r = .59$), mientras que entre los sentimientos negativos posteriores al atracón y la preocupación por la comida se obtuvo la correlación más baja ($r = .31$).

Por último, en las mujeres de la Ciudad de México el total del BULIT y los sentimientos negativos posteriores al atracón correlacionaron moderadamente con el total del EAT, la restricción alimentaria y la preocupación por la comida; por su parte, el atracón correlacionó con el total del EAT y la preocupación por la comida. La correlación más alta se presentó entre los sentimientos negativos posteriores al atracón y el total del EAT ($r = .60$), mientras que la más baja se dio entre las conductas compensatorias y el total del EAT ($r = .34$).

En general, en cuatro de las cinco ciudades (Toluca, Monterrey, Guanajuato y Ciudad de México) la asociación más sobresaliente fue entre los sentimientos negativos posteriores al atracón y el total del EAT ($r = .53, .68, .69$ y $.60$, respectivamente); asimismo, en tres de las cinco ciudades, Guanajuato, Monterrey y la Ciudad de México, los sentimientos negativos posteriores al atracón correlacionaron de manera importante con la preocupación por la comida ($r = .59, .59$ y $.48$, respectivamente).

En la Tabla 15 se presentan las correlaciones entre los síntomas evaluados con el EDI, el EAT y el BULIT. Se puede observar que en el caso de las mujeres de Toluca la motivación para adelgazar correlacionó con el total del EAT, del BULIT y sus respectivos factores; mientras que la insatisfacción corporal se asoció sólo con el total del BULIT y dos de sus factores. La mayor asociación se presentó entre la motivación para adelgazar y el total del BULIT ($r = .80$) y la de menor fuerza entre la motivación para adelgazar y las conductas compensatorias ($r = .44$).

Tabla 15. Coeficientes de Correlación r de Pearson entre los síntomas de TCA

Ciudad	EDI	EAT			BULIT				p a r a l a s m u j e r e s d e
		TOTAL	RA	PC	TOTAL	AT	SENEG	COCOM	
Toluca	Motivación para adelgazar	.53*	.53*	.46*	.80*	.72*	.75*	.44*	
	Insatisfacción corporal	—	—	—	.51*	.40*	.53*	—	
Monterrey	Motivación para adelgazar	.72*	.61*	.55*	.65*	.53*	.71*	—	
	Insatisfacción corporal	—	—	.35*	.45*	.36*	.37*	—	
Guanajuato	Motivación para adelgazar	.77*	.52*	.61*	.66*	.49*	.77*	—	
	Insatisfacción corporal	.53*	—	.47*	.58*	.47*	.62*	--	
Puebla	Motivación para adelgazar	.74*	.71*	.41*	.65*	.51*	.67*	.33*	
	Insatisfacción corporal	.45*	.36*	.36*	.45*	.32*	.46*	—	
Cd. México	Motivación para adelgazar	.72*	.61*	.43*	.59*	.47*	.64*	.30*	
	Insatisfacción corporal	.46*	.33*	—	.42*	.32*	.46*	—	

cada ciudad (EDI-EAT y EDI-BULIT).

Nota: RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; AT= Atracón; SENEG= Sentimientos negativos posteriores al atracón; COCOM= Conductas compensatorias.

-- correlaciones no significativas, — correlaciones $< .30$ * $p < .01$

En el caso de las mujeres de Monterrey, destacó la relación entre la motivación para adelgazar y el total del EAT como la más fuerte ($r=.72$), mientras que la menor correlación se presentó entre la insatisfacción corporal y la preocupación por la comida del EAT. Considerando los resultados EDI-BULIT se observa que la correlación más alta se presentó entre la motivación para adelgazar y los sentimientos negativos posteriores al atracón ($r = .71$) y la más baja entre la insatisfacción corporal y el atracón ($r = .36$).

En cuanto a las mujeres de Guanajuato, la motivación para adelgazar se relacionó con el total del EAT, del BULIT y sus factores, excepto restricción alimentaria del EAT y conductas compensatorias del BULIT. La asociación más fuerte se presentó entre la motivación para adelgazar y el total del EAT, y los sentimientos negativos posteriores al atracón del BULIT ($r = .77$, en ambos casos); mientras que la más baja fue entre la insatisfacción corporal y la preocupación por la comida del EAT y el atracón del BULIT ($r = .47$, en ambos casos).

En las mujeres de Puebla se encontró que, en general, la motivación para adelgazar y la insatisfacción corporal correlacionaron con el total del EAT y del BULIT, así como con sus respectivos factores. Las asociaciones mayores se presentaron entre la motivación para adelgazar y el total del EAT ($r = .74$) y la restricción alimentaria ($r = .71$); mientras que las más bajas fueron entre la insatisfacción corporal y el atracón ($r = .33$), y entre la motivación para adelgazar y las conductas compensatorias ($r = .33$).

Finalmente, en las mujeres de la Ciudad de México la motivación para adelgazar y la insatisfacción corporal correlacionaron con el total de los instrumentos y, en general, con sus factores. La relación de mayor magnitud se presentó entre la motivación para adelgazar y el total del EAT; mientras que las de menor magnitud fueron entre la motivación para adelgazar y las conductas compensatorias ($r = .30$), entre la insatisfacción corporal y el atracón ($r = .32$), y la restricción alimentaria ($r = .33$).

En general, se observa que en las cinco ciudades (Toluca, Monterrey, Guanajuato, Puebla y Ciudad de México), la motivación para adelgazar se asoció de manera consistente con el total del EAT, del BULIT, el atracón y los sentimientos negativos posteriores al atracón. La insatisfacción corporal también correlacionó con el total del BULIT, el atracón y los sentimientos negativos posteriores al atracón.

Los resultados de la correlación entre los síntomas de TCA (EAT-BULIT) en los hombres de cada estado se presentan en la Tabla 16. Como puede observarse en el caso de los hombres de Toluca, sólo el atracón correlacionó de forma moderada con la preocupación por la comida ($r = .30$). Respecto a los hombres de Monterrey, los tres factores del BULIT correlacionaron moderadamente con el total del EAT y la restricción alimentaria; sólo el total del BULIT y el atracón correlacionaron –también moderadamente– con la preocupación por la comida. Las correlaciones más altas se presentaron entre el total del BULIT y el total del EAT, y la restricción alimentaria ($r = .46$, en ambos casos), mientras que la más baja se presentó entre el atracón y la

preocupación por la comida ($r = .33$). En los hombres de Guanajuato, el total del BULIT, el atracón y los sentimientos negativos posteriores al atracón correlacionaron fuertemente con el total del EAT y la restricción alimentaria. La correlación más alta se presentó entre los sentimientos negativos posteriores al atracón y el total del EAT y ($r = .71$) y la más baja entre el atracón y la presión social percibida ($r = .52$). Por último, en los hombres de la Ciudad de México sólo los sentimientos negativos posteriores al atracón y las conductas compensatorias correlacionaron moderadamente con la restricción alimentaria ($r = .42$ y $.32$, respectivamente). Es importante señalar que en los hombres de Puebla no se encontraron correlaciones mayores a $.30$.

Tabla 16. Coeficientes de Correlación r de Pearson entre los síntomas de TCA para los hombres de cada ciudad (BULIT-EAT).

Ciudad	BULIT	EAT			
		Total	RA	PC	PSP
Toluca	Atracón	--	--	.30*	--
Monterrey	Total	.46*	.46*	.34*	—
	Atracón	.42*	.42*	.33*	—
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.39*	.36*	—	—
	Conductas compensatorias	.41*	.45*	—	—
Guanajuato	Total	.66*	.67*	--	--
	Atracón	.64*	.64*	--	.52*
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.71*	.67*	--	--
Cd. México	Sentimientos negativos posteriores al atracón	—	.42*	--	--
	Conductas compensatorias	—	.32*	--	--

Nota: RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; PSP= Presión social percibida.

