



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
I Z T A C A L A**

**PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DE
BULIMIA NERVIOSA EN MUJERES: ANÁLISIS DEL
PERIODO 1994-2007**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MAYARO ORTEGA LUYANDO

DIRECTORA: DRA. GEORGINA L. ALVAREZ RAYÓN
ASESORES: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
DRA. XOCHITL LÓPEZ AGUILAR

Trabajo apoyado por CONACyT (U 50305-H)



Tlalnepantla, Estado de México, Abril de 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 Lucerito...

*Eres parte de este triunfo,
cada letra escrita en esta tesis
es una muestra de todo el amor
y admiración que te tengo.
Gracias por enseñarme con tu ejemplo,
a ser dedicada en todo lo que hago,
gracias por enseñarme que las cosas
hechas con amor, siempre salen mejor.
¡Te quiero mamita!*

A mi papá...

*Gracias porque cada llamada tuya,
ha sido una charla llena de sabiduría.
Por tus cartitas y tus pinturas
matizadas con tanto amor.
Gracias por mostrarme en ese telescopio,
que las estrellas más hermosas,
son las que brillan en ese universo
al que llamamos cerebro.*

A Yemeli...

*Ay hermanita,
eres mi gran ejemplo a seguir,
tú siempre tan luchona, tan fuerte, tan valiente,
tan tenaz, tan diferente, tan brillante...
Gracias por defenderme como
el hermano mayor que nunca tuvimos,
por reírnos hasta las lágrimas y,
por viajar a la velocidad del pensamiento para estar
en los momentos más importantes de mi vida.
Gracias por demostrarme que no importa
cuan difícil o absurdo parezca,
mientras tenga fe en mi,
cualquier cosa es posible.*

A GINA y Juan Manuel...

*Por darme la oportunidad de pertenecer al PIN,
por la confianza, la dedicación,
la PACIENCIA,
las horas invertidas en este proyecto,
por todas sus enseñanzas,
y sobre todo por su amistad.*

A Ely y Ady...

*Por el apoyo incondicional desde el primer día,
por todas las aventuras compartidas,
porque no pasa un sólo día
sin que agradezca el haber encontrado
a dos maravillosas amigas.*

A Lety, Brenda, Maricruz y Vero...

*Por ser tan compartidas,
por todas las bromas,
por siempre cargar con oídos dispuestos
y manos listas para ayudar.
¡¡MUCHAS GRACIAS!!*

A todos los integrantes del PIN

*Xóchitl, Rosalía, Vero, Trini, Erick, Meli
por siempre mostrar interés en todos los tesistas y
por hacer un ambiente de trabajo
tan lindo y agradable.*

A mis GRANDES AMIGOS...

*Carmen, Magali, Lulú, Ricardo, Randy, Angüis y Boni,
por ser cómplices de mis locuras y
dejarme ser parte de las suyas.
Gracias por estar en mi vida.*

*“La ciencia no nos ha enseñado aún si la locura es o no,
lo más sublime de la inteligencia”*

Edgar Allan Poe

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES.....	8
1. Trastornos de la conducta alimentaria.....	8
2. Investigación epidemiológica.....	14
3. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria.....	16
3.1. Ámbito internacional.....	16
3.2. Ámbito nacional.....	24
OBJETIVOS.....	30
MÉTODO.....	31
Tipo de investigación y de diseño.....	31
Muestra.....	31
Instrumentos.....	32
Definición de Variables.....	33
Procedimiento.....	36
RESULTADOS.....	40
Análisis Descriptivo.....	40
Análisis Inferencial.....	45
DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIONES.....	56
REFERENCIAS.....	58

RESUMEN

En el caso específico de la Bulimia Nerviosa (BN) y las formas no específicas de TCA (o TCANE) se ha encontrado un importante incremento en su prevalencia y, por ende, una mayor presencia de conductas bulímicas entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes. No obstante, la investigación epidemiológica ha sido escasa, con pocos estudios retrospectivos que analicen los posibles cambios sobre el tiempo en cuanto a las formas no clínicas de este TCA. Por tanto, el propósito del presente estudio fue evaluar los cambios en la prevalencia de la sintomatología de BN en jóvenes estudiantes residentes en la zona metropolitana de la Ciudad de México, esto a lo largo de un periodo de 14 años, divididos en seis cohortes. La muestra fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 3400 mujeres de entre 15 y 30 años de edad. Se retomaron 11 ítems y la puntuación total del Test de Bulimia y 2 ítems del Test de Actitudes Alimentarias. Los resultados indican que la prevalencia de la sintomatología de BN permaneció estable durante 1994-2005 (13-16%), pero con una drástica disminución para 2006-2007 (9%, $p \leq 0.05$). En general, en cuanto al atracón, éste se mantuvo relativamente estable entre 1994 y 1997, pero con reducciones significativas para 2000-2007, principalmente en los últimos dos años. Con lo que respecta a las conductas purgativas, el vómito mostró una relativa estabilidad –con tendencia al decremento– a través de las seis cohortes, encontrando su pico más alto en 2002-2003; mientras que el consumo de laxantes y diuréticos, en general, registró estabilidad en el periodo 1994-1997, para disminuir en 2000-2001 ($p \leq 0.01$) y, a partir de ahí mantenerse relativamente estable hasta 2006-2007. En cuanto a las conductas no purgativas, la tasa de ayuno o dietas intensivas incrementó significativamente en 1996-1997 ($p \leq 0.05$), manteniéndose estable hasta 2005, ya que en 2006-2007 disminuyó ($p \leq 0.05$), regresando al nivel de la observada inicialmente; en tanto que la prevalencia del ejercicio excesivo también incrementó en 1996-1997 ($p \leq 0.0001$) y se mantuvo estable hasta 2001, para decrementar en 2002-2003 ($p \leq 0.05$), manteniéndose con mínimas variaciones. Se concluye que en las mujeres evaluadas entre 1994-2007, la prevalencia de la sintomatología de BN y de sus síntomas muestra una tendencia general al decremento, particularmente en el último periodo evaluado (2006-2007).

INTRODUCCIÓN

En México existe una problemática que ha generado un creciente interés entre los profesionales de la salud, la cual tiene que ver con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Aunque no puede decirse que sean trastornos “nuevos” dentro de nuestra sociedad, su investigación –ya sistemática– es relativamente reciente, sumando apenas tres lustros.

Si se habla a profundidad de los conceptos “alimentación” o “conducta alimentaria”, se cae en cuenta que son fenómenos altamente complejos, ya que involucran factores como la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales e incluso, los estados de ánimo; por lo que el estudio de la conducta alimentaria tiene que ir más allá de su base biológica, tomando en cuenta que el individuo es un ser biopsicosocial. Al respecto, se advierte que el comportamiento alimentario representa una forma de intercambio del individuo con su entorno, a partir de esto, se puede decir que la comida deja de ser simple alimento para revestirse de múltiples significados que van más allá de lo nutricional y, ejemplo de ello, son los TCA (Alvarez, Mancilla, Martínez & López, 1998).

Los TCA son problemáticas que han evolucionado a través de los años, atravesando las diferentes culturas, etnias, edades, estatus económicos y sexos. Pero en el caso específico de la Bulimia Nerviosa (BN), se ha encontrado que a partir de la segunda mitad del siglo XX ha afectado en mayor medida a mujeres adolescentes y adultas jóvenes, llegando a constituirse un grave problema de salud pública. Este incremento puede ser atribuido a la interiorización del ideal de delgadez, la cual ocurre cuando hay una firme creencia de que la gordura es mala y se “debe ser” delgada, debido a que dicha complejión se asocia automáticamente con la belleza, la elegancia, el prestigio, la juventud, la aceptación social, etc., apareciendo como pieza clave para lograr el éxito (Becker & Fay, 2006).

Otro factor que es considerado importante para el desarrollo de este trastorno son los medios de comunicación, al ser los principales expositores de imágenes de cuerpos esbeltos junto con constantes mensajes verbales que, sutil o burdamente, propician interiorización de la cultura de la delgadez. Asimismo, la moda y la publicidad, con el fin de generar mayores ventas, incitan más a adelgazar que a mantener una buena salud (King, Touyz & Charles, 2000, como se cita en: Guerra-Prado 2001).

Sin embargo, en los últimos años algunas investigaciones tanto internacionales como nacionales han reportado variaciones que sugieren disminución en la prevalencia de este trastorno, haciéndonos poner especial atención en este escenario, debido a que probablemente mientras disminuye la presencia del síndrome, aumenta la presencia de su sintomatología.

Para determinar esto es necesaria la investigación epidemiológica, misma que ha sido escasa en México y, sobre todo, no se han registrado estudios retrospectivos que profundicen lo suficiente en la BN, al grado de estudiar las fluctuaciones de cada uno de sus síntomas para establecer determinados patrones que ayuden a orientar o predecir los posibles cambios sobre los aspectos coadyuvantes al trastorno.

Es por esto que resulta necesario realizar estudios que permitan evaluar los cambios sobre el tiempo en cuanto a la prevalencia de la sintomatología de BN, en tanto casos con mayor riesgo, pero además de la prevalencia de sus principales síntomas: el atracón y las conductas compensatorias. Por tanto, el objetivo general de la presente investigación fue evaluar los cambios en la prevalencia de la sintomatología de BN y de sus síntomas en jóvenes estudiantes residentes de la zona metropolitana de la Ciudad de México, a lo largo de un periodo de 14 años. Con el fin de contribuir con una mejor y más actualizada información sobre la temática, con vistas a poder aportar conocimiento básico que posteriormente se refleje en el diseño de programas tanto de prevención como de intervención, así como apoyar en la actualización o modificación de los criterios diagnósticos utilizados para determinar quién presenta o no el trastorno.

ANTECEDENTES

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los TCA o *trastornos de la conducta alimentaria*, como se les conoce más comúnmente, refieren a aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos relacionados con la ingesta, cuya base se encuentra en una alteración psicológica que se complementa con distorsión de la percepción corporal y miedo intenso a la obesidad (Mancilla et al., 2006).

Los síndromes alimentarios mejor especificados son la Anorexia Nerviosa (AN) y la BN, cuadros psicopatológicos que están vinculados en gran medida, ya que según Behar (2004) “comparten ciertos rasgos clínicos y, al mismo tiempo, un importante número de pacientes cambian de una constelación sindromática a otra durante la evolución del trastorno” (p. 17). Sin embargo, existe otra categoría diagnóstica, incluida desde la cuarta versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* ([DSM-IV], American Psychiatric Association [APA], 1994), denominada Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos (TCANE), en la cual se incluyen aquellos trastornos del comer que no cumplen en su totalidad con los criterios diagnósticos para AN o BN, pero que pueden ser igualmente graves, ya que se ha reportado que no existen diferencias en el grado de insatisfacción corporal y otros síntomas cognitivos entre las mujeres que tienen AN o BN y las que sólo presentan un TCANE (Keel et al., 2004, como se cita en: Holm-Denoma, Gordon & Joiner, 2007), quienes también experimentan significativo deterioro psicosocial y alta insatisfacción respecto a su vida (Dancyger & Garfinkel, 1995), sugiriendo que los TCANE no sólo representan a la mayoría de los casos que acuden a solicitar tratamiento especializado (Walsh & Satir, 2005), sino que esta categoría diagnóstica además está altamente asociada con el desarrollo posterior de un trastorno específico (Herzog, Hopkins & Burns, 1993, como se cita en: Herzog & Selwyn, 2001).

A continuación se hace una descripción de cada uno de los TCA:

La AN es un trastorno grave que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, acompañado de alteración en la percepción de la forma y el peso corporal (García-Camba, 2001a). De acuerdo con los criterios diagnósticos más actuales, los del DSM-IV-TR (APA, 2002), para que una persona reciba este diagnóstico debe presentar los síntomas siguientes:

- a) El individuo alcanza un peso inferior al 85% del que se considera normal para su edad y su talla.
- b) Se tiene un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.
- c) Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Emplean una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente, medirse obsesivamente las partes del cuerpo o mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas <<obesas>>.
- d) En niñas post-menárquicas, la amenorrea es indicador de una disfunción fisiológica, debido a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculoestimulantes y luteinizantes. En las niñas prepuberales, la AN puede retrasar la aparición de la menarca.