-- correlaciones no significativas, — correlaciones $<.30$ * $p <.01$

En la Tabla 17 se observan las correlaciones entre los síntomas de TCA evaluados con el EDI y los síntomas evaluados con los cuestionarios EAT y BULIT. En los hombres de Toluca la motivación para adelgazar sólo se asoció

significativamente con los sentimientos negativos posteriores al atracón ($r = .44$) y el total del BULIT ($r = .38$). Es importante mencionar que tanto la motivación para adelgazar como la insatisfacción corporal no correlacionaron de manera significativa con el total del EAT y sus factores. En los hombres de Monterrey la motivación para adelgazar sólo se relacionó con el total del EAT y su factor restricción alimentaria. Tanto la motivación para adelgazar como la insatisfacción corporal correlacionaron con el total del BULIT, el atracón y los sentimientos negativos posteriores al atracón. La correlación mayor se presentó entre el total del EAT y la motivación para adelgazar ($r = .49$), mientras que las correlación más bajas fue entre la motivación para adelgazar y el atracón ($r = .32$). En los hombres de Guanajuato la motivación para adelgazar correlacionó con el total de los instrumentos y sus factores; sólo en esta muestra la insatisfacción corporal obtuvo más correlaciones con el EAT y el BULIT. La correlaciones más fuertes se presentaron entre la motivación para adelgazar y el total del EAT ($r = .92$), y la restricción alimentaria ($r = .90$), en tanto que la más baja fue entre la insatisfacción corporal y la preocupación por la comida ($r = .36$).

Tabla 17. Coeficientes de Correlación r de Pearson entre los síntomas de TCA para los hombres de cada estado (EDI-EAT y EDI-BULIT).

Ciudad	EDI	EAT				BULIT			
		TOTAL	RA	PC	PSP	TOTAL	AT	SENEG	COCOM
Toluca	Motivación para adelgazar	--	--	--	--	.38**	—	.44**	--
	Insatisfacción corporal	--	--	--	--	--	--	--	--
Monterrey	Motivación para adelgazar	.49**	.47**	—	—	.40**	.32**	.43**	—
	Insatisfacción corporal	--	--	--	--	.45**	.38**	.42**	--
Guanajuato	Motivación para adelgazar	.92**	.90**	.40**	.38**	.72**	.67**	.79**	--
	Insatisfacción corporal	.62**	.40**	.36**	—	.48**	.46*	.57**	--
Puebla	Motivación para adelgazar	.41**	.40**	.42**	--	.31*	—	—	--
	Insatisfacción corporal	—	—	.35**	--	--	--	--	--
Cd. México	Motivación para adelgazar	.45**	.37**	--	—	.43**	.30*	.44**	—
	Insatisfacción corporal	--	--	--	--	.34**	.31*	.32**	--

Nota: RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; PSP= Presión social percibida; AT= Atracón; SENEG= Sentimientos negativos posteriores al atracón; COCOM= Conductas compensatorias.

-- correlaciones no significativas, — correlaciones $< .30$ * $p < .05$ ** $p < .01$

En cuanto a los hombres de Puebla, la asociación entre la motivación para adelgazar y la preocupación por la comida fue la más alta ($r = .42$) y la relación entre motivación para adelgazar y el total del BULIT fue la más baja ($r = .31$). Finalmente en la muestra de hombres de la Ciudad de México, las correlaciones más fuertes se presentaron entre la motivación para adelgazar y el total del EAT ($r = .45$), y los sentimientos negativos posteriores al atracón ($r = .44$) y las más bajas entre la motivación para adelgazar y el atracón ($r = .30$).

En general, se observa que en tres de las ciudades participantes (Monterrey, Guanajuato y Ciudad de México) la correlación más fuerte se presentó entre la motivación para adelgazar y el total del EAT. Asimismo, en Toluca, Guanajuato y Ciudad de México la motivación para adelgazar se asoció en mayor medida con los sentimientos negativos posteriores al atracón. Cabe señalar que la insatisfacción corporal se asoció en menor medida con los síntomas evaluados mediante el EAT y el BLUIT en comparación con la motivación para adelgazar.

Para evaluar el grado de correlación entre los factores cognitivo-conductuales asociados a los TCA (EDI) y los síntomas de dichas psicopatologías (EAT y BULIT), se calculó el coeficiente de correlación r de Pearson tanto para mujeres (véanse resultados completos en Anexos A5 y A6) como para hombres (véanse resultados completos en Anexos A7 y A8). En la Tabla 18 se muestran las correlaciones mayores o iguales a .30 entre los factores cognitivo-conductuales, el total del EAT y sus factores para las mujeres de cada estado.

Para las mujeres de Toluca se observa que la ineficacia correlacionó con el total del EAT, la restricción alimentaria y la preocupación por la comida; mientras que el miedo a madurar correlacionó moderadamente con el total del EAT y la preocupación por la comida. Por su parte, la desconfianza interpersonal se relacionó con el total del EAT. La asociación más fuerte se presentó entre la preocupación por la comida y el miedo a madurar ($r = .49$) y la más baja entre la ineficacia y la preocupación por la comida ($r = .32$).

Tabla 18. Coeficientes de Correlación r de Pearson entre los factores cognitivo -conductuales (EDI) y los factores del EAT para las mujeres de cada estado.

Ciudad	EDI	Total	EAT	
			RA	PC
Toluca	Desconfianza interpersonal	.34*	—	—
	Miedo a madurar	.43*	—	.49*
	Ineficacia	.47*	.37*	.32*
Monterrey	Ineficacia	.34*	—	.36*
	Identificación interoceptiva	.34*	—	—
Puebla	Miedo a madurar	.32*	—	.32*
	Ineficacia	.40*	—	.53*
	Identificación interoceptiva	.44*	—	.44*
Cd. México	Identificación interoceptiva	.36**	.30**	—

Nota: RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida.

— correlaciones < .30 * $p < .01$

En cuanto a las mujeres de Monterrey se observó que la ineficacia correlacionó con el total del EAT y la preocupación por la comida. La correlación más fuerte se presentó entre la ineficacia y la preocupación por la comida ($r = .36$) y la más baja se presentó entre la ineficacia e identificación interoceptiva con el total del EAT ($r = .34$, en ambos casos).

Los resultados para las mujeres de Puebla indicaron que el miedo a madurar, la ineficacia y la identificación interoceptiva correlacionaron sólo con el total del EAT y la preocupación por la comida. La correlación más importante se presentó entre la preocupación por la comida y la ineficacia ($r = .53$) y la más baja entre miedo a madurar con el total del EAT y con la preocupación por la comida ($r = .32$, en ambos casos).

Finalmente, se observa que en las mujeres de la Ciudad de México la correlación más fuerte se presentó entre la identificación interoceptiva y el total del EAT ($r = .36$) y la más baja entre la identificación interoceptiva y la restricción alimentaria ($r = .30$). Es importante mencionar que en las mujeres de Guanajuato no se encontraron correlaciones mayores a .30.

En la Tabla 19 se muestran los resultados de las correlaciones entre los factores cognitivo-conductuales, el total del BULIT y sus factores para las mujeres de cada ciudad. En las mujeres de Toluca se observa que la ineficacia correlacionó de forma considerable con el total del BULIT y sus tres factores, mientras que el miedo a madurar correlacionó con el total del BULIT, el atracón y los sentimientos negativos posteriores al atracón. La correlación más fuerte se presentó entre la ineficacia y el total del BULIT ($r = .49$) mientras que la más baja se presentó entre la ineficacia y las conductas compensatorias ($r = .30$).

En las mujeres de Monterrey el miedo a madurar correlacionó con el total del BULIT, el atracón y las conductas compensatorias. La correlación más importante se presentó entre el total del BULIT y la identificación interoceptiva ($r = .35$) y la más baja fue entre el miedo a madurar y las conductas compensatorias ($r = .30$)

Tabla 19. Coeficientes de Correlación r de Pearson entre los factores cognitivo -conductuales (EDI) y los factores del BULIT para las mujeres de cada ciudad.

Ciudades	EDI	BULIT			
		Total	AT	SENEG	COCOM
Toluca	Desconfianza interpersonal	.36*	.34*	—	—
	Miedo a madurar	.39*	.44*	.34*	--
	Ineficacia	.49*	.46*	.43*	.30*
Monterrey	Miedo a madurar	.33*	.31*	—	.30*
	Ineficacia	.34*	—	—	.35*
	Identificación interoceptiva	.35*	—	.32*	—
Guanajuato	Ineficacia	.40*	.30*	.43*	--
	Identificación interoceptiva	.48*	.41*	.47*	--
Puebla	Miedo a madurar	.36*	.41*	—	--

Nota: AT = Atracón; SENEG = Sentimientos negativos posteriores al atracón; COCOM= Conductas compensatorias

-- correlaciones no significativas — correlaciones $< .30$ * $p < .01$

Respecto a las mujeres de Guanajuato, la ineficacia y la identificación interoceptiva correlacionaron significativamente con el total del BULIT y dos de sus factores, el atracón y los sentimientos negativos posteriores al atracón, destacando en mayor medida la correlación entre el total del BULIT y la

identificación interoceptiva ($r = .48$), mientras que la correlación más baja se presentó entre la ineficacia y el atracón ($r = .30$). En las mujeres de Puebla, el miedo a madurar sólo correlacionó con el total del BULIT y el atracón. Es importante destacar que en las mujeres de la Cd. de México no se encontraron correlaciones mayores a .30.

En general, se observa que los factores cognitivo-conductuales del EDI correlacionaron en menor medida con las conductas compensatorias. Mientras que en dos de las ciudades participantes (Monterrey y Guanajuato) la correlación más fuerte se presentó entre la identificación interoceptiva y el total del BULIT ($r = .35$ y $r = .48$, respectivamente)

Tabla 20. Coeficientes de Correlación r de Pearson entre los factores cognitivo-conductuales, el total del EAT y sus factores para los hombres de cada ciudad.

Ciudad	EDI	EAT			
		Total	RA	PC	PSP
Toluca	Desconfianza interpersonal	—	.30**	.32**	—
	Miedo a madurar	.34**	.32**	--	--
Monterrey	Desconfianza interpersonal	—	.30**	.31**	--
	Miedo a madurar	.32**	—	—	—
	Ineficacia	.62**	.53**	.45**	.38**
	Identificación interoceptiva	.48**	.41**	.41**	.39**
Guanajuato	Ineficacia	.73**	.71**	.61**	--
	Identificación interoceptiva	.58**	.72**	--	.36**
	Perfeccionismo	.53**	.41*	--	--
Puebla	Desconfianza interpersonal	—	—	.41**	—
	Ineficacia	.38**	—	.57**	--
	Identificación interoceptiva	—	--	.34**	--
Cd. México	Ineficacia	.33**	—	—	.39**
	Identificación interoceptiva	.33**	--	—	.33**

Nota: RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; PSP= Presión social percibida

-- correlaciones no significativas — correlaciones < .30 * $p < .05$ ** $p < .01$

Los resultados de la correlación entre los factores cognitivo-conductuales, el total del EAT y sus factores para los hombres de cada estado se muestran en la Tabla 20. Se observa que en los hombres de Toluca el miedo a madurar correlacionó moderadamente con el total del EAT y la restricción alimentaria, mientras que la desconfianza interpersonal correlacionó con la restricción alimentaria y la preocupación por la comida. La correlación más fuerte se presentó entre el miedo a madurar y el total del EAT ($r = .34$) y la más baja fue entre la desconfianza interpersonal y la restricción alimentaria ($r = .30$).

En el caso de los hombres de Monterrey, la ineficacia y la identificación interoceptiva correlacionaron con el total del EAT, la restricción alimentaria, la preocupación por la comida y la presión social percibida. La desconfianza interpersonal sólo correlacionó con la restricción alimentaria y la preocupación por la comida. La correlación más alta se presentó entre la ineficacia y el total del EAT ($r = .62$) y la más baja se presentó entre la desconfianza interpersonal y la restricción alimentaria ($r = .30$).

En cuanto a los hombres de Guanajuato los resultados indicaron que la ineficacia correlacionó con el total del EAT, la restricción alimentaria y la preocupación por la comida. La identificación interoceptiva correlacionó con el total del EAT, la restricción alimentaria y la presión social percibida. La correlación más fuerte se presentó entre la ineficacia y el total del EAT ($r = .73$), mientras que la más baja se presentó entre la identificación interoceptiva y la presión social percibida ($r = .36$).

En los hombres de Puebla, la ineficacia correlacionó con el total del EAT y preocupación por la comida, por su parte la desconfianza interpersonal y la identificación interoceptiva sólo correlacionaron con la preocupación por la comida. La correlación más alta se presentó entre la ineficacia y la preocupación por la comida ($r = .57$) mientras que la más baja entre la identificación interoceptiva y la preocupación por la comida ($r = .34$).

Los resultados para los hombres de la Ciudad de México indicaron que la ineficacia y la identificación interoceptiva correlacionaron con el total del EAT y la presión social percibida. La correlación más importante se presentó entre la ineficacia y la presión social percibida ($r = .39$) y la más baja entre la ineficacia y el total del EAT, así como entre la identificación interoceptiva, el total del EAT y la presión social percibida ($r = .33$, en todos los casos).

En general se encontró que en dos de las ciudades participantes la ineficacia correlacionó con el total del EAT (Guanajuato y Monterrey). Sólo en la muestra de Guanajuato el perfeccionismo se asoció significativamente con el EAT y la restricción alimentaria.

La Tabla 21 muestra los resultados de las correlaciones entre los factores cognitivo-conductuales (EDI), el total del BULIT y sus factores para los hombres de cada ciudad. Se puede observar que en el caso de los hombres de Toluca la ineficacia correlacionó de forma moderada con el total de BULIT y sus tres factores. La correlación más fuerte se presentó entre la ineficacia y el total del BULIT ($r = .47$) y la más baja se presentó entre la ineficacia y las conductas compensatorias ($r = .35$).

Tabla 21. Coeficientes de Correlación r de Pearson entre los factores cognitivo-conductuales, el total del BULIT y sus factores para los hombres de cada ciudad.

Ciudad	EDI	BULIT			
		Total	AT	SENEG	COCOM
Toluca	Ineficacia	.47**	.36**	.45**	.35**
Monterrey	Miedo a madurar	.40**	.38**	—	—
	Ineficacia	.42**	.38**	.30**	.39**
Guanajuato	Ineficacia	.35*	.33*	.44*	--
	Identificación interoceptiva	.37*	.42*	.37*	--
	Perfeccionismo	--	--	--	-.34*

Nota: AT = Atracón; SENEG = Sentimientos negativos posteriores al atracón; COCOM= Conductas compensatorias

-- correlaciones no significativas — correlaciones < .30 * $p < .05$ ** $p < .01$

En el caso de los hombres de Monterrey los resultados mostraron que la ineficacia correlacionó moderadamente con el total del BULIT y sus tres factores; el miedo a madurar sólo correlacionó con el total del BULIT y el atracón, dándose la correlación más fuerte entre la ineficacia y el total del BULIT ($r = .42$), mientras que la correlación más baja se presentó entre la ineficacia y los sentimientos negativos posteriores al atracón ($r = .30$).

Respecto a los hombres de Guanajuato, la ineficacia y la identificación interoceptiva correlacionaron con el total del BULIT, el atracón y los sentimientos negativos posteriores al atracón, mientras que el perfeccionismo correlacionó de manera negativa con las conductas compensatorias. La correlación más fuerte se presentó entre la identificación interoceptiva y el atracón ($r = .42$) y la más baja entre la ineficacia y el atracón ($r = .33$).

En general, la ineficacia correlacionó en mayor medida con el total del BULIT en dos de las cinco ciudades participantes (Toluca y Monterrey), además de ser la característica que se asoció significativamente con el total del BULIT y sus factores en Toluca, Monterrey y Guanajuato. Cabe señalar que en Puebla y la Cd. de México no se encontraron correlaciones mayores a .30.