Asimismo, al igual que en el DSM-IV (APA, 1994), en el DSM-IV-TR (APA, 2002) se expresan dos tipos de AN:

Restrictiva: Durante el episodio de AN, la persona no presenta regularmente episodios de atracones y/o purgas.

Compulsiva: Durante el episodio de AN, la persona presenta regularmente episodios de atracones y/o purgas.

Por otra parte, la BN consiste en la presentación de episodios recurrentes de atracón, seguidos por la presentación de conductas compensatorias

inapropiadas, como el vómito autoprovocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Al igual que en la AN, en la BN también se encuentra alterada la percepción de la forma y el peso corporal (García-Camba, 2001a). Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002), en el caso de la BN, son:

- a) Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los siguientes elementos:
 - 1. Ingesta, en un período de tiempo corto (por ejemplo, dos horas), de una cantidad de comida evidentemente más grande que la que la mayoría de la gente comería en el mismo período de tiempo y en circunstancias similares;
 - 2. Sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, sensación de no poder dejar de comer o de no poder controlar qué o cuánto se está comiendo).
- b) Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado para prevenir el aumento de peso, tal como: vómito autoinducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayunos o exceso de ejercicio.
- c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de al menos dos veces a la semana, por un período no menor a tres meses.
- d) La autopercepción de la persona está excesivamente influida por la forma y el peso corporal.

Al igual que la AN, la BN también se clasifica en dos tipos:

Purgativa: La persona recurre regularmente a vómitos autoinducidos o al uso de laxantes y/o diuréticos.

No purgativa: La persona utiliza otras conductas compensatorias inadecuadas, tales como ayunar o el ejercicio excesivo, pero no recurren a vómitos autoinducidos o al uso de laxantes y/o diuréticos.

Por otra parte, los TCANE, como se había mencionado previamente, son esencialmente aquellos casos subsindromáticos de AN o BN que no cumplen

en su totalidad con los criterios diagnósticos (APA, 1994, 2002). Esta condición clínica parece ser particularmente común entre los adolescentes y se estima su presencia en aproximadamente el 50% de las pacientes con TCA que se encuentran en programas de atención terciaria (APA, 2002). Algunos ejemplos de TCANE son los siguientes:

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

Este último, el Trastorno por Atracón (TPA), propiamente aún no tiene el *estatus* de un TCA, ya que forma parte de la categoría que corresponde a aquellos trastornos mentales que requieren ser objeto de mayor investigación, a la que se le denomina: *Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores* (APA, 1994, 2002). El TPA se caracteriza por la presentación de episodios recurrentes de atracón, resultantes de la pérdida de control sobre la ingesta. Tras el atracón el paciente experimenta un profundo malestar, pero no presenta las típicas conductas compensatorias de la BN (García-Camba, 2001b), o bien, cuando éstas están presentes, es con mucha menor frecuencia y, en todo caso, son tendientes a las del tipo no purgativo (Vázquez, López, Alvarez &

Mancilla, 2006). Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), los criterios diagnósticos para el TPA son:

- a) Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
 1. Ingesta, en un corto periodo de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares;
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- b) Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
 1. Ingesta mucho más rápida de lo normal;
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno;
 3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre;
 4. Comer a solas para esconder su voracidad;
 5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- c) Profundo malestar al recordar los atracones.
- d) Los atracones tienen lugar, en promedio, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.
- e) El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una AN o una BN.

No obstante, Behar (2004) advierte que una variante de TCANE, también podría constituirse por aquellas personas que incurren, por motivos cosméticos, en el abuso de medicamentos para reducir su peso corporal.

Dada su naturaleza, en general, los TCA son patologías que no sólo involucran a la psiquiatría y a la psicología, sino también a otras especialidades, como la nutrición, la medicina interna, la endocrinología y la pediatría, entre otras.

Además, la mayor parte de la literatura tiende a señalar que la presencia de los TCA ha alcanzado proporciones alarmantes entre la población, principalmente de los llamados países desarrollados, aunque ello no quiere decir que los países subdesarrollados o los no occidentales estén exentos de ellos (Guerro-Prada, Barjau & Chinchilla, 2001). Y si hablamos específicamente de la BN, Keel y Klump (2003) señalan que éste es un trastorno que ha evolucionado de ser una rara condición entre las mujeres del siglo XX, a ser un problema importante de salud pública para aquellas nacidas en la segunda mitad de éste siglo, cuya presencia –señalan estos autores– incrementó significativamente de 1970 a 1990. Al respecto, Hargreaves y Tiggemann (2003) sugieren que dicho aumento se debe –al menos en gran parte– a la influencia de los medios de comunicación, los cuales han impuesto un ideal de belleza femenina que supone la posesión de un cuerpo extremadamente delgado, lo que ha llevado a un incremento de la insatisfacción corporal entre las mujeres y, por ende, a una mayor probabilidad de que se involucren en la realización de estrategias o conductas anómalas con el propósito de lograr la delgadez, ejemplo de ello son el consumo de pastillas adelgazantes, la autoinducción del vómito, la realización de ayuno y el ejercicio excesivo. Adicionalmente, otros autores reportan que el incremento en el número de casos de BN también se debe a la recurrente realización de dieta restrictiva, pues ésta es considerada uno de los principales factores de riesgo del atracón y, en muchos casos, la “puerta de entrada” a cualquier TCA (Fernández & Turón, 1998; Ross & Wade, 2004; Williamson, 1990).

Por tanto, resulta evidente la importancia de realizar investigación epidemiológica sobre los TCA, ya que estos estudios pueden brindar datos esenciales para la comprensión de estas psicopatologías, por ejemplo, cuál es la verdadera dimensión del problema, si en realidad se han suscitado cambios en cuanto a su presencia entre la población o si su configuración sintomática se ha venido modificando a través de los años. Sin duda, los estudios epidemiológicos generan conocimiento básico que marcan pautas o directrices a la investigación aplicada, sobre las cuales ésta puede cimentar el diseño y evaluación de estrategias conducentes tanto a la prevención como a la intervención.

2. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Regier y Burke (2000, como se cita en: van-Hoeken, Seidell & Hans-Wijbrand, 2005) definen a la epidemiología como el estudio cuantitativo de la distribución de un determinado trastorno o enfermedad, así como la identificación y descripción de sus posibles causas. En tanto que Moreno-Altamirano, López-Moreno y Corcho-Berdugo (2000) señalan que el proceso de investigación en epidemiología es similar al utilizado en el resto de las ciencias, por tanto, cuando se investiga la salud de la población, también se proponen una o varias explicaciones hipotéticas que se someten a contrastación empírica. Además, Moreno-Altamirano et al. mencionan que en este proceso los conceptos de *medición* y de *variable* resultan fundamentales, ya que permiten a la epidemiología la elaboración de modelos descriptivos, explicativos y predictivos sobre la dinámica de la salud poblacional.

En cuanto a la definición de medición, ésta consiste en asignar números o numerales a alguna propiedad específica de un individuo, población o evento usando ciertas reglas previamente establecidas. Por tanto, la medición es un proceso de abstracción, ya que en términos estrictos no se mide al individuo, sino sus características; además, lo que se hace es comparar a un individuo con respecto a un atributo que también ha sido medido en otros individuos (o en él mismo pero en otro momento), esto con el fin de evaluar su cambio en el tiempo o ante ciertas condiciones distintas a las originales (Moreno-Altamirano et al.). Mientras que el término variable refiere a todos aquellos atributos o características de los eventos, personas o grupos sujetos a estudio, que pueden cambiar de una situación a otra o de un tiempo a otro; atributos o características a las que además se les pueden asignar valores, proporcionando información asequible para descomponer la hipótesis planteada en sus elementos más simples (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

Además, en el campo de la investigación epidemiológica dos medidas básicas son la *incidencia* y la *prevalencia*, en tanto indicativas de la frecuencia de una enfermedad o padecimiento.

La incidencia expresa el volumen de casos nuevos que aparecen en un periodo determinado, por lo que permite estimar la velocidad con que los individuos de una población específica desarrollarán una enfermedad o padecimiento durante cierto periodo (Striegel-Moore, Franko & Ach, 2006). Comúnmente se expresa en términos de 1 por 100 000, con base a la población por año. De acuerdo con Hoek (2006), la mayoría de las investigaciones epidemiológicas sobre incidencia utilizan registros de casos psiquiátricos o expedientes médicos de los hospitales en un área circunscrita, sin embargo, este autor advierte que el calcularla bajo dichas bases va a suponer una estimación poco precisa de la presencia del padecimiento, ya que no todos los casos existentes son transferidos a las instituciones de salud o no todos los casos llegan a ser tan graves que requieran de hospitalización. Además, siguiendo la lógica de Hoek, cabría suponer que si se hace el cálculo con base a quienes concurren a las unidades hospitalarias, se puede dar lugar a una sobreestimación de la presencia, ya que precisamente el usuario que acude a solicitar el servicio mayormente es remitido porque ya existen indicios del padecimiento. Al respecto, Guerra-Prado, Barjau y Chinchilla (2001) enfatizan la importancia de realizar estudios epidemiológicos con base a muestras comunitarias, ello con el fin de que los datos derivados puedan generalizarse sobre el resto de la población y, por tanto, las conclusiones sean lo más reales posibles.

En tanto que la prevalencia refiere al número de individuos que, en relación con la población total, padecen una enfermedad determinada en un periodo de tiempo específico (Moreno-Altamirano et al.). Se calcula dividiendo el número de individuos que padecen el trastorno (numerador) entre el número total de habitantes del área considerada, pero incluyendo a los que lo padecen. La prevalencia puede referirse a espacios determinados de tiempo, por ejemplo un mes, un año o toda la vida (Hoek, 2006).

3. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TCA

3.1. Ámbito internacional

En general, los estudios epidemiológicos señalan que la prevalencia de AN entre mujeres va del 0.5 al 3.7% y la de BN entre 1.1 y 4.2%, dependiendo de los criterios diagnósticos empleados, así como del grado de apego a su cumplimiento (García-Camba, 2001a). En cuanto a algunos de los estudios epidemiológicos sobre los TCA realizados en la última década, se encuentra lo siguiente:

En España, Rojo et al. (2003) realizaron una investigación de dos fases con adolescentes españoles de entre 12 y 18 años de edad, a quienes inicialmente aplicaron el Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test [EAT-40]) como instrumento de tamizaje y, como segunda fase, entrevista diagnóstica con base a los criterios del DSM-IV. En el caso de las mujeres, estos autores encontraron una tasa de prevalencia de TCA del 5.2%, predominando en ésta la de TCANE (4.7%), mientras que las tasas de AN y BN fueron mínimas y equiparables entre sí (véase Tabla 1). No obstante, de entre los resultados de este estudio, destaca el hecho de que además de las formas de TCANE, los autores identificaron síndromes parciales y formas subclínicas, esto tanto para AN como para BN.

Esta forma de clasificar resulta interesante, ya que cuando no se cumplen todos los criterios del trastorno Rojo et al. no se limitan a su categorización como TCANE, sino que también realizan una detección –dependiendo de los criterios que cumpla un cierto caso– de formas patológicas menos severas, es decir, realizan una identificación temprana de posibles casos con alto riesgo. Esta detección temprana podría dar la oportunidad de también brindar una intervención anticipada, ya que se sabe que entre menos desarrollado esté el trastorno, mayor probabilidad se tendrá de poder controlarlo o erradicarlo. Además, si la investigación fundamenta sólidamente que la prevalencia de los síndromes parciales de AN o BN incrementan en mayor medida que los síndromes totales, esto podría justificar la necesidad de que los criterios

diagnósticos de estos padecimientos sean modificados en el sentido de tener una mayor sensibilidad para la detección temprana. Sobre todo si se considera que en los TCA subyacen aspectos socioculturales sujetos a continua transformación, por lo que podría suponerse que las formas sintomáticas caracterizadas hace treinta años, por ejemplo, en la tercera edición de 1980 del DSM o los primeros estudios sistemáticos de autores como Garner o Garfinkel, respecto a las sustanciales modificaciones diagnósticas que se propusieron en el DSM-IV (APA, 1994), hace ya más de 15 años, pueden distar de las formas sintomáticas actuales.