DISCUSION

El objetivo de la presente investigación fue evaluar y comparar la presencia de sintomatología de TCA y los factores cognitivo-conductuales asociados a estas psicopatologías en jóvenes universitarios de cinco ciudades de la República Mexicana (Toluca, Monterrey, Guanajuato, Puebla y Ciudad de México), para ello participaron 1240 jóvenes universitarios.

Los resultados obtenidos en este estudio revelaron que un mayor porcentaje de mujeres presentaron sintomatología de TCA (14.35% de la muestra total), en comparación con los hombres (6.04% de la muestra total). Estos resultados se encuentran dentro del rango de los porcentajes encontrados en otros estudios nacionales que han utilizado los mismos instrumentos de tamizaje, el cual fluctúan entre el 13% y el 18.5% en las mujeres, mientras que en los hombres fluctúa del 2% al 18% (Vázquez, Fuentes, Baez, Alvarez & Mancilla 2002; Gutiérrez & Romero, 2003; Vázquez et al., 2004; Vázquez et al., 2005). Aún cuando en los estudios citados el porcentaje de casos con sintomatología de TCA corresponde únicamente a muestras de la Ciudad de México, los datos de la presente investigación -que agrupan cinco ciudades- fueron similares. Comparando los resultados del presente estudio con los generados en el contexto internacional, se observa que los porcentajes son mayores a los encontrados en algunas investigaciones donde se han utilizado los mismos instrumentos de tamizaje. Por ejemplo, Franco, Tamburrino, Carroll y Bernal (1988) reportaron que el 3.5% de los hombres de su muestra presentaban sintomatología de TCA, mientras que Pérez-Gaspar et al. (2000) reportaron el 11.1% de las mujeres. En un estudio en el que participaron hombres y mujeres españolas se encontró que el 22.61% de la muestra total, incluyendo ambos géneros, presentaron sintomatología de TCA (Pelaez, Labrador & Raich, 2006), este porcentaje es similar al obtenido en el presente estudio.

Considerando los resultados obtenidos en cuanto a género, se confirma que una cantidad significativamente mayor de mujeres presenta sintomatología de TCA en comparación con los hombres, resultado que es consistente tanto con estudios nacionales (Chávez et al., 2004; Vázquez et al., 2004; Vázquez et al., 2005) como internacionales (Acosta & Gómez, 2003; Lee et al., 1996; Yates et al., 2004). No obstante, es necesario considerar que un porcentaje importante de hombres presentaron sintomatología de TCA, por lo que es necesario poner mayor atención en esta población.

Respecto al tipo de sintomatología se encontró que en cuatro de las cinco ciudades (Toluca, Monterrey, Guanajuato y Ciudad de México) la sintomatología con mayor presencia en los hombres fue la de BN, resultado que coincide con el estudio de Alvarez et al. (2003), quienes en la muestra de Monterrey ya habían encontrado que casi la tercera parte de los participantes exhibían sintomatología de TCA, destacando en los hombres la sintomatología de BN y en las mujeres la sintomatología mixta. Este último hallazgo coincidió en dos de las cinco ciudades participantes en este estudio, Puebla y Ciudad de México, lugares en donde también la sintomatología mixta se presentó en mayor porcentaje en las mujeres.

Analizando los resultados obtenidos por ciudad destacan los encontrados en Monterrey, donde se identificó la mayor presencia tanto de sintomatología de TCA como de conductas para el control de peso. Este resultado es consistente con el de Gutiérrez y Romero (2003), quienes al comparar muestras de la Ciudad de México y Monterrey encontraron que en la última se presentó mayor sintomatología de TCA. Una posible hipótesis sobre este resultado sugiere es que al ser Monterrey una ciudad cerca de la frontera con los Estados Unidos, es probable que esté más influida por el tipo de alimentación, así como por los estándares de belleza vigentes. Al respecto, Gómez-Peresmitré y Acosta (2002) mencionan que dada la cercanía que mantienen México y Estados Unidos, país líder en el culto a la delgadez, es altamente probable que haya implicaciones ideológicas que conllevan no sólo la globalización económica, también mayor facilidad de promover la delgadez como ideal corporal. Otro aspecto que puede

explicar este resultado es que los participantes de Monterrey vivían dentro del campus universitario, lo cual puede influir en el desarrollo de la sintomatología de TCA. En relación a este dato, Hoerr, Bokram, Lugo, Bivins y Keast (2002) encontraron que las personas que vivían dentro de los campus presentaron un mayor riesgo de padecer sintomatología de TCA, esto puede explicarse porque la convivencia cotidiana entre pares favorece el modelamiento de conductas alimentarias no saludables así como la internalización del estereotipo de delgadez. Por tanto, se sugiere realizar estudios con el fin de explicar si la mayor presencia de sintomatología de TCA en los jóvenes de Monterrey se debe al hecho de vivir en el campus universitario o bien por la cercanía con un país que influye en su forma de alimentación y la valoración del cuerpo.

En un intento de comparar lo encontrado en esta investigación con lo que sucede en con el contexto nacional, se consideraron los resultados de la ENSANUT 2006 en donde se encontró que los participantes de la Ciudad de México presentaron mayores conductas de control de peso, mientras que en la presente investigación, en general, fue en la muestra de Monterrey en la que se obtuvieron los mayores porcentajes de dichas conductas.

Anteriormente se consideraba que los TCA eran patologías propias de sociedades occidentales desarrolladas, los estudios realizados en culturas no occidentales en la década de los 70s y 80s, parecían apoyar esta idea; sin embargo, actualmente las investigaciones muestran un incremento en la incidencia de los TCA en sociedades con características socioeconómicas y culturales diversas. Por ejemplo, en ciudades no occidentales, como Irán, se encontró que el 24.16% de las mujeres de su muestra presentan riesgo de desarrollar algún TCA (Nobakht & Dezhkam, 2000). Los resultados de la presente investigación son similares a los que se han reportado en ciudades económicamente desarrolladas o industrializadas, por ejemplo España y Estados Unidos. Esto sugiere que actualmente los TCA no son exclusivos de los países industrializados, la propagación de la cultura de la delgadez y la instauración de

conductas y actitudes alimentarias anómalas ha llegado a diversos lugares, incluso aquellos que están alejados de la modernidad y la prosperidad económica (Parekh & Schmidt, 2003). Así, se confirma lo mencionado por Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Manríquez y Román (1998) quienes refirieron que en la actualidad los TCA no se presentan únicamente en países desarrollados, se están extendiendo hacia sociedades en las que no predomina el alto desarrollo económico.

En cuanto a los componentes de TCA, evaluados con el EAT y el BULIT, se encontró que fueron las mujeres, específicamente las de Monterrey, quienes obtuvieron una mayor puntuación en el EAT. Es importante resaltar que en esta misma muestra se encontró que un mayor porcentaje había realizado cuatro o más dietas en el último año, además fueron quienes obtuvieron una mayor puntuación en el factor restricción alimentaria del EAT. Dicho resultado es consistente con lo reportado en la literatura tanto a nivel nacional (Chávez et al., 2004; Vázquez et al., 2005) como internacional (Davis & Katzman, 1998; Liebman et al., 2001; Tamim et al., 2006). De esta manera cobra sentido lo afirmado por Toro (1996), quien menciona que desde épocas pasadas las mujeres han sido educadas para restringir más su alimentación, pues está asociada a cierta delicadeza y finura, mientras que el comer en exceso es considerado de mala educación y glotonería.

Respecto a los síntomas de BN evaluados con el BULIT se encontró que, en general, los hombres presentaron en mayor medida el atracón y las conductas compensatorias. Este resultado puede interpretarse considerando a Andersen (1996, como se cita en Alvarez et al., 2003) quien mencionó que el concepto de atracón es visto de manera diferente entre hombres y mujeres. Los síntomas que suponen la BN pueden resultar de cierta permisividad social sobre la ingesta excesiva en los varones, la cual puede corresponder a los patrones culturales diferenciales entre géneros. No obstante, las mujeres presentaron mayores sentimientos negativos posteriores al atracón, lo cual indica que a pesar de ser

quienes presentan en menor medida la conducta de atracón, en ellas quizá esté más ligado a sentimientos de culpa y frustración.

Un dato interesante fue encontrar que los hombres realizaban con mayor frecuencia conductas compensatorias para el control de peso, específicamente vómito y ejercicio excesivo, contrario a lo reportado en la mayoría de los estudios tanto internacionales (Davis & Katzman, 1998; Liebman et al., 2001; Middleman et al., 1998; Tamim et al., 2006) como nacionales (Chávez et al., 2004, Bojorquez et al., 2004). No obstante, Vázquez et al. (2005) encontraron que el 1.8% de los hombres de una muestra mexicana se provocaba el vómito, contra el 1.5% de las mujeres. Esto puede indicar que actualmente las conductas compensatorias empiezan a ser frecuentes en ambos géneros, por lo que se recomienda seguir con esta línea de investigación específicamente en los hombres.

Respecto a los factores cognitivo-conductuales, se observó que las mujeres se caracterizaron por presentar mayor motivación para adelgazar e insatisfacción corporal, este resultado fue consistente con lo encontrado en estudios tanto nacionales (Alvarez et al., 2003; Guadarrama, 2003; Gutiérrez & Romero, 2003; Vázquez, et al., 2005), como internacionales (Davis y Katzman, 1999; Lameiras et al., 2003; Liebman et al., 2001). Tanto las mujeres como los hombres de la Ciudad de México mostraron mayor perfeccionismo, sin embargo, es importante resaltar que esta subescala del EDI ha mostrado ser inconsistente para evaluar la conducta perfeccionista (Franco, 2007) por lo que se sugiere tomar con cautela estos resultados.

Los resultados de las correlaciones entre el EAT y el BULIT mostraron que en las mujeres de las cinco ciudades a mayor sintomatología de AN (motivación para tener un cuerpo delgado, restricción de la alimentación y preocupación por la comida), mayores son los sentimientos negativos posteriores al atracón. En las correlaciones entre el EDI y el EAT los resultados mostraron que a mayor motivación para adelgazar mayor es la sintomatología de TCA, resultado que es

consistente con lo reportado por Alvarez et al. (2000) quienes también encontraron que la motivación para adelgazar correlacionó con la presencia de sintomatología de TCA. Al mismo tiempo, se encontró que la motivación para adelgazar correlacionó de manera positiva con la restricción alimentaria, esta relación es lógica, ya que mientras mayor es la motivación para bajar de peso, mayor es la conducta de dieta como un método para el control de peso. Estos resultados evidencian que en la búsqueda de una figura delgada las mujeres se involucran en actividades y realizan conductas no saludables y que ponen en riesgo su bienestar físico y emocional.

Finalmente, las correlaciones entre el EDI y el BULIT mostraron que, en las mujeres, a mayor motivación para adelgazar mayores fueron los sentimientos negativos posteriores al atracón en cuatro de las cinco ciudades (Monterrey, Guanajuato, Puebla y la Ciudad de México). La segunda correlación más fuerte se presentó entre la motivación para adelgazar y la presencia de sintomatología de BN, es decir, mayor presencia de atracones, sentimientos negativos posteriores al atracón y conductas compensatorias, aunque con estas últimas no fue tan constante la asociación.

En el caso de los hombres no se encontraron patrones de correlaciones tan claros como en el caso de las mujeres. Un resultado interesante fue que en algunas muestras la motivación para adelgazar se asoció con otros síntomas de TCA, igual que en el caso de las mujeres. Asimismo, en Toluca, Monterrey y Guanajuato la ineficacia fue el factor cognitivo que se asoció en mayor medida con los síntomas de TCA. Este resultado coincide con el estudio de Cerero (2008) quien encontró que en los hombres la ineficacia se asocia débilmente con sentimientos negativos posteriores al atracón y conductas compensatorias. Los resultados obtenidos en el caso de los hombres evidencian lo complejo del estudio de los TCA en esta muestra, de ahí la importancia de seguir haciendo investigaciones donde se incluya la evaluación de otras variables como la influencia de la figura musculosa, la realización de dietas para aumentar masa

muscular, etc. Al respecto, Chávez et al. (2004), mencionan que a diferencia de las mujeres, en los varones suele prevalecer una marcada tendencia a desear un cuerpo más corpulento y a mantener algunas conductas alimentarias de riesgo como la práctica excesiva de ejercicio, por lo que se sugiere que en posteriores estudios se consideren estas variables.

Las limitantes que se presentaron en esta investigación fueron las siguientes: 1) Sólo la muestra de Monterrey vivía dentro del campus universitario; 2) No fue posible tener grupos con un número similar de participantes; y 3) Los puntos de corte y las soluciones factoriales empleadas fueron derivadas en muestras de mujeres, por lo que los resultados deben interpretarse tomando en cuenta esta condición.

Considerando los resultados de la presente investigación surgen las preguntas siguientes: ¿Por qué los hombres presentan mayores conductas compensatorias para el control del peso en comparación de las mujeres?; ¿Por qué la muestra de Monterrey presentó mayor susceptibilidad a presentar sintomatología de TCA?

CONCLUSIONES

Una cantidad importante de los jóvenes universitarios de las cinco ciudades presentaron sintomatología de TCA, siendo mayor el porcentaje de mujeres en comparación con los hombres.

Las mujeres, en general, presentaron mayor preocupación por la comida, restricción alimentaria, sentimientos negativos posteriores al atracón, motivación para adelgazar e insatisfacción corporal.

Los hombres se caracterizaron por presentar en mayor medida conductas de atracón y conductas compensatorias. Este último hallazgo no fue consistente con la mayoría de la literatura, por lo que se propone continuar con esta línea de investigación.

Los resultados por ciudad mostraron que, en general, fueron los jóvenes de Monterrey (tanto hombres como mujeres) quienes presentaron mayores conductas de riesgo de TCA, por lo que se sugiere llevar a cabo más investigaciones en dicha ciudad para poder evaluar qué es lo que influye para que se presenten dichas conductas.

Las conductas alimentarias anómalas, la sintomatología de TCA y los factores cognitivos asociados a estas psicopatologías estuvieron presentes en todas las ciudades, sin importar el desarrollo económico de las mismas. Este dato apoya las evidencias que sugieren que esta problemática ha llegado a lugares suburbanos o con un desarrollo económico medio.

REFERENCIAS

- Ackard, D., Croll, J. & Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. Journal of Psychosomatic Research, 52, 129-136.
- Acosta, M. V. & Gómez, 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.
- Aguinaga, M., Fernández, L. & Varo, J. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 23(2), 1-15
- Alvarez, G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A., Haro, M. & Mancilla, J. M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujeres estudiantes. Psicología y Salud, 13 (2), 245-255.
- Alvarez, G., Mancilla, J. M., Martínez, M. & López X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 50-58.
- Alvarez, G., Mancilla, J. M. & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). Psicología Contemporánea, 7(1), 74-85.
- Alvarez, G., Mancilla, J. M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A. & Mercado, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of mexican eating disorders patients. Eating and Weight Disorders, 9, 243-248.

Álvarez, M. (2001). El gusto es nuestro. Modelos alimentarios y políticas de patrimonialización. Conferencia dictada en la sesión "Patrimonio, culturas nacionales y turismo" del II Congreso Internacional "Cultura y desarrollo", La Habana, Cuba.

Álvarez, T., Franco, K., Mancilla, J. M., Alvarez, G. & López, X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. Psicología Contemporánea, 7 (1), 26-35.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a ed. TR)*. Washington, DC, EE. UU.: Autor.

Bojorquez, I. & Unikel, C. (2004). Presence of disordered eating among Mexican teenage women from a semi-urban area: Its relation to the cultural hypothesis. European Eating Disorders Review, 12, 197-202

Brown, D. (2004). New food selections provide opportunities and challenges. Journal of the American Dietetic Association, 104 (12), 1176-1778

Celio, C., Luce, K., Bryson, S., Winselberg, A., Cunning, D., Rockwell, R. et al. (2006). Use of diet pills and other dieting aids in a college population with high weight and shape concerns. International Journal of Eating Disorders, 39 (3), 1-6.