Tabla 1. Tasas de prevalencia reportadas para mujeres por Rojo et al. (2003).

Diagnóstico	Prevalencia (%)
TCA (Total)	5.2
AN	0.4
BN	0.4
TCANE	4.7
Síndromes parciales (Total)	2.1
AN Parcial ¹	1.3
BN Parcial ²	2.0
AN Subclínica ³	5.2
BN Subclínica ⁴	0

Notas: ¹ Se cumplen criterios B y C, pero no A o D; ² se cumplen criterios A₁, B, D y E, pero no A₂ o C; ³ se cumplen criterios B y C, pero no A ni D; ⁴ se cumplen criterios A₁, B, D y E, pero no A₂ ni C.

En el 2004, Tölgyes y Nemessury realizaron un estudio –también de dos fases– con 340 mujeres húngaras de entre 10 y 29 años de edad. Como primera fase aplicaron dos instrumentos de tamizaje: el EAT-40 y el Test de Investigación Bulímica de Edinburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh [BITE]) y, como segunda fase, llevaron a cabo entrevista diagnóstica. En cuanto a síndromes totales, los autores sólo encontraron 0.6% de BN, pero revelaron una presencia del 7.5% de TCANE, específicamente 3.0% para TCANE de AN (Índice de Masa Corporal [IMC] > 17.5) y del 4.5% para TCANE de BN.

Posteriormente Currin, Schmidt, Treasure y Jick (2005) realizaron una investigación en el Reino Unido con el objetivo de determinar si la incidencia de AN entre mujeres de 10 a 39 años de edad había permanecido estable y si la de BN había continuado incrementando a través de los años: 1994-2000. La muestra fue extraída de una base de datos que comprendía los casos de aproximadamente 280 médicos generales y, a partir de ellos, los de 3 millones de pacientes. Como parte de su análisis, los autores compararon sus datos con los de un estudio previo de Turnbull (1996, como se cita en: Currin et al., 2005), quien utilizó un método idéntico, pero abarcando el periodo de 1988-1993. Los resultados señalan que las tasas de incidencia de AN permanecieron estables, de 18% en 1988 a 20% en el 2000, con mínimas variaciones a través de los años. Sin embargo, para el caso de BN se detectó un constante incremento a través de los años, ya que en 1988 fue de 16%, registrando sus picos más altos en 1993 (57%), 1995 (60%) y 1996 (63%), seguido de un dramático decremento en la curva, que resultó en una incidencia de 38.6% en el 2000, la que –de cualquier modo– prácticamente representa el doble de la observada para AN.

Keel, Heatherton, Dorer, Joiner y Zalta (2006) realizaron un estudio longitudinal de cohortes, lo que comprendió un análisis de los datos recabados a lo largo de 20 años y una comparación entre las prevalencias estimadas en: 1982, 1992 y 2002. La muestra incluyó a 1736 estudiantes universitarias con una edad promedio de 20 años, mientras que los datos se recabaron con base a una encuesta de auto-informe –vía postal– diseñada *ex-profeso*, incluyendo algunas preguntas de las escalas de bulimia y motivación para adelgazar del Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorder Inventory [EDI]). Con base a las respuestas de las participantes de las cohortes de 1982 y 1992, los autores formularon el diagnóstico de TCA, considerando: BN (total y parcial), TPA (total y parcial) y trastorno purgativo¹, mientras que en el caso de la cohorte del 2002, las participantes que reportaron cualquiera de esas condiciones diagnósticas fueron sometidas a una entrevista clínica semi-

¹ El trastorno purgativo, previamente referido como “BN subjetiva” se caracteriza por conductas purgativas recurrentes, aún en ausencia de atracón, como forma de control de peso por parte de una persona normo-peso, y con un criterio de frecuencia de al menos dos veces por semana.

estructurada. Los autores encontraron un decremento significativo en la prevalencia de TCA en general, siendo de 18.5% en 1982, pasando por 11.3% en 1992 y permaneciendo estable en el 2002 con un 11.7%, un fenómeno similar se observó tanto para el caso de BN como para sus síntomas (véase Tabla 2). A pesar de la tendencia de decremento en los síntomas, los autores indican una disociación histórica entre el atracón y la conducta de purga, ya que el primero disminuyó gradualmente a través de los cohortes, mientras que la purga permaneció estable de 1992 a 2002, por lo que señalan que si esta tendencia continúa se podría hablar de un nuevo trastorno caracterizado por purga recurrente en ausencia de atracón, pudiendo englobar a una importante proporción de los pacientes vistos en las clínicas de TCA. No obstante, hay que tomar con precaución esta propuesta, ya que pudiera estarse traslapando con una forma de TCANE, donde precisamente el ejemplo 4 de éstos comprende el empleo de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas porciones de comida por parte de un individuo normopeso (APA, 2002).

Tabla 2. Tasas de prevalencia reportadas para mujeres por Keel et al. (2006).

Diagnóstico	Prevalencia (%)		
	1982	1992	2002
BN ¹	4.2	1.3	1.7
Criterio A ²	10.9	6.5	5.1
Criterio B ³	22.9	10.6	9.3
Criterio C ⁴	73.3	71.6	67.6
Criterio D ⁵	23.7	15.1	13.7
Atracón	49.0	32.5	28.7
Purga	16.5	11.0	15.8
Ayuno	41.8	33.3	36.2

Notas: ¹ Diagnosticada con base a los criterios del DSM-III-R; ² consumo rápido de gran cantidad de alimento en un periodo discreto de tiempo (dos o más episodios por semana); ³ vómito, ayuno, píldoras de dieta y/o diuréticos para controlar el peso (dos o más veces por semana); ⁴ persistente sobre-preocupación con su peso e imagen corporal; ⁵ pérdida de control sobre la alimentación. Y, en el caso de las últimas tres variables, no se consideraba criterio de frecuencia de la conducta.

Más recientemente, Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007) llevaron a cabo en Estados Unidos una encuesta nacional para evaluar la prevalencia de los TCA y su posible comorbilidad en personas mayores de 18 años. En cuanto a la prevalencia, este estudio comprendió dos fases: en la primera, la encuesta (bajo formato “cara a cara”) consistió en una evaluación diagnóstica de tamizaje y fue aplicada a 9282 participantes; posteriormente, de dicha muestra se derivó a 5692 que cumplieron algún criterio diagnóstico de presencia del trastorno a lo largo de la vida, de los cuales se eligió aleatoriamente a 2980 participantes que fueron entrevistados, de los cuales 1760 fueron mujeres. Los autores examinaron un total de 5 formas clínicas: 2 trastornos específicos (AN y BN), 1 TCANE (TPA) y 2 entidades parciales (una de TPA y otra de atracón), bajo dos condiciones: a lo largo de la vida *versus* últimos doce meses (véase Tabla 3). Este estudio aportó evidencia de que el TPA es el TCA más común, por lo que Hudson et al. sugieren que puede representar un problema tan grave de salud pública como lo son la AN o la BN, proponiendo que el TPA también sea considerado bajo el estatus de un síndrome específico.

Tabla 3. Tasas de prevalencia reportadas por Hudson et al. (2007).

Diagnóstico	Prevalencia (%)
I. <i>A lo largo de la vida</i>	
BN	1.5
TPA	3.5
TPA parcial	1.6
Atracón	4.9
II. <i>Último año</i>	
BN	0.5
TPA	1.6
TPA parcial	0.4
Atracón	2.5

Es importante mencionar que hace quince años los TCA eran considerados exclusivos de los países occidentales. Sin embargo, en un estudio reciente realizado por Chen & Jackson (2008) con 1320 mujeres adolescentes y adultas chinas –con edades entre 12 y 22 años– a quienes les fue aplicada la Escala

Diagnóstica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Diagnosis Scale [EDDS]), se encontró un incremento en la presencia de TCA respecto a las estimaciones de dos estudios previos (Huon et al., 2002; Xiao et al., 2001), pasando de 1.1 y 1.3%, respectivamente, a 3.2%, correspondiendo a casos de BN (0.6%), de TPA (0.7%) y de TCANE (1.9% y, de estos: 1.4% de AN y 0.5% de BN). Al respecto, destaca el hecho de que en los dos estudios previos no se habían detectado casos de BN, mientras que siguió siendo inexistente la presencia del síndrome total de AN. No obstante, Chen y Jackson advierten que en cuanto al drástico incremento de BN, hay que tomar en cuenta que este trastorno es más fácil de detectar a mayor edad y la muestra de su estudio incluyó, principalmente, adolescentes mayores y adultas jóvenes.

Si bien la tendencia global es que los TCA afectan particularmente a mujeres adolescentes y adultas jóvenes, el TPA parece ser la excepción, una vez que su prevalencia en muestras de obesos adultos que acuden a tratamiento para reducción de peso, puede oscilar desde el 9% hasta el 54%; mientras que en muestra comunitaria se estima entre 0.7% y 10% (López, 2008). Además, se ha señalado que el TPA afecta mayormente a personas que se han sometido a la realización recurrente de dietas restrictivas con el objetivo de perder peso (Heike & Birgit, 2000, como se cita en: Martínez, 2005). En cuanto al género, se ha encontrado que –entre obesos que acuden a tratamiento– es más común en mujeres que en hombres, 65% vs. 35%, respectivamente (Kaufer & Ávila, 2003), calculándose que por cada 2 casos de TPA en hombres, hay 3 de mujeres.

En cuanto a la presencia de sintomatología de TCA, determinada ésta con base al empleo de instrumentos de tamizaje, se calcula que tan sólo en Estados Unidos cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes la presentan y, de éstos, más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes (Guerro-Prado et al., 2001). En un estudio realizado por Engström y Norring (2002), donde su objetivo fue estimar el tamaño de la población adolescente sueca (17-20 años) que estaba en riesgo de desarrollar un TCA y determinar si había cambios a lo largo del tiempo (de 1993 a 1998), se aplicó el EDI a 3082 mujeres y a 2432, respectivamente, con una edad

promedio de 18.9 años. Los autores identificaron a la población en riesgo con base al punto de corte ≥ 14 en la escala motivación para adelgazar del EDI. Asimismo, encontraron un 6.1% de sintomatología de TCA en 1993, ligeramente mayor a la observada en 1998 (5.7%), sin embargo, este cambio no fue estadísticamente significativo.

En 2003, Miotto, Coppi, Frezza y Preti aplicaron dos cuestionarios de auto-reporte a 630 mujeres italianas de 15-19 años para explorar la presencia de conductas alimentarias anómalas. Dichos cuestionarios fueron el EAT, con el punto de corte ≥ 30 , y el BITE, con el de ≥ 20 . Estos autores reportaron que el 20% de la muestra presentó sintomatología de TCA, 15.8% correspondió a la de tipo anoréxico y sólo el 4.2% al bulímico. En tanto que un estudio realizado en Brasil con 513 mujeres de entre 12 y 29 años, Nunes, Barros, Olinto, Camey y Mari (2003) aplicaron el EAT-26 y el BITE para identificar la prevalencia de conductas alimentarias anómalas. Con base a los puntos de corte de dichos instrumentos de tamizaje, los autores encontraron que 16.5% de las participantes presentaron sintomatología de TCA, estando significativamente más presente entre las de 16 a 19 años de edad. En cuanto a los métodos inapropiados para el control del peso, destacó ampliamente la realización de ejercicio excesivo, seguido del consumo de laxantes y la realización de dieta restrictiva (véase Tabla 4).

Tabla 4. Tasa de prevalencia de métodos para el control del peso (Nunes et al., 2003).