Cerero, L. A. (2008). Identificación de factores de riesgo de Trastorno del Comportamiento Alimentario en varones mexicanos. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. International Journal of Eating Disorders, 30 (1), 28-36.

- Chamay-Weber, C., Narring, F. & Michaud, P. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. Journal of Adolescent Health, 37 (5), 417-427.
- Chávez, A., Macías, L., Gutiérrez, R., Martínez, C. & Ojeda, D. (2004). Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses. Acta Universitaria, 14 (2), 17-24.
- Davis, C. & Katzman, M. (1998). Chinese men and women in the United States and Hong Kong: Body and self-esteem ratings as a prelude to dieting and exercise. International Journal of Eating Disorders, 23, 99-102.
- Davis, C. & Katzman, M. (1999). Perfection as acculturation: Psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in the United States. International Journal of Eating Disorders, 25, 65-70.
- De la Riva, G. (1998). ¿Por qué come lo que come la población de Mérida? Cuadernos de Nutrición, 21 (5), 36-46.
- Edman, J. & Yates A. (2004). Eating attitudes among college students in Malaysia: An ethnic and gender comparison. European Eating Disorders Review, 12, 190-196.
- Franco, K. (2007). Perfeccionismo y trastornos alimentarios: Una aproximación multidimensional. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Franco, N., Tamburrino, B., Carroll., T. & Bernal., A. (1988). Eating Attitudes in collage males. International Journal of Eating Disorders, 7, 285-288.
- García-Camba, E. (2001). Avances en trastorno de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. España: Masson.

- Garner, D. (1998). EDI2. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. España: TEA Ediciones, S.A.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273-279.
- Garner, D., Olmstead, M & 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.
- Gómez-Peresmitré, G., & Acosta, M. V. (2002). Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (México/España). Psicothema, 14 (2), 221-226.
- Guadarrama, R. (2003). Evaluación y detección de sintomatología de trastornos alimentarios y factores cognitivos asociados. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Gupta, M., Chaturvedi, S., Chandarana, P. & Johnson, A. (2001). Weight-related body image concerns among 18-24-year-old women in Canada and India. An empirical comparative study. Journal of Psychosomatic Research, 50, 193-198.
- Gutierrez, M & Romero, U. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario y factores cognitivos asociados: Comparación entre estudiantes de dos poblaciones de México. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.

- Hoerr, S., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T., & Keast, D. (2002). Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. Journal of the American College of Nutrition, *21* (4), 307-314).
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez Y. & Fernández M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. International Journal of Clinical and Health Psychology, *3* (1), 23-33.
- Latzer, Y., Tzischinsky, O. & Geraisy, N. (2007). Comparative study of eating-related attitudes and psychological traits between Israeli-Arab and Jewish schoolgirls. Journal of Adolescence, *30* (4), 627-637.
- Lee, S. & Lee, A. (2000). Disordered eating in three communities of China: A comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen, and rural Hunan. International Journal of Eating Disorder. *27*, 317-327.
- Lee, S., Leung, T., Lee, A., Yu, H. & Leung C. (1996). Body dissatisfaction among Chinese undergraduates and its implications for eating disorders in Hong Kong. International Journal of Eating Disorders, *20* (1), 77-84.
- Liebman, M., Cameron, B., Carson, D., Brown, D. & Meyer, S. (2001). Dietary fat reduction behaviours in college students: Relationship to dieting status, gender and key psychosocial variables. Appetite, *36*, 51-56.
- López, M. (2004). ¿Porqué comes lo que comes?. ¿Cómo ves? *64*, 10-1.
- Mancilla, J. M., Alvarez, G., López, X., Mercado, L., Manríquez, E. & Román, M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. Psicología y Ciencia Social, *2*(1), 34-43.

- Mancilla, J. M., Franco, K., Alvarez, G., López, X., Vázquez, R. & Ocampo, T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: Exploración en una muestra comunitaria. Psicología y Ciencia Social, 6 (2), 56-65.
- Mancilla, J. M., Franco, K., Álvarez, G. & Vázquez, R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the Mexican version of the Eating Disorders Inventory. Revista Thomson Psicología, 1(2), 167-176.
- Mancilla, J. M., Franco, K., Vazquez, R., Lopez, X., Alvarez, G. & Tellez-Girón, T. (2007). A two-stage epidemiological study about prevalence of eating disorders among university females from Mexican population. European Eating Disorders Review, 15, 463-470.
- Manríquez, E. (1997). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mas B. & Molinero N. (2000). Trastornos de la alimentación: La Anorexia Nerviosa. En: F. M. Lameiras & M. Fail de Garrido (Eds.). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Del trastorno a la prevención (pp. 29-43). España: Universidad de Vigo, 29-44.
- McDonald, K. & Thompson, K. (1992). Eating disorders, body image dissatisfaction, and reasons for exercising: Gender differences and correlational findings. International Journal of Eating Disorders, 11 (3), 289-292
- Mehler, P. (2003). Bulimia Nervosa. New England Journal of Medicine, 349 (9), 875-881.
- Middleman, A. B., Vazquez, I. & Durant, R. H. (1998). Eating patterns, physical activity, and attempts to change weight among adolescents. Journal of Adolescent Health, 22, 37-42.

- Mukay, T., Tocayos, S., Kambara, K., Akiko, Y., Sasaki, M. & Yuji, A. (1998). Body dissatisfaction, need for social approval, and eating disturbances among Japanese and American collage women. Sex Roles, 38, 751-763.
- Nobakht, M. & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. International Journal of Eating Disorders, 28 (3), 265-271.
- Olaiz, G., Rivera, J. Shamah, T., Rojas R, Villalpando, S., Hernández, M., & Sepúlveda, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Palma, M. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de Nutrición, 20 (5), 21-28.
- Parekh, F. & Schmidt, R. (2003). In pursuit of an identity-fashion marketing and the development of eating disorders. British Food Journal, 105 (4/5), 220-238.
- Parry, J. & Parry, J. W. (1995). History of bulimia nervosa. En K. Brownell & C. Fairburn. Eating disorders and obesity. A Comprehensive Handbook (pp. 145-150). New York: Guilford Press.
- Pelaez, M. A., Labrador, F. J. & Raich, R. M. (2006). Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. En J. M. Mancilla & G. Gómez (Eds.) Trastornos alimentarios en Hispanoamérica (pp. 89-122). México: Manual Moderno.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., De Irala-Estévez., Martínez-González, MA., Lahortiga, F., & Cervera, S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Medicina Clínica, 14 (13), 481-486.

- Raich, R. M. (1994). Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., Mora, M., Sánchez-Carrecedo, D., Torras, J., Viladrich, M.C., Zapater, L. et al. (2001). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviours in two Spanish-speaking countries: Spain and Mexico. European Eating Disorders Review, 9, 53-63.
- Richert, A. & Hummers, J. A. (1986). Patterns of physical activity in college students at possible risk for eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 5 (4), 757-763.
- Rodríguez, M. & Gempeler, J. (2006). Los trastornos del comportamiento en Colombia. En: J. M. Mancilla & G. Gómez (Eds). Trastornos del Comportamiento Alimentario en Hispanoamérica. México: Manual Moderno.
- Smith, M. & Thelen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52 (5), 863-872.
- Tamim, H., Tamim, R., Almawi, W., Rahi, A., Shamseddeen, W., Ghazi, A. et al. (2006). Risk weight control among university students. International Journal of Eating Disorders, 39 (1), 80-83.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. España: Ariel.
- Toro, J. (2004). Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa. España: Ariel.
- Turón, G. (1997). Epidemiología y clínica de la bulimia nerviosa. Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. España: Masson.