Conducta	Prevalencia (%)
Uso de laxantes	8.5
Uso de diuréticos	2.8
Vómito	1.4
Ejercicio frecuente	16.4
Uso de pastillas adelgazantes	5.1
Ayuno	3.1
Dieta restrictiva	7.8
Omisión de comidas	2.5

Por último, en cuanto a la sintomatología de BN, Crowther, Armev, Luce, Dalton y Leahey (2008) calcularon su prevalencia, a lo largo de un periodo de 15 años, en una muestra de 6844 mujeres universitarias estadounidenses, donde sus cohortes fueron: 1990-1992, 1993-1995, 1996-1998, 1999-2001 y 2002-2004. Para estimar la sintomatología emplearon el Test de Bulimia (Bulimia Test [BULIT]) y el Test de Bulimia Revisado (BULIT-R) con base a los puntos de corte 102 y 104, respectivamente. El porcentaje de mujeres que rebasó estos puntos de corte fluctuaron entre 2.1% y 2.5%, manteniéndose estable en el periodo evaluado. Lo mismo se observó en cuanto al atracón (fue de 7.3% a 9%), el vómito (de 1.3% a 2.3%), los laxantes (de 0.6 a 1.6%) y el ayuno (6.5% a 9.1%). Pero no así respecto a los diuréticos, cuya prevalencia en 1993-1995 (1.7%) fue significativamente mayor ($\chi^2 = 10.03$, $p < .01$) a la de 1990-1992 (0.4%), mientras que la de 2002-2004 (2.7%) fue mayor respecto a 1990-2001 ($\chi^2 = 8.17$, $p < .01$); ni en cuanto a ejercicio excesivo, cuya prevalencia en 1993-1995 (17.5%) fue significativamente menor ($\chi^2 = 15.38$, $p < .001$) a la de 1990-1992 (23.4%), mientras que también fue menor la de 2002-2004 (14.9%) respecto a las de 1990-2001 ($\chi^2 = 8.45$, $p < .01$).

De acuerdo con Crowther et al. (2008) una posible explicación al hecho de que el uso de laxantes y diuréticos haya incrementado, se puede deber a que con el paso del tiempo éstos se han hecho más accesibles, normalizándose –de alguna manera– su consumo; en contraste, el decremento en los porcentajes del “ejercicio excesivo como medida de control de peso”, puede deberse a 3 posibles cuestiones: 1. Las mujeres pueden aún estar haciendo ejercicio, pero con menor frecuencia para bajar de peso; 2. aquellas mujeres que se ejercitan pueden hacerlo por motivos de salud y no como medida compensatoria después de comer en exceso; y 3. el término “excesivo” es impreciso y no sólo es probable que varíe su significado notablemente entre individuos (por ejemplo, los atletas), sino que también puede ser interpretado en relación con las costumbres socioculturales.

3.2. **Ámbito nacional**

En el caso específico de México, es incipiente la investigación sobre la epidemiología de los TCA y, aún así, existen algunos datos importantes.

En el 2007, Unikel y Bojorquez advierten que durante la última década ha incrementado el número de pacientes con TCA que han solicitado atención, así como el número de servicios, tanto públicos como privados, que proveen atención especializada. Las autoras hacen referencia a datos de incidencia del Instituto Nacional de Psiquiatría, el cual abrió su unidad de TCA en 1996, en la cual cada año son atendidos un promedio de 200 casos, de los cuales el 95% son mujeres. Cabe destacar que, de los casos reportados, el 44.4% correspondieron al diagnóstico de BN, específicamente 42.2% del tipo purgativo y 2.2% del no purgativo, contra 42.2% de TCANE y sólo 13.4% de AN (7.7% del tipo restrictivo y 5.7% del compulsivo).

Mientras que un estudio de 2 fases realizado por Vázquez et al. (2005) aporta una primera estimación de la prevalencia de los TCA y su sintomatología en una muestra comunitaria que incluyó a 288 mujeres. Estos autores aplicaron en la primera fase el EAT y el BULIT, mientras que la segunda fase comprendió la realización de entrevista diagnóstica a aquellos participantes que rebasaron alguno de los puntos de corte. Los resultados arrojaron 2 casos de AN (0.69%), 5 de BN (1.74%) y 16 de TCANE (6.60%). La prevalencia de sintomatología de TCA y de conductas compensatorias se muestran en la tabla 5, donde se puede apreciar una mayor presencia de las de tipo no purgativo, es decir, el ayuno o dieta restrictiva severa y el ejercicio excesivo.

Tabla 5. Prevalencia de sintomatología de TCA y conductas compensatorias.

Variable	Prevalencia (%)
EAT \geq 28	11.5
BULIT \geq 85	12.5
Vómito	1.1
Laxantes y diuréticos	1.8
Ejercicio excesivo	10.5
Ayuno o dieta restrictiva muy severa	17.8

Fuente: Vázquez et al. (2005)

Posteriormente, Mancilla-Díaz et al. (2007) realizaron un estudio en el que evaluaron la prevalencia de TCA entre mujeres universitarias a través de un método de dos fases y comparando las tasas registradas en 1995 vs. 2002. En general, sus resultados sustentan un incremento en la prevalencia de los TCA, pasando de 0.5% a 1.1%, pero registrándose únicamente casos de BN (0.1% vs. 0.2%) y de TCANE (0.3% vs. 0.9%). Por lo que estos datos confirman en México, lo registrado por estudios realizados en otros países anteriormente, en cuanto a que el TCANE es el TCA más común, seguido de la BN.

Cabe señalar que los estudios previos no explicitan datos específicos a la incidencia o prevalencia del TPA. Sin embargo, en el 2008, un estudio realizado por López con 1064 mujeres de entre 15 y 36 años de edad, encontró una prevalencia de 0.9% para TPA y 1.1% para BN. Asimismo, Bautista, Franco, Mancilla, López y Alvarez (2008), en una muestra de 336 mujeres adultas que asistían a un programa de control peso, encontró que el 21% presentaba TPA, específicamente el 12.6% correspondió a síndrome total y 8.4% al parcial. Cabe mencionar, que ambos estudios fueron de 2 fases.

Con respecto a la sintomatología de TCA, Mancilla et al. (1998) llevaron a cabo un estudio entre estudiantes universitarias (edad promedio de 19.3 años) y, con base al EAT-40 y el BULIT, encontraron que 8.4% la presentaba, específicamente 5.1% del tipo anoréxico y el 3.2% del bulímico.

Posteriormente, Alvarez et al. (2003) evaluaron a una muestra de 222 estudiantes con un rango de edad de 16-26 años ($x = 19.7$), y de nivel socioeconómico medio-alto y alto, todos residentes en la ciudad de Monterrey, con base a los mismos cuestionarios, reportando que el 18.9% presentó sintomatología de TCA, 3.8 correspondió a la del tipo anoréxico, 6.2% al del bulímico y en el 8.8% fue mixta. Más recientemente, Martínez, Alvarez, Góngora, Franco y Mancilla (2009) realizaron un estudio con 1467 mujeres adolescentes, de entre 11 y 17 años de edad, residentes en la ciudad de Aguascalientes. Estos autores encontraron, con base al punto de corte del Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario (CUMUTA), que el 10.7% presentaba sintomatología de TCA.

En 2004, Bojorquez y Unikel realizaron un estudio con 458 adolescentes –con edad promedio de 16.5 años– de una zona semi-urbana del estado de Michoacán, a quienes aplicaron un cuestionario breve dirigido a la detección de conductas alimentarias anómalas, datos que fueron comparados con los registros obtenidos de una muestra de 1216 adolescentes de entre 15-18 años de edad residentes en la Ciudad de México. Las autoras encontraron que el 1.7% de las jóvenes michoacanas podrían estar en riesgo de desarrollar un TCA, y se observó que la prevalencia en las conductas y actitudes anómalas fue mucho mayor en las adolescentes michoacanas que en las de la Ciudad de México (véase Tabla 6), sobre todo las correspondientes al uso de laxantes y diuréticos, el atracón y el vómito autoinducido, pero no así en el caso de la realización de ejercicio, cuyas tasas fueron equivalentes. Esto funge como un indicador de cuán serio puede ser este problema de salud aún en áreas semi-urbanas y en qué medida la globalización puede estar afectando el bienestar de las adolescentes.

Tabla 6. Tasas de prevalencia reportadas por Bojorquez y Unikel (2004).

Conducta	Prevalencia (%)	
	Zona semi-urbana	Ciudad de México
Atracón	14.3	6.8
Vómito autoprovocado	2.4	1.0
Ayuno	4.2	2.9
Ejercicio para perder peso	17.7	15.5
Uso de diuréticos	7.9	1.2
Uso de laxantes	3.5	0.7

Finalmente, en el 2006 se realizó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en México, de la cual Barriguete-Meléndez et al. (2009) reportan algunos datos referentes a un cuestionario breve para evaluar conductas alimentarias anómalas que se incluyó en dicha encuesta, misma que fue aplicada a 25056 adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, de las cuales 50.3% fueron mujeres. A nivel nacional, se identificó que el 1% de éstas estaban en riesgo de presentar un TCA, principalmente en las mujeres mayores de 13 años. Los porcentajes de estas conductas fueron comparadas entre zonas urbanas, rurales y el área metropolitana de la Ciudad de México (véase Tabla 7). Se observa que si bien, en general, el atracón fue la conducta más presente, con una tasa de aproximadamente 10%, el número de personas que reportaron la pérdida de control sólo representó a la mitad de ellas; mientras que en lo que respecta a las conductas compensatorias, sólo el ayuno, la dieta y el ejercicio excesivo tuvieron tasas mayores a la unidad. Además, de los resultados de este estudio, sobresale el hecho de que –contrariamente a la tendencia general- el ayuno fue sustancialmente mayor en el área rural, aún sobre el área metropolitana a la Ciudad de México; mientras que la tasa del vómito autoinducido en el área rural fue equiparable a la de las otras áreas.

Tabla 7. Prevalencia de conductas alimentarias anómalas en mujeres reportadas por Barriguete-Meléndez et al. (2009).

Conducta	Prevalencia (%)			
	Nacional	Área Rural	Área Urbana	Área metropolitana
Atracón	9.4	5.5	10.4	11.1
Pérdida de control sobre la alimentación	5.6	3.8	5.8	6.6
Vómito	0.5	0.5	0.7	0.5
Ayuno	2.1	0.8	2.0	3.0
Dieta	1.5	1.0	1.3	1.8
Ejercicio excesivo	1.4	1.0	1.2	1.8
Pastillas para adelgazar	0.3	0.1	0.3	0.4
Diuréticos	0.3	0.1	0.2	0.4
Laxantes	0.3	0.2	0.4	0.3

Con base en la revisión realizada, se puede observar que la investigación epidemiológica sobre los TCA ha arrojado resultados discrepantes. En la mayoría de la literatura revisada, se reporta la existencia de un importante incremento en la prevalencia de estas psicopatologías, predominantemente entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes, pero sólo en lo que respecta a la BN y a las formas no específicas de TCA (o TCANE) o bien, en cuanto a algunas de las conductas anómalas que estos trastornos comprenden. En México, al igual que en otros países, se ha fundamentado una mayor prevalencia de BN que de AN y, por ende, una mayor presencia de conductas bulímicas. Sin embargo, son escasas las investigaciones epidemiológicas realizadas para valorar los cambios en la prevalencia de TCA o de sus síntomas a lo largo de un periodo de tiempo y el único estudio nacional al respecto (Mancilla-Díaz et al. 2007) fundamenta la tendencia mayormente observada a nivel internacional en cuanto a un pequeño incremento en la presencia de BN de 1995 al 2002 (0.1% vs. 0.2% respectivamente) y un importante aumento de las formas parciales de TCA o TCANE (0.3% a 0.9%). De lo anterior, surge la siguiente interrogante o pregunta de investigación: ¿La prevalencia de la sintomatología de BN y de las conductas alimentarias anómalas que ésta supone también, han venido incrementándose sobre el

tiempo entre las mujeres jóvenes? Con base a estudios realizados recientemente en otros países, la hipótesis al respecto es que las conductas bulímicas, específicamente el atracón y las conductas compensatorias han incrementado en cuanto a su presencia.

OBJETIVOS

General

Evaluar los cambios en la prevalencia de la sintomatología de bulimia nerviosa y de sus síntomas (atracción, ayuno, vómito, ejercicio excesivo y uso de laxantes y diuréticos) en una muestra de jóvenes estudiantes residentes de la zona metropolitana de la Ciudad de México, a lo largo de un periodo de 14 años.

Particulares

- Calcular la prevalencia de síntomas como atracción, ayuno, vómito, ejercicio excesivo y uso de laxantes y diuréticos en seis cohortes que se ubican en puntos cronológicos distintos que abarcan un periodo de 14 años.
- Evaluar si se registran cambios significativos a lo largo del tiempo en cuanto a la prevalencia de atracción, ayuno, vómito, ejercicio excesivo y uso de laxantes y diuréticos.

MÉTODO

TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DE DISEÑO

Fue no experimental porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable, se observó el fenómeno tal y como se dio en su contexto natural, para después analizarlo (McGuigan, 1998). Es de tipo longitudinal, ya que se recabaron datos en diferentes puntos del tiempo para realizar inferencias acerca de sus posibles cambios; retrospectivo de tendencia, debido a que las variables de interés se midieron a lo largo del tiempo en diferentes momentos y se utilizó el mismo tipo de población en todos los años (Menard, 1991). El alcance de la investigación fue de tipo descriptivo-inferencial, ya que únicamente se buscó recolectar, medir o evaluar las propiedades y características de diversas variables, en este caso, la sintomatología de BN sobre diferentes periodos del tiempo, mas no se trató de explicar la causa de los resultados en relación con otras variables, sin embargo, si se hizo comparación entre las cohortes en cuanto a las variables en cuestión (Kerlinger, 2002).

MUESTRA

Fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 3400 mujeres de entre 15 y 30 años de edad ($x= 18.55$, $DE= 2.35$). Esta muestra comprendió a estudiantes de secundaria, bachillerato y profesional, provenientes de escuelas públicas y privadas de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Además, se conformó con base a los registros de evaluaciones realizadas a lo largo de un periodo de 14 años por parte del Proyecto de Investigación en Nutrición de la FES Iztacala-UNAM. Estos datos, para fines del presente estudio, se distribuyeron en seis cohortes (véase Tabla 8), sin embargo, cabe mencionar que la cohorte de 1998-1999 no fue considerada debido a que no se encontraron datos en estos años.

Tabla 8. Edad y número de participantes por cohortes.

Cohorte	Periodo	N	Edad		
			X	DE	Rango de edad
1	1994-1995	603	19.51	2.20	15 a 30 años
2	1996-1997	1024	17.89	2.54	15 a 30 años
3	2000-2001	467	18.99	1.98	15 a 29 años
4	2002-2003	556	19.20	2.15	15 a 29 años
5	2004-2005	377	17.54	2.20	15 a 27 años
6	2006-2007	374	18.35	1.91	15 a 26 años

INSTRUMENTOS

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40). Fue creado por Garner y Garfinkel (1979) para evaluar los síntomas de TCA y, en tanto instrumento de tamizaje, detectar los posibles casos. Es un cuestionario de auto-reporte que consta de 40 reactivos bajo una escala bipolar tipo Likert, con seis opciones de respuesta que van de nunca a siempre. Fue validado en mujeres mexicanas por Alvarez et al. (2004), quienes sugirieron el punto de corte ≥ 28 , con una sensibilidad de 86% y una especificidad de 94%. Además reportaron una buena consistencia interna del test ($\alpha = .93$) y de los cinco factores derivados, que son: motivación para adelgazar ($\alpha = .85$), dieta restrictiva ($\alpha = .88$), bulimia ($\alpha = .87$), preocupación por la comida ($\alpha = .77$) y presión social percibida ($\alpha = .76$). Cabe aclarar que para la presente investigación sólo se tomaron en cuenta los reactivos 5 (referente al ayuno) y el 16 (que evalúa ejercicio excesivo).

Test de Bulimia (BULIT). Es un cuestionario de auto-reporte diseñado como herramienta de tamizaje de la BN, ello con base a la evaluación de sus principales síntomas (Smith & Thelen, 1984). Está conformado por 36 preguntas bajo una escala bipolar de cinco opciones de respuesta. Con respecto a su validación para mujeres mexicanas, Alvarez (2000) propuso el punto de corte ≥ 85 , con una sensibilidad de 80% y una especificidad de 97%, señalando que el BULIT posee una adecuada consistencia interna ($\alpha = .88$).

Además, Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000) identificaron una estructura factorial de tres subescalas: atracón ($\alpha = .85$), sentimientos negativos posteriores al atracón ($\alpha = .82$) y conductas compensatorias ($\alpha = .60$). De este instrumento sólo se retomarán once reactivos, que son: 1, 3, 8, 11, 22 y 31 (referentes a atracón y pérdida de control); 15 y 30 (para vómito); 7 y 34 (uso de laxantes y diuréticos); y 19 (que evalúa ayuno).

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Conceptual

Sintomatología de BN. Según la teoría de la continuidad, los síntomas de un TCA pueden oscilar desde su ausencia hasta su presencia en un nivel clínicamente patológico (Tylka & Medzylo, 2004). Por tanto, la sintomatología de BN se define como la presencia de actitudes y conductas alimentarias anómalas, en este caso específicas a la BN, que pueden ubicar a la persona con un mayor riesgo de presentar o desarrollar el padecimiento.

Atracón. Es la ingestión de una gran cantidad de alimento en un corto periodo de tiempo, experimentando sensación de pérdida de control sobre qué y cuánto se come (APA, 2002).

Conductas compensatorias. Son aquellas conductas realizadas con la finalidad de evitar el riesgo de incremento del peso corporal tras la ingestión de alimento o la presentación del atracón (Raich, 1994). Estas conductas se dividen en purgativas (e.g. vómito auto-inducido, consumo de laxantes y/o diuréticos) y en no purgativas (e.g. realización de ayuno, dietas restrictivas/intensivas o ejercicio en exceso), (APA, 2002).

Operacional

Sintomatología de BN. Su presencia se definió con base a aquellos casos cuya puntuación total en el BULIT alcanzaba o rebasaba el punto de corte propuesto por Alvarez et al. (2000) para este instrumento: ≥ 85 .

Atracón. Se definió a partir de tres parámetros (véase Tabla 9):

- a. Cantidad de alimento ingerido. Con base a dos preguntas del BULIT: la 3 y la 11.
- b. Pérdida de control sobre la alimentación: Retomando dos preguntas del BULIT: la 22 y la 31.
- c. Frecuencia: Con base a dos preguntas del BULIT: la 1 y la 8.

Conductas compensatorias. Se consideraron cuatro de ellas (véase Tabla 9):

- a. Vómito autoinducido: A partir de dos preguntas del BULIT: la 15 y la 30.
- b. Consumo de laxantes o diuréticos: Con base a dos preguntas del BULIT: la 7 y la 34.
- c. Ayuno o dietas intensivas: Retomando una pregunta del BULIT: la 19, y una pregunta del EAT-40: la 5.
- d. Ejercicio excesivo: Con base a una pregunta del EAT-40: la 16.

Tabla 9. Definición operacional para cada uno de los parámetros de atracón según el DMS-IV-TR.

CONDUCTA	Ítems
<i>Atracón</i>	
Criterio A ₁ . Ingestión de alimento en un periodo corto de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas condiciones.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?</i> • <i>La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuánta comida puedo consumir de un jalón.</i>
Criterio A ₂ . Sensación de pérdida de control sobre la ingestión de alimento	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimentaria parece ser:</i> • <i>Cuando comes una gran cantidad de alimento ¿a qué velocidad lo haces?</i>
Criterio C. Tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena (atracándote)?</i> • <i>Como hasta estar demasiado cansada para continuar comiendo.</i>
<i>Conductas compensatorias</i>	
Vómito auto-inducido	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?</i> • <i>¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?</i>
Consumo de laxantes y diuréticos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso.</i> • <i>Uso diuréticos o laxantes para controlar mi peso.</i>
Ayuno o dietas intensivas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.</i> • <i>Procuro no comer aunque tenga hambre.</i>
Ejercicio excesivo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hago mucho ejercicio para quemar calorías.</i>

PROCEDIMIENTO

A lo largo de los diferentes años fueron aplicados a las participantes el EAT y el BULIT junto con el consentimiento informado, esto en las diferentes instituciones educativas a las que pertenecían las jóvenes. Las aplicaciones se realizaron de forma grupal (de 15 a 25 sujetos aproximadamente) por parte del personal, tesistas y becarios del Proyecto de Investigación en Nutrición de la FES Iztacala (UNAM). Una vez recabados los datos, estos fueron capturados en el programa estadístico SPSS. No obstante, cabe mencionar que algunas de las bases de datos originales habían sido trabajadas previamente por otros investigadores, por lo que hubo que homologar códigos entre las bases, organizarlas y capturar aquellos expedientes que –por diversas razones– no estaban registrados en una determinada base de datos, esto tras verificar que en todas las bases electrónicas coincidieran los expedientes capturados con los expedientes físicos. Más tarde las bases de datos fueron organizadas por año y, con base a ello, se conformó una sola base –la correspondiente a la presente investigación– para su posterior análisis.

Para el análisis de datos, se emplearon los siguientes procedimientos:

Inicialmente se procedió a realizar dos análisis descriptivos en la muestra total, el primero de ellos con base a criterios más laxos (primera codificación de respuestas, véase Tablas 10 y 11) con el fin de obtener una primera aproximación de la magnitud en que las jóvenes pudieron haber presentado en alguna medida –aunque fuera mínima– los síntomas y, el segundo (segunda codificación de respuestas), aplicando criterios más estrictos en apego a los propuestos por el DMS-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de BN, con el fin de que los porcentajes obtenidos con dicha codificación, reflejaran una mayor presencia de los síntomas.

Posteriormente, con base a esta segunda codificación, se realizó un análisis inferencial de los datos, por lo que se llevaron a cabo análisis de *Chi-cuadrada* para comparar entre las cohortes en cuanto a las prevalencias registradas en cada variable (matriz: 2 x 6) y, para determinar específicamente entre qué

cohortes se encontraban las diferencias, se replicó dicho análisis pero bajo una matriz de 2 x 2.

Tabla 10. Codificación para cada una de las preguntas correspondientes al atracón.

Ítems	Codificación de las opciones de respuesta	
	Primera	Segunda
<i>ATRACÓN</i>		
3-BULIT. ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?	a, b, c y d = 1 e = 0	a y b = 1 c, d y e = 0
11-BULIT. La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuánta comida puedo consumir de un jalón.	a, b y c = 1 d y e = 0	a y b = 1 c, d y e = 0
22-BULIT. Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimentaria parece ser:	c, d y e = 1 a y b = 0	d y e = 1 a, b y c = 0
31-BULIT. Cuando comes una gran cantidad de alimento ¿a qué velocidad lo haces?	a, b y c = 2 d y e = 0	a y b = 1 c, d y e = 0
1-BULIT. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena (atracándote)?	-----	c, d y e = 1 a y b = 0
8-BULIT. Como hasta estar demasiado cansada para continuar comiendo.	-----	a, b y c = 1 d y e = 0

Tabla 11. Codificación para cada una de las preguntas correspondientes a conductas compensatorias.

Ítems	Codificación de las opciones de respuesta	
	Primera	Segunda
<i>VÓMITO-AUTOINDUCIDO</i>		
15-BULIT. ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	a, b y c = 1 d y e = 0	a y b = 1 c, d y e = 0
30-BULIT. ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?	c, d y e = 1 a y b = 0	d y e = 1 a, b y c = 0
<i>CONSUMO DE LAXANTES O DIURÉTICOS</i>		
7-BULIT. Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso.	----	a, b y c = 1 d y e = 0
34-BULIT. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso.	----	a, b y c = 1 d y e = 0
<i>AYUNO O DIETAS INTENSIVAS</i>		
19-BULIT. He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.	c, d y e = 1 a y b = 0	d y e = 1 a, b y c = 0
5-EAT. Procuero no comer aunque tenga hambre.	c, d, e y f = 1 a y b = 0	e y f = 1 a, b, c y d = 0
<i>EJERCICIO EXCESIVO</i>		
16-EAT. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	c, d, e y f = 1 a y b = 0	e y f = 1 a, b, c y d = 0

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Primera codificación

En el primer análisis descriptivo de la muestra total con respecto al consumo excesivo (véase Tabla 12), se encontró que 1 de cada 3 de las participantes lo reportaron, en un rango de 35-36%. De igual forma, para el caso de la pérdida de control, en cuanto al primer parámetro, también se observó que casi 1 de cada 3 (29%) señaló tener un menor control sobre su ingestión alimentaria en comparación con la mayoría de la gente; sin embargo, en cuanto a la velocidad de ingestión, en tanto un segundo parámetro de pérdida de control, sólo 1 de cada 5 participantes (22%) reportó hacerlo un poco más rápido que la mayoría de la gente.