- Vázquez, R., Fuentes, E. S., Baéz, M. V., Alvarez, G., & Mancilla, J. M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastornos alimentarios. Psicología y Salud, *12* (1), 73-82.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Franco, K., & Mancilla, J. M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. Psicología Conductual, *12* (3), 415-427.
- Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C., López, X., Álvarez, G., Ruíz, A. et al. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, *22* (1), 53-63.
- Vera, G. (1998). El Cuerpo: ¿culto o tiranía?. Psicothema, *10* (1), 111-125.
- Warren, C., Gleaves, D., Cepeda, A., Fernández, M. & Rodríguez, S. (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. International Journal of Eating Disorders, *37* (3), 241-249.
- Yates, A., Edman, J. & Aruguete, M. (2004). Ethnic differences in BMI and body/self-dissatisfaction among whites, asian subgroups, pacific islanders, and african-americans. Journal of Adolescent Health, *34* (4), 300-307.

ANEXOS

Anexo A1. Coeficientes de Correlación r de Pearson del BULIT, EAT y sus respectivos factores para las mujeres de cada ciudad.

		BULIT	EAT		
			Total	RA	PC
Toluca	Total	.55**	.46**	.49**	.07
	Sobreingesta	.45**	.31**	.43**	.06
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.53**	.47**	.40**	.00
	Conductas compensatorias	.33**	.26*	.31**	.16
Monterrey	Total	.57**	.47**	.62**	-.01
	Sobreingesta	.42**	.33**	.55**	-.08
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.68**	.59**	.59**	.04
	Conductas compensatorias	.31**	.23**	.35**	.17*
Guanajuato	Total	.54**	.32**	.44**	.01
	Sobreingesta	.39**	.24*	.32**	-.06
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.69**	.48**	.59**	.14
	Conductas compensatorias	.33**	.34**	.17	.02
Puebla	Total	.54**	.52**	.36**	.16*
	Sobreingesta	.37**	.34**	.33**	.08
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.56**	.59**	.31**	.10
	Conductas compensatorias	.36**	.35**	.28**	.27**
Cd. México	Total	.57**	.44**	.46**	.12
	Sobreingesta	.42**	.28**	.42**	.04
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.60**	.52**	.48**	.10
	Conductas compensatorias	.34**	.26**	.17*	.06

RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; PSP= Presión social percibida.

* $p < .05$ ** $p < .01$

Anexo A2. Coeficientes de Correlación r de Pearson del BULIT, EAT y síntomas del EDI para las mujeres de cada ciudad./

ED I	BULIT				EAT				
	Total	AT	SENEG	COCOM	Total	RA	PC	PSP	
Toluca	Motivación para adelgazar	.80**	.72**	.75**	.44**	.53**	.53**	.46**	-.10
	Insatisfacción corporal	.51**	.40**	.53**	.29**	.22*	.21*	.03	.04
Monterrey	Motivación para adelgazar	.65**	.53**	.71**	.20**	.72**	.61**	.55**	.06
	Insatisfacción corporal	.45**	.36**	.37**	.29**	.27**	.23**	.35**	-.07
Guanajuato	Motivación para adelgazar	.66**	.49**	.77**	.24*	.77**	.52**	.61**	.13
	Insatisfacción corporal	.58**	.47**	.62**	.18	.53**	.29**	.47**	.00
Puebla	Motivación para adelgazar	.65**	.51**	.67**	.33**	.74**	.71**	.41**	.15*
	Insatisfacción corporal	.45**	.32**	.46**	.14*	.45**	.36**	.36**	.07
Cd. México	Motivación para adelgazar	.59**	.47**	.64**	.30**	.72**	.61**	.43**	.21**
	Insatisfacción corporal	.42**	.32**	.46**	.17*	.46**	.33**	.26**	.19**

AT = Atracón; SENEG= Sentimientos negativos posteriores al atracón; COCOM= Conductas compensatorias; RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; PSP= Presión social percibida.

* $p < .05$ ** $p < .01$

Anexo A3. Coeficientes de Correlación r de Pearson del BULIT, EAT y sus respectivos factores para los hombres de cada ciudad.

		BULIT	EAT			
			Total	RA	PC	PSP
Toluca	Total	.21*	.23*	.24*	.07	
	Sobreingesta	.20	.15	.30**	.07	
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.19	.23	.16	.02	
	Conductas compensatorias	.20	.25*	.21*	.11	
Monterrey	Total	.46**	.46**	.34**	.28**	
	Sobreingesta	.42**	.42**	.33**	.27**	
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.39**	.36**	.23*	.25**	
	Conductas compensatorias	.41**	.45**	.28**	.26**	
Guanajuato	Total	.66**	.67**	.15	.28	
	Sobreingesta	.64**	.64**	.11	.52**	
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.71**	.67**	.32	.20	
	Conductas compensatorias	-.06	-.05	-.02	.03	
Puebla	Total	.16	.11	.09	.01	
	Sobreingesta	.12	.11	.08	-.08	
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.21*	.19*	.01	.10	
	Conductas compensatorias	.14	.07	.19*	.22*	
Cd. México	Total	.26**	.21*	.14	.13	
	Sobreingesta	.16	-.01	.19*	.09	
	Sentimientos negativos posteriores al atracón	.29**	.42**	.06	.13	
	Conductas compensatorias	.18*	.32**	.17	.09	

RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; PSP= Presión social percibida.

* $p < .05$ ** $p < .01$

Anexo A4. Coeficientes de Correlación r de Pearson del BULIT, EAT y síntomas del EDI para los hombres de cada ciudad.

EDI		BULIT				EAT			
		Total	SOB	SENEG	COCOM	Total	RA	PC	PSP
Toluca	Motivación para adelgazar	.38**	.28**	.44**	.11	.16	.16	-.01	.05
	Insatisfacción corporal	.15	.09	.16	.12	-.02	.24*	-.05	-.08
Monterrey	Motivación para adelgazar	.40**	.32**	.43**	.28**	.49**	.47**	.21*	.25**
	Insatisfacción corporal	.45**	.38**	.42**	.16	.28**	.21*	.22*	.25**
Guanajuato	Motivación para adelgazar	.72**	.67**	.79**	-.11	.92**	.90**	.40	.38
	Insatisfacción corporal	.48*	.46*	.57**	-.15	.62**	.40	.36	.03
Puebla	Motivación para adelgazar	.31**	.27**	.27**	.11	.41**	.40**	.42**	.00
	Insatisfacción corporal	.10	.05	.11	.03	.20*	.23*	.35**	.09
Cd. México	Motivación para adelgazar	.43**	.30**	.44**	.22*	.45**	.37**	.07	.23*
	Insatisfacción corporal	.34**	.31**	.32**	.04	.23*	.19*	.03	.12

AT = Atracón; SENEG= Sentimientos negativos posteriores al atracón; COCOM= Conductas compensatorias; RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; PSP= Presión social percibida.

* $p < .05$ ** $p < .01$

Anexo A5. Coeficientes de Correlación r de Pearson del total del EDI y sus factores con el total del EAT y sus respectivos factores para las mujeres de cada ciudad.

EDI		EAT			
		Total	RA	PC	PSP
Toluca	Total	.61**	.49**	.45**	.10
	Desconfianza interpersonal	.34**	.24*	.28**	.15
	Miedo a madurar	.43**	.26*	.49**	.23*
	Ineficacia	.47**	.37**	.32**	-.05
	Identificación interoceptiva	.15	.11	.04	-.14
	Perfeccionismo	.20	.20	.04	.19
Monterrey	Total	.63**	.50**	.62**	.06
	Desconfianza interpersonal	.15*	.15*	.23**	.00
	Miedo a madurar	.22**	.16*	.27**	.05
	Ineficacia	.34**	.22**	.36**	.10
	Identificación interoceptiva	.34**	.20**	.29**	.12
	Perfeccionismo	.18**	.14*	.08	.03
Guanajuato	Total	.61**	.31**	.53**	.08
	Desconfianza interpersonal	.09	-.06	.06	.03
	Miedo a madurar	.03	.02	.04	-.08
	Ineficacia	.15	-.06	.17	.15
	Identificación interoceptiva	.24*	.00	.23*	-.11
	Perfeccionismo	.26**	.17	.26**	.07
Puebla	Total	.71**	.56**	.61**	.22**
	Desconfianza interpersonal	.19**	.15*	.27**	.01
	Miedo a madurar	.32**	.22**	.32**	.16*
	Ineficacia	.40**	.25**	.53**	.10
	Identificación interoceptiva	.44**	.27**	.44**	.26**
	Perfeccionismo	.18**	.16*	.06	.09
Cd. México	Total	.61**	.46**	.40**	.28**
	Desconfianza interpersonal	.19**	.11	.23**	.06
	Miedo a madurar	.23**	.14*	.06	.22**
	Ineficacia	.26**	.19**	.23**	.15*
	Identificación interoceptiva	.36**	.30**	.28**	.10
	Perfeccionismo	.07	.08	.01	.03

RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; PSP= Presión social percibida.