Posteriormente, se extendió dicho análisis hacia las conductas compensatorias o la utilización de métodos extremos para el control del peso. Al respecto, destaca el que casi la mitad de las participantes (48%) refirieron a la realización de ejercicio como el principal método de control del peso, seguido de las dietas intensivas o el ayuno, el cual fue reportado por 1 de cada 4 (en un rango de 24-30%). Y, aunque con tasas de prevalencia sustancialmente menores, pero con una connotación sin duda más patológica, se ubicó la autoinducción del vómito, la cual 6-8% reportaron practicarlo al menos 2 ó 3 veces al mes.

Tabla 12. Prevalencia del atracón (cantidad y pérdida de control) y conductas compensatorias en la muestra total (N= 3400), de acuerdo a la primera codificación de respuestas.

Variable		Prevalencia (%)
Cantidad de alimento (BULIT-3)	<i>¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?</i> Respuestas: Desde “ <i>algunas veces</i> ” hasta “ <i>prácticamente cada vez que como</i> ”.	34.7
Cantidad de alimento (BULIT-11)	<i>La mayoría de la gente se asombraría si supiese cuánta comida puedo consumir de un jalón.</i> Respuestas: Desde “ <i>probablemente</i> ” hasta “ <i>si</i> ”.	35.6
Pérdida de control (BULIT-22)	<i>Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimentaria parece ser:</i> Respuestas: Desde “ <i>menor</i> ” hasta “ <i>no tengo ningún control</i> ”.	29.0
Pérdida de control (BULIT-31)	<i>Cuando comes una gran cantidad de alimento ¿a qué velocidad lo haces?</i> Respuestas: Desde “ <i>un poco más rápido que la mayoría de la gente</i> ” hasta “ <i>más rápido de lo que la mayoría de la gente ha comido en su vida</i> ”.	21.9
Vómito (BULIT-15)	<i>¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?</i> Respuestas: Desde “ <i>dos o tres veces al mes</i> ” hasta “ <i>dos o más veces a la semana</i> ”.	5.7
Vómito (BULIT-30)	<i>¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?</i> Respuestas: Desde “ <i>dos o tres veces al mes</i> ” hasta “ <i>dos o más veces a la semana</i> ”.	7.7
Ayuno (BULIT-19)	<i>He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.</i> Respuestas: Desde “ <i>dos o tres veces en el año pasado</i> ” hasta “ <i>más de cinco veces en el año pasado</i> ”.	24.5
Ayuno (EAT-5)	<i>Procuro no comer aunque tenga hambre.</i> Respuestas: Desde “ <i>algunas veces</i> ” hasta “ <i>siempre</i> ”.	30.0
Ejercicio excesivo (EAT-16)	<i>Hago mucho ejercicio para quemar calorías.</i> Respuestas: Desde “ <i>algunas veces</i> ” hasta “ <i>siempre</i> ”.	48.0

Segunda codificación

En cuanto a los resultados de este segundo análisis se encontró que, de la muestra total, el 13.3% de las participantes presentaron sintomatología de BN.

El atracón (véase Tabla 13), evaluado con el ítem 3 del BULIT, mostró que 5% de las participantes reportaron ingerir –muy frecuentemente o prácticamente cada vez que comen– una cantidad de alimento considerablemente mayor a la que la demás gente consumiría en una situación similar, sin embargo, el ítem 11 reportó un porcentaje mayor, siendo de 14%. La pérdida de control, registrada a través del ítem 31 y 22 arrojó porcentajes ligeramente más altos, mostrando que 8% y 15% (respectivamente) de las mujeres reportaron tener mucho menor control o comer mucho más rápido que la mayoría de la gente.

Por otro lado, las conductas compensatorias arrojaron los porcentajes más pequeños (véase Tabla 14), aunque no por eso menos importantes, encontrando que 4-5% de las participantes, se inducían el vómito por lo menos una vez a la semana. Prevalencia semejante a la registrada en cuanto al consumo de laxantes, ya que ésta se ubicó en un 4% que señaló una frecuencia de utilización mínima de una vez a la semana; finalmente, se deriva que los diuréticos fueron empleados –con dicha recurrencia de uso– por sólo un 2.5% de las participantes

Con respecto al ayuno o realización de dietas intensivas, se encontró una prevalencia del 13%, la más alta entre las conductas para el control del peso evaluadas, pero sólo el 4% señaló que siempre o casi siempre preferían no comer aunque tuvieran hambre.

Finalmente, en cuanto a ejercicio excesivo, sólo el 8% de las participantes señalaron que siempre o casi siempre hacían ejercicio para quemar calorías.

Tabla 13. Prevalencia de los tres parámetros del atracón en la muestra total (N= 3400), de acuerdo a la segunda codificación de respuestas.

Variable		Prevalencia (%)
Cantidad de alimento (BULIT-3)	<i>¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?</i> Respuestas: “muy frecuentemente” o “prácticamente cada vez que como”.	5.4
Cantidad de alimento (BULIT-11)	<i>La mayoría de la gente se asombraría si supiese cuánta comida puedo consumir de un jalón.</i> Respuestas: “muy probablemente” o “sí”.	14.3
Pérdida de control (BULIT-22)	<i>Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimentaria parece ser:</i> Respuestas: “mucho menor” o “no tengo ningún control”.	14.7
Pérdida de control (BULIT-31)	<i>Cuando comes una gran cantidad de alimento ¿a qué velocidad lo haces?</i> Respuestas: Desde “mucho más rápido que la mayoría de la gente” o “más rápido de lo que la mayoría de la gente ha comido en su vida”.	7.8
Frecuencia (BULIT-1)	<i>¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena (atracándote)?</i> Respuestas: Desde “una vez o dos a la semana” hasta “una vez al día o más”.	18.0
Frecuencia (BULIT-8)	<i>Como hasta estar demasiado cansada para continuar comiendo.</i> Respuestas: Desde “una vez o dos a la semana” hasta “por lo menos una vez al día”.	8.6

Tabla 14. Prevalencia de las conductas compensatorias en la muestra total (N= 3400), de acuerdo a la segunda codificación de respuestas.

Variable		Prevalencia (%)
Vómito (BULIT-15)	<i>¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?</i> Respuestas: “una vez a la semana” o “dos o más veces a la semana”.	3.7
Vómito (BULIT-30)	<i>¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?</i> Respuestas: “una vez a la semana” o “dos o más veces a la semana”.	5.2
Laxantes (BULIT-7)	<i>Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso.</i> Respuestas: Desde “una o dos veces por semana” hasta “una vez al día o más”.	4.0
Laxantes y diuréticos (BULIT-34)	<i>Uso diuréticos o laxantes para controlar mi peso.</i> Respuestas: Desde una o dos veces por semana” hasta “una vez al día o más”.	6.5
Ayuno (BULIT-19)	<i>He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.</i> Respuestas: “cuatro o cinco veces en el año pasado” o “más de cinco veces en el año pasado”.	13.4
Ayuno (EAT-5)	<i>Procuro no comer aunque tenga hambre.</i> Respuestas: “casi siempre” o “siempre”.	3.9
Ejercicio excesivo (EAT-16)	<i>Hago mucho ejercicio para quemar calorías.</i> Respuestas: “casi siempre” o “siempre”.	8.3

ANÁLISIS INFERENCIAL

Se llevaron a cabo análisis de *Chi-cuadrada* con el objetivo de examinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las cohortes y, para determinar específicamente entre qué cohortes se encontraban las diferencias, se realizaron análisis de Chi cuadrada con una matriz de 2 x 2.

Sintomatología de BN

La prevalencia de la sintomatología de BN (obtenida con base a la puntuación total en el BULIT y aplicando el punto de corte de ≥ 85) permaneció relativamente estable desde 1994-1995 (16%) y –aunque con cierta tendencia¹ al decremento– durante los siguientes cuatro periodos (véase tabla 15), sin embargo, dicha prevalencia cayó drásticamente en 2006-2007 (9%), resultando significativamente menor a la observada en: 1994-1995 ($p < .001$), 1996-1997 ($p < .01$) y la del periodo que va de 2000-2005 ($p < .05$).

Atracón

Los resultados en cuanto a la comparación entre las seis cohortes nos arrojaron diferencias significativas en el caso de los tres parámetros del atracón (véase Tabla 15), pero los que destacaron con base a la probabilidad fueron los del criterio A₁, con el ítem 3 del BULIT: $X^2(5) = 30.45$, $p < .0001$; el del criterio A₂, con el ítem 31: $X^2(5) = 22.65$, $p < .0001$; y el criterio C, con ambos ítems, el 1: $X^2(5) = 19.59$, $p < .001$ y el 8: $X^2(5) = 49.73$, $p < .0001$.

Más específicamente, el criterio A₁ de cantidad excesiva de alimento ingerido (con el ítem 3 del BULIT) muestra que la prevalencia del atracón fue significativamente mayor en el periodo 1994-1995 (8%), a partir del cual fue disminuyendo paulatinamente, hasta tener una mínima prevalencia en 2006-2007 (2%, $p \leq .0001$); no obstante, el caso del ítem 11 del BULIT se observó

¹ Particularmente en este estudio, el término tendencia será utilizado para denotar los cambios en la dirección de la curva a través del tiempo, mas no por que se hayan realizado análisis estadísticos de tendencia.

una tendencia contraria, ya que éste mostró un aumento significativo en la prevalencia del atracón de 1994-1995 al periodo de 1996-1997 (10% y 15%, respectivamente, $p < .001$) y de ahí se mantuvo relativamente estable dicha prevalencia hasta 2004-2005, donde tuvo nuevamente un incremento significativo (18%, $p < .0001$) respecto a la inicial, para después mantenerse estable.

Por otra parte, en el caso del criterio A_2 referente a la pérdida de control, se observó que, en caso del ítem 22 del BULIT, su prevalencia en el periodo 1994-1995 (18%, $p < .001$) sólo fue significativamente mayor que la registrada en el periodo 2000-2001 (11%), a partir de donde fue incrementando paulatinamente, hasta que dicho incremento resultó significativo en 2006-2007 (17%, $p < .001$), regresando a la prevalencia inicialmente observada en la primera cohorte. Sin embargo, en el ítem 31 la tendencia fue diferente, debido a que en la primera y segunda cohortes las prevalencias observadas fueron significativamente mayores (10% y 9%, respectivamente) que a las del periodo del 2000-2001 (5%, $p < .01$), 2004-2005 (4%, $p < .001$) y 2006-2007 (6%, $p < .05$), sugiriendo una relativa estabilidad durante los últimos cuatro periodos.

Finalmente, el criterio C (frecuencia de atracón) mostró un interesante movimiento a través de los años, paralelo con ambos ítems del BULIT (1 y 8), pues en la primer cohorte se registraron los porcentajes más altos (21% y 12%, respectivamente) y a partir de ahí comenzó a decrementar paulatinamente, con una primera disminución significativa en 2002-2003 (15%, $p < .001$; y 6%, $p < .0001$ respectivamente), hasta encontrar los porcentajes significativamente más bajos en el último periodo evaluado: 2006-2007 (12% y 3%, respectivamente, $p \leq .0001$).

Conductas compensatorias

Para analizar las prevalencias correspondientes a las conductas compensatorias se utilizaron los mismos procedimientos estadísticos que para atracón y, en general, también se encontraron diferencias significativas a través

de los periodos evaluados (véase Tabla 16), a excepción del ítem 7 del BULIT que evaluó el uso de laxantes.

Primeramente, en cuanto al vómito auto-inducido (evaluado con los ítems 15 y 30 del BULIT) se observa que en el periodo 2002-2003 se registraron las prevalencias más altas (6% y 7%, respectivamente), las cuales fueron significativamente mayores a las observadas en los dos periodos subsecuentes: 2004-2005 (3% y 4%, respectivamente $p \leq .05$) y 2006-2007 (1% y 3%, respectivamente $p \leq .01$).

Posteriormente, en el ítem 34 (referente al consumo de laxantes y diuréticos), se observa que su prevalencia se mantuvo estable en el periodo que va de 1994 a 1997, para disminuir drásticamente –aproximadamente a la mitad– para 2000-2001 (4%) y, a partir de ahí mantenerse relativamente estable hasta 2006-2007 (3%).

En cuanto al ayuno o la realización de dietas restrictivas, primero con base al ítem 19 del BULIT, se registró una tendencia en sumo irregular, con un incremento significativo de 1994-1995 (10%) a 1996-1997 (16%, $p < .001$), con un posterior decremento en 2000-2001 (12%, $p < .05$), para después incrementar nuevamente en 2004-2005 (17%, $p < .05$) y cerrar con una disminución de prevalencia en 2006-2007 (10% $p < .01$), regresando exactamente a la observada en la primer cohorte. En contraste, los resultados arrojados por el ítem 5 del EAT, mostraron un movimiento interesante, al ser los periodos de los extremos (1994-1995 y 2006-2007 con 2%, $p \leq .05$, en ambos casos) los que registraron prevalencias significativamente menores, mientras que los porcentajes centrales fueron relativamente estables, donde de 1996 al 2005 se encontró una prevalencia de 5% y en el periodo de 2004-2005 fue de 4%.

Con respecto al ejercicio excesivo, la prevalencia en la segunda cohorte fue significativamente mayor (11%) que las de los periodos: 1994-1995 (6%, $p < .001$), 2002-2003 (8%, $p < .05$), 2004-2005 (7%, $p < .05$) y 2006-2007 (7%, $p < .05$).

Tabla 15. Comparación entre las cohortes en cuanto a sintomatología y los criterios diagnósticos A₁, A₂ y C referentes al atracón en BN.

Variable	Prevalencia (%)						X ² (5)
	1994-1995 n= 603	1996-1997 n= 1024	2000-2001 n= 467	2002-2003 n= 556	2004-2005 n= 377	2006-2007 n= 374	
Sintomatología de BN (BULIT ≥ 85)	15.9 a	15.2 a	13.7 a	13.3 a	14.4 a	8.8 b	11.57*
Cantidad de alimento Criterio A ₁ (BULIT-3)	8.3 a	6.9 a, b	3.2 c, d	4.7 b, c	4.5 b, c	1.6 d	30.45****
Cantidad de alimento Criterio A ₁ (BULIT-11)	10.4 a	15.2 b, c	12.2 a, b	15.5 b, c	18.0 c	14.7 b, c	14.70*
Pérdida de control Criterio A ₂ (BULIT-22)	17.6 a	14.4 a, b	10.7 b	13.8 a, b	14.6 a, b	17.1 a	12.01*
Pérdida de control Criterio A ₂ (BULIT-31)	10.4 a	9.4 a	5.1 b, c, d	7.7 a, b, c	4.2 d	5.9 b, c, d	22.65****
Frecuencia Criterio C (BULIT-1)	21.2 a	19.6 a	17.8 a, b	14.9 b, c	18.0 a, b	11.8 c	19.59***
Frecuencia Criterio C (BULIT-8)	12.4 a	11.5 a	6.4 b	5.9 b	6.4 b	2.7 c	49.73****

Notas: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, **** $p \leq .0001$. Criterio A₁: Ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría. Criterio A₂: Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento. Criterio C: El atracón tiene lugar como promedio al menos 2 veces por semana.

Tabla 16. Comparación entre las cohortes en cuanto a los criterios diagnósticos B y C referentes a las conductas compensatorias en BN.

Variable	Prevalencia (%)						$\chi^2 = (5)$
	1994-1995 n= 603	1996-1997 n= 1024	2000-2001 n= 467	2002-2003 n= 556	2004-2005 n= 377	2006-2007 n= 374	
Vómito (BULIT-15)	3.2 a, c	3.8 a, b	4.3 a, b	5.6 b	2.9 a, c	1.3 c	13.06*
Vómito (BULIT-30)	5.3 a, c	6.0 a, c	4.1 a, b, e	7.2 c	3.7 a, d, e	2.7 e	13.49*
Laxantes y diuréticos (BULIT-7)	5.1	4.5	3.2	4.1	2.7	3.2	5.82
Laxantes y diuréticos (BULIT-34)	8.1 a	8.9 a	4.1 b	5.2 b	4.5 b	2.9 b	29.02****
Ayuno (BULIT-19)	9.6 a	15.6 b	11.8 a, c	15.1 b, c, d	16.7 b, d	9.9 a	21.73***
Ayuno (EAT-5)	2.3 a, c	4.7 b	4.7 b	4.9 b	4.2 a, b	1.6 c	13.22*
Ejercicio excesivo (EAT-16)	5.8 a, c	10.8 b	8.4 a, b, c	7.7 a, c	6.9 c	7.2 c	15.46**

Notas: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, **** $p \leq .0001$. Criterio A₁: Ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría. Criterio B: Conductas compensatorias recurrentes e inadecuadas para prevenir el aumento de peso. Criterio C: Las conductas compensatorias tienen lugar como promedio al menos 2 veces por semana.

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos de esta investigación fue el de evaluar si se registraron cambios significativos a lo largo del tiempo en cuanto a la prevalencia de sintomatología de BN, atracón y conductas compensatorias. Los resultados indican que el punto de prevalencia en la sintomatología de BN permaneció con mínimas variaciones a través de los años que van de 1994 a 2005, fluctuando entre 13 y 16%. Este dato coincide con lo encontrado por Crowther et al. (2008), quienes realizaron una investigación similar que abarcó de 1990 a 2004 y emplearon el mismo instrumento de medición, aunque con el punto de corte internacional (≥ 102). Sin embargo, cabe señalar que en la última cohorte que se estudió en la presente investigación (2006-2007) se registró un notable decremento, indicando que el porcentaje de mujeres con posible riesgo de TCA en este periodo fue significativamente menor (8.8%) al registrado en los años anteriores.

En cuanto a la cantidad excesiva de alimento ingerida, el primer parámetro del atracón, arrojó resultados discordantes dependiendo de la pregunta empleada. Ya que para la pregunta referente a la cantidad de alimento ingerida "*de un jalón*", se observa un incremento significativo en 1996-1997 (respecto a la primera cohorte) y manteniéndose relativamente estable hasta el 2007; sin embargo, en cuanto al ítem de "*continuar comiendo hasta pensar que podían explotar*", no sólo se registran prevalencias sustancialmente menores, sino que además fueron disminuyendo con el paso de los años y, particularmente, a partir del periodo 2000-2001. Esto mismo se observó en el caso del segundo parámetro del atracón, la sensación de pérdida de control sobre la alimentación, ya que al evaluarlo con base a la pregunta indicativa de la capacidad para controlar la conducta alimentaria, se observa que la prevalencia se mantuvo estable a lo largo de las seis cohortes, aunque con una disminución significativa en 2000-2001, pero esto sólo con respecto a los porcentajes registrados en la primera y última cohorte (1994-1995 y 2006-2007, respectivamente); mientras que las prevalencias observadas en el ítem que evaluó cantidad de alimento y velocidad de la ingestión, por el contrario,

mostraron una tendencia a decrementar, particularmente –de nuevo– a partir de 2000-2001. Finalmente, en cuanto al parámetro de frecuencia del atracón, en general las dos preguntas retomadas para el presente estudio mostraron una tendencia de disminución en la prevalencia de mujeres que lo realizaron por lo menos una vez por semana, observándose un decremento significativo a partir del periodo 2000-2003.

En general estos datos contrastan, por un lado, con los de Crowther et al. (2008), quienes señalan que durante el periodo por ellos evaluado (1990-2004) el atracón se mantuvo estable, sin variaciones significativas; y, por otro lado, con los del estudio de Unikel-Santoncini, Bojorquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista y Medina-Mora (2006), quienes –contrariamente– encontraron un incremento significativo de esta conducta del año 1997 al 2000, entre adolescentes del Distrito Federal.

Asimismo, si se promedian los datos del periodo 1996-1997 aquí encontrados en cuanto a la frecuencia de al menos una vez a la semana del atracón, la prevalencia sería del 15%, bastante mayor a la recabada en 1997 por Unikel et al. (2000) en adolescentes del Distrito Federal (5%). Sin embargo, si se retoma el promedio de los datos encontrados en este estudio para el periodo 2006-2007, la prevalencia sería del 7%, resultando bastante menor a la recabada por Barriguete-Meléndez et al. en 2006 y reportada en 2009 para el área metropolitana (11%). Al respecto, cabe señalar que los datos de los dos estudios aquí referidos –utilizando ambos el mismo instrumento de medición– parecen fundamentar un incremento en la prevalencia del atracón entre adolescentes, en tanto que en la presente investigación –con participantes de mayor edad– se encuentra la tendencia contraria.

En cuanto a las conductas compensatorias, particularmente del tipo purgativo, se encontró que en general el vómito auto-inducido mostró un patrón de prevalencia relativamente estable –aunque con una tendencia creciente– en el periodo de 1994 a 2003, sin embargo, se invirtió esta tendencia a partir de 2004-2005, disminuyendo significativamente. Este patrón observado contrasta con lo señalado por Crowther et al. (2008), quienes encontraron que la

prevalencia de esta conducta se mantuvo sin cambios significativos desde 1990 hasta el 2004, periodo que abarcó su estudio. No obstante, habrá que tomar en cuenta que precisamente su última medición la hicieron en este año. Además, si consideramos la prevalencia observada en el presente estudio para la cohorte 1996-1997 (4-6%), se encuentra que es considerablemente mayor a la reportada por Unikel et al. (2000) con base a datos de 1997 derivados de adolescentes del Distrito Federal. Y lo mismo se observa al comparar la prevalencia de la cohorte 2000-2001 (4%) con la reportada por Nunes et al. (2003) con base a mujeres brasileñas, que fue de 1.4%.

Por otra parte, en cuanto al consumo de laxantes y diuréticos, con ambos ítems se confirma una tendencia de disminución de la prevalencia a lo largo del periodo evaluado, sin embargo, en el caso del ítem que se abocó sólo al consumo de laxantes dicha disminución no fue estadísticamente significativa; situación contraria a lo observado en cuanto a la pregunta que además englobó consumo de diuréticos, cuya prevalencia sí mostró una disminución significativa a partir de 2000-2001. Nuevamente, el patrón aquí observado –principalmente en cuanto al consumo de diuréticos– contrasta con lo señalado por Crowther et al. (2008), ya que si bien ellos no reportan diferencias en el tiempo en cuanto al consumo de laxantes, sí encuentran un incremento significativo en el de diuréticos a partir del 2002. Ante lo cual, estos autores argumentan que este hecho puede atribuírsele a la mercadotecnia, al generar mayor promoción, disponibilidad y accesibilidad de los laxantes y diuréticos y, por ende, hacer de su uso algo normativo. Situación que, sin embargo, no se constata en el presente estudio.

En general, en el presente estudio se fundamenta una disminución en la práctica de conductas compensatorias purgativas, en el caso de los diuréticos a partir del 2000 y del 2004 para el vómito. Lo cual contrasta con la tendencia creciente reportada por Unikel et al. (2006) entre adolescentes de la Ciudad de México en el periodo de 1997-2003.

Respecto a las conductas no purgativas, en el presente estudio se encontró que –en general– la prevalencia de realización de ayuno o dietas intensivas

mostró un significativo incremento de 1994-1995 a 1996-1997, para posteriormente mantenerse relativamente estable hasta 2004-2005, ya que para 2006-2007 se redujo significativamente. Esto difiere con lo encontrado por Crowther et al. (2008), quienes señalan una estabilidad en la prevalencia del ayuno desde 1990 y hasta el 2004, pero un decremento significativo en la realización de ejercicio excesivo como método de control del peso, marcándolo específicamente entre las tasas registradas en 1990-1992 con respecto a las de 1993-1995 y 2002-2004. Esta tendencia señalada en cuanto al ejercicio se confirma parcialmente en el presente estudio, ya que si bien se registró un incremento significativo en la prevalencia de 1994-1995 al periodo 1996-1997, a partir del 2000 dicha tasa tendió a disminuir, pero particularmente a partir del 2002, manteniéndose estable posteriormente.