* $p < .05$ ** $p < .01$

Anexo A6. Coeficientes de Correlación r de Pearson del total del EDI y sus factores con el total del BULIT y sus respectivos factores para las mujeres de cada ciudad.

	EDI	BULIT			
		Total	AT	SENEG	COCOM
Toluca	Total	.76**	.69**	.62**	.44**
	Motivación para adelgazar	.80**	.72**	.75**	.44**
	Desconfianza interpersonal	.36**	.34**	.22*	.25*
	Insatisfacción corporal	.51**	.40**	.53**	.29**
	Miedo a madurar	.39**	.44**	.34**	.18
	Ineficacia	.49**	.46**	.43**	.30**
	Identificación interoceptiva	.18	.24*	.10	.08
	Perfeccionismo	.00	-.01	-.00	.13
Monterrey	Total	.71**	.62**	.64**	.35**
	Motivación para adelgazar	.65**	.53**	.71**	.20**
	Desconfianza interpersonal	.30**	.29**	.21**	.21**
	Insatisfacción corporal	.45**	.36**	.37**	.29**
	Miedo a madurar	.33**	.31**	.26**	.30**
	Ineficacia	.34**	.25**	.28**	.35**
	Identificación interoceptiva	.35**	.28**	.32**	.27**
	Perfeccionismo	-.02	-.02	.03	-.17*
Guanajuato	Total	.73**	.59**	.75**	.185
	Motivación para adelgazar	.66**	.49**	.77**	.24*
	Desconfianza interpersonal	.30**	.25*	.25*	-.05
	Insatisfacción corporal	.58**	.47**	.62**	.18
	Miedo a madurar	.11	.11	.08	.02
	Ineficacia	.40**	.30**	.43**	.04
	Identificación interoceptiva	.48**	.41**	.47**	.11
	Perfeccionismo	.24*	.13	.30**	-.14
Puebla	Total	.58**	.52**	.54**	.26**
	Motivación para adelgazar	.65**	.51**	.67**	.33**
	Desconfianza interpersonal	.13	.15*	.11	.01
	Insatisfacción corporal	.45**	.32**	.46**	.14*
	Miedo a madurar	.36**	.41**	.27**	.13
	Ineficacia	.29**	.27**	.27**	.15*
	Identificación interoceptiva	.25**	.29**	.18**	.21**
	Perfeccionismo	-.02	-.05	.00	-.13
Cd. México	Total	.52**	.41**	.52**	.31**
	Motivación para adelgazar	.59**	.47**	.64**	.30**
	Desconfianza interpersonal	.24**	.18**	.17*	.21**
	Insatisfacción corporal	.42**	.32**	.46**	.17*
	Miedo a madurar	.14*	.10	.13	.10
	Ineficacia	.26**	.21**	.22**	.28**
	Identificación interoceptiva	.20**	.16*	.22**	.15*
	Perfeccionismo	.00	-.05	.08	-.03

AT = Atracón; SENEG= Sentimientos negativos posteriores al atracón; COCOM= Conductas compensatorias.

* $p < .05$

** $p < .01$

Anexo A7. Coeficientes de Correlación *r* de Pearson del total del EDI y sus factores con el total del EAT y sus respectivos factores para los hombres de cada ciudad.

EDI		EAT			
		Total	RA	PC	PSP
Toluca	Total	.40**	.38**	.25*	.29*
	Desconfianza interpersonal	.29**	.30**	.32**	.29**
	Miedo a madurar	.34**	.32**	.10	.25
	Ineficacia	.11	.13	.07	.05
	Identificación interoceptiva	.25*	.15	-.01	.20
	Perfeccionismo	.13	.04	.04	.15
Monterrey	Total	.67**	.60**	.52**	.41**
	Desconfianza interpersonal	.27**	.30**	.31**	.04
	Miedo a madurar	.32**	.29**	.20*	.16
	Ineficacia	.62**	.53**	.45**	.38**
	Identificación interoceptiva	.48**	.41**	.41**	.39**
	Perfeccionismo	.02	-.04	.07	-.01
Guanajuato	Total	.84**	.79**	.37	.28
	Desconfianza interpersonal	.16	.06	.05	.03
	Miedo a madurar	-.19	-.19	-.04	-.16
	Ineficacia	.73**	.71**	.61**	.21
	Identificación interoceptiva	.58**	.72**	-.01	.36
	Perfeccionismo	.53**	.41*	.25	.11
Puebla	Total	.44**	.32**	.55**	.13
	Desconfianza interpersonal	.26**	.21*	.41**	.10
	Miedo a madurar	.23*	.20*	.31**	.23*
	Ineficacia	.38**	.21*	.57**	.13
	Identificación interoceptiva	.23*	.09	.34**	-.03
	Perfeccionismo	-.00	-.11	-.22*	-.15
Cd. México	Total	.46**	.24**	.22*	.38**
	Desconfianza interpersonal	.02	-.01	.11	.06
	Miedo a madurar	.28**	.11	.20*	.22*
	Ineficacia	.33**	.21*	.18*	.39**
	Identificación interoceptiva	.33**	.06	.18*	.33**
	Perfeccionismo	.07	-.06	-.19*	.16

RA= Restricción alimentaria; PC= Preocupación por la comida; PSP= Presión social percibida.

* $p < .05$

** $p < .01$

Anexo A8. Coeficientes de Correlación r de Pearson del total del EDI y sus factores con el total del BULIT y sus respectivos factores para los hombres de cada ciudad.

EDI		BULIT			
		Total	AT	SENEG	COCOM
Toluca	Total	.42**	.34**	.34**	.26*
	Desconfianza interpersonal	.19	.16	.12	.12
	Miedo a madurar	.15	.11	.05	.13
	Ineficacia	.47**	.36**	.45**	.35**
	Identificación interoceptiva	.28**	.23**	.22*	.23*
	Perfeccionismo	-.04	-.04	-.11	-.06
Monterrey	Total	.58**	.52**	.46**	.38**
	Desconfianza interpersonal	.21*	.17	.06	.12
	Miedo a madurar	.40**	.38**	.26**	.26**
	Ineficacia	.42**	.38**	.30**	.39**
	Identificación interoceptiva	.25**	.21*	.21*	.21*
	Perfeccionismo	-.09	-.04	-.09	-.23**
Guanajuato	Total	.70**	.63**	.67**	-.14
	Desconfianza interpersonal	.26	.34	.09	-.07
	Miedo a madurar	-.06	-.24	-.19	-.30
	Ineficacia	.35*	.33*	.44*	-.07
	Identificación interoceptiva	.37*	.42*	.37*	-.21
	Perfeccionismo	.23	.26	.27	-.34*
Puebla	Total	.26**	.17	.21*	.17
	Desconfianza interpersonal	-.00	-.06	-.01	-.00
	Miedo a madurar	.09	.02	.09	.07
	Ineficacia	.10	.01	.05	.22*
	Identificación interoceptiva	.00	.01	-.01	.00
	Perfeccionismo	.19*	.18	.08	.00
Cd. México	Total	.44**	.36**	.26**	.22*
	Desconfianza interpersonal	.28**	.25**	.08	.25**
	Miedo a madurar	.22*	.18	.10	.08
	Ineficacia	.26**	.14	.20*	.21*
	Identificación interoceptiva	.22*	.15	.10	.19*
	Perfeccionismo	-.00	-.01	-.06	-.003

AT = Atracón; SENEG= Sentimientos negativos posteriores al atracón; COCOM= Conductas compensatorias.

* $p < .05$

** $p < .01$