Englobando las conductas no purgativas, en el presente estudio se encontró que si bien se registraron incrementos significativos en su prevalencia en 1996-1997, posteriormente tendieron a la estabilidad o a la disminución, en el caso del ayuno o dietas restrictivas. Lo cual discrepa con lo encontrado por Unikel et al. (2006), ya que estos autores fundamentan –entre adolescentes– un incremento significativo en la prevalencia de los métodos no purgativos en el periodo que va de 1997 al 2003.

Finalmente la prevalencia en el ejercicio excesivo como medida compensatoria no purgativa, incrementó casi al doble de 1994 (6%), a 1996 (11%) donde obtuvo su pico más alto. Esto pudiera tener 2 posibles explicaciones: 1) si bien los resultados son en términos de porcentaje de la muestra utilizada en cada periodo, la diferencia en el número de participantes pudo haber interferido en este dramático incremento y, 2) apoyado en lo dicho por Crowther et al., el término “excesivo” es impreciso pues depende del juicio subjetivo de las mujeres para determinar el rigor de su rutina, pues el ítem 16 del EAT no contiene criterios de frecuencia (por ejemplo, al menos 2 veces por semana), ni duración de la sesión (de 1 a 2 horas). A partir del 2000 comenzó a disminuir la prevalencia al registrar un 8% cerrando con un porcentaje de 7% del 2004-2007.

La mayor contribución de este estudio fue la evaluación de la tasa de prevalencia de la sintomatología de BN, del atracón y de las conductas compensatorias, tanto purgativas como no purgativas, esto no sólo en una amplia muestra de mujeres estudiantes residentes en el área metropolitana de la Ciudad de México, sino –particularmente– abarcando un periodo de 14 años.

La relativa estabilidad con tendencia al decremento en la sintomatología de BN, reflejada a través de los años pudiera encontrar su explicación en diversos factores:

- 1) En las instituciones educativas existe un mayor y mejor conocimiento acerca de estos trastornos y los casos pueden ser identificados y canalizados de manera anticipada.
- 2) Es posible que si bien, los medios de comunicación han fungido como un importante factor de riesgo para el desarrollo de un TCA, hoy en día también son considerados como un eficaz medio promotor de la salud.
- 3) Las instituciones de salud, cuentan con un mayor apoyo por parte de los expertos en el área, por lo que la detección y diagnóstico inmediato, pudo haber desviado la curva creciente reportada en estudios previos.
- 4) Finalmente, aunque ha continuado la atención popular con respecto a estos temas, se habla de que posiblemente los TCA encontraron su punto más alto para después comenzar a disminuir al perder parte de su novedad y atractivo para las mujeres adolescentes y adultas jóvenes.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de la sintomatología de BN permaneció estable a través de los años 1994-2005 (13-16%), apoyando lo reportado por estudios anteriores, sin embargo, esta investigación registró un drástico decremento en la última cohorte (2006-2007, 8%).
- En general, la prevalencia del atracón mostró una tendencia al decremento a través del periodo evaluado, particularmente a partir del año 2000.
- El vómito auto-inducido mostró una estabilidad relativa –con cierta tendencia creciente– durante 1994 y 2003, encontrándose su pico más alto en 2002-2003 (6%), sin embargo, a partir del 2004 disminuyó significativamente (2-3%).
- Contrariamente, en cuanto a la prevalencia del consumo de laxantes se encontró que ésta permaneció relativamente estable –con variaciones no significativas– a lo largo del periodo evaluado, pero no así el de diuréticos, cuyo consumo disminuyó significativamente –al igual que el atracón– a partir del año 2000.
- De entre estas conductas compensatorias, resultó destacable el hecho de que durante 1994-1997 ponderó la prevalencia del consumo de laxantes y diuréticos (7%) sobre la del vómito auto-inducido (4-5%), sin embargo, a partir del año 2000 empezaron a equipararse (3-5% y 2-6%, respectivamente).
- Además, se confirmó que las conductas compensatorias purgativas fueron menos prevalentes que las no purgativas, por lo que estas últimas fueron las más utilizadas por las mujeres participantes en este estudio.

- Dentro de las conductas no purgativas, se encontró que la prevalencia del ayuno o la realización de dietas intensivas, mostraron un incremento significativo entre 1996-2005 (pasando de 6% a 8-10%), para después disminuir en 2006-2007 (6%).
- Mientras que, inicialmente, el ejercicio excesivo también mostró un aumento significativo en su prevalencia durante 1996-1997 (pasando de 6% a 8-10%), sin embargo, mostró una tendencia a decrementar en el 2000, resultando significativa esta reducción en el 2002-2003 (8%), para posteriormente mantenerse estable esta conducta hasta 2006-2007.
- En general, tanto la prevalencia de la sintomatología de BN como de sus síntomas específicos mostraron un patrón de disminución significativa a lo largo de los 14 años de evaluación que comprendió esta investigación, aunque esto a excepción del consumo de laxantes, el cual se mantuvo estable.

Limitaciones y propuestas para futuras investigaciones

- Aunque la muestra de este estudio fue grande, sólo se incluyó a mujeres estudiantes, por lo que los datos no pueden generalizarse a otro tipo de población.
- En este sentido, la mayoría de los estudios epidemiológicos sobre TCA, incluido el presente, han empleado técnicas de muestreo restrictivo, sin embargo, es necesario realizar estudios epidemiológicos con base a muestras probabilísticas que sean representativas de una población, ello con vistas a buscar una mayor garantía de la validez externa y, por tanto, de la generalización de los resultados obtenidos.
- Por otra parte, otra limitación de la presente investigación, fue el haber utilizado únicamente instrumentos de auto-reporte, los cuales pudieron haber sobreestimado las tasas de algunas conductas bulímicas, no

obstante, el hecho de utilizar los mismos instrumentos durante las 6 cohortes ofrece una buena consistencia interna a la investigación. Además de que los dos instrumentos utilizados en la presente investigación son dos de los de mayor empleo en el mundo, mismos que han sido validados para mujeres mexicanas. Por lo tanto, se debe tener siempre presente que para la identificación de una enfermedad, es necesaria la entrevista clínica “cara a cara” para establecer un diagnóstico fiable.

- Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones epidemiológicas evalúen de manera retrospectiva, otras variables como la insatisfacción corporal, las conductas alimentarias anómalas, la influencia sobre el modelo estético corporal y los factores de riesgo asociados a los TCA.

REFERENCIAS

- Alvarez, G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, G. (2006). Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas. Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A.R., 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-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J.M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santocini, C., Caballero-Romo, A. & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 243-248.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión revisada (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Barriguete-Meléndez, J., Unikel-Santocini, C., Aguilar-Salinas, C., Córdoba-Villalobos, J., Shamah, T., Barquera, S. et al. (2009). Prevalence of

abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico (Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Pública de México*, 51, S638-S644.

Bautista, M.L., Franco, K., Mancilla, J.M., López, X. & Alvarez, G. (2008, Mayo). Binge eating disorder and bulimia nervosa: A discriminant analysis. Cartel presentado en la 2008 International Conference on Eating Disorders, Seattle, WA, USA.

Becker, A. & Fay, K., (2006). Sociocultural issues and eating disorders. En: S. Wonderlich, J. Mitchell, M. de Zwaan & H. Steiger (Eds.). *Annual review of eating disorders, Part II*. (pp. 35-62). United Kingdom: Academy for Eating Disorders.

Behar, R. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: R. Behar & G. Figueroa. (Eds.). *Anorexia nerviosa y bulimia: Clínica y terapéutica*. (pp. 17-53). Chile: Mediterráneo.

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.

Chen, H. & Jackson, T. (2008). Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *European Eating Disorders Review*, 16, 375-385.

Crowther, J., Arney, M., Luce, K., Dalton, G. & Leahey, T. (2008). The point prevalence of bulimic disorders from 1990 to 2004. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 491-497.

Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J. & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186, 132-135.

- Dancyger, I.F. & Garfinkel, P.E. (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 25, 1019-1025.
- Engström, I. & Norring, C. (2002). Estimation of the population "at risk" for eating disorders in a non-clinical Swedish sample: A repeated measure study. *Eating and Weight Disorders*, 7(1), 45-52.
- García-Camba, E. (2001a). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 3-29). Barcelona: Masson.
- García-Camba, E. (2001b). Trastorno por atracón. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 141-155). Barcelona: Masson.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms or anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 270-279.
- Guerro-Prado, D., Barajau, J. & Chinchilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: Una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 403-410.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Herzog, D. & Selwyn, S. (2001). Classification of eating disorders. En: R. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.). *Eating disorders*. (pp. 31-50). Washington: American Psychological Association.
- Hoek, W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389-394.

- Holm-Denoma, J., Gordon, K. & Joiner, T. (2004). Classification of eating disorders. En: S. Wonderlich, J. Mitchell, M. de Zwaan & H. Steiger (Eds.). *Annual review of eating disorders, Part II.* (pp. 125-136). United Kingdom: Academy for Eating Disorders.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. En: S. Wonderlich, J. Mitchell, M. de Zwaan & H. Steiger (Eds.). *Eating disorders review, Part I.* (pp. 59-85). United Kingdom: Academy for Eating Disorders.
- Kaufer, M. & Ávila, R.H. (2003). ¿Somos obesos? Evaluación antropométrica de la obesidad en el adulto. *Cuadernos de Nutrición*, 26(1), 21-28.
- Keel, P., Heatherton, T., Dorer, D., Joiner, T. & Zalta, K. (2006). Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychological Medicine*, 36, 119-127.
- Keel, P. & Klump, K. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129, 747-769.
- Kerlinger, F.N. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales.* México: Mc. Graw-Hill.
- Kinzl, J.F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B. & Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 287-292.
- López, X. (2008). Caracterización del trastorno por atracón en mujeres y hombres mexicanos. Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México.

- 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., Gómez-Peresmitré, G., Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X. et al. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: J.M. Mancilla & G. Gómez (Eds.) *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. (pp. 123-171). México: Manual Moderno y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mancilla-Díaz, J.M., Franco-Paredes, K., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Alvarez-Rayón, G. & Tellez-Girón, M.T. (2007). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European of Eating Disorders Review*, 15, 463-470.
- Martínez, L. (2005). Comportamiento alimentario, sintomatología de ansiedad, depresión y TPA en tres grupos de mujeres mexicanas: Normopeso, sobrepeso y obesas. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, S., Alvarez, G., Góngora, J., Franco, K. & Mancilla, J.M. (2009, Abril). Comparación entre mujeres y varones adolescentes de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Trabajo presentado en el VI Congreso Hispanolatinoamericano de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cancún, México.
- McGuigan, F. (1998). *Psicología experimental: Enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Menard, S. (1991). *Longitudinal research*. London: SAGE.

- Miotto, P., de Coppi, M., Frezza, M. & Preti, A. (2003). The spectrum of eating disorders: Prevalence in an area of Northeast Italy. *Psychiatry Research*, 119, 145-154.
- Morande, G., Celada, J. & Casas, J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Moreno-Altamirano, A., López-Moreno, S. & Corcho-Berdugo, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública de México*, 42, 337-348.
- Nunes, M.A., Barros, F.C., Camey, S. & Olinto, M.T.A. (2003). Prevalence of abnormal eating behaviors and inappropriate methods for weight control in young women from Brazil: A population-based study. *Eating and Weight Disorders*, 8, 100-106.
- Peláez, A., Labrador, F. & Raich, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: Consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G. et al. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281-291.
- Ross, M. & Wade, T.D. (2004). Shape and weight concern and self-esteem as mediators of externalized self-perception, dietary restraint and uncontrolled eating. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 129-136.
- Smith, C. & Thelen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863-872.

- Striegel-Moore, R.H., Franko, D.L. & Ach, E.L. (2006). Epidemiology of eating disorders: An update. En: S. Wonderlich, J.E. Mitchell, M. de Zwaan & H. Steiger. *Annual review of eating disorders: Part 2.* (pp. 65-80). Oxford: Academy for Eating Disorders.
- Tölgyes, T. & Nemessury, J. (2004). Epidemiological studies on adverse dieting behaviors and eating disorders among young people in Hungary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 647-654
- Tylka, T. & Mezydlo, L. (2004). Examining a multidimensional model of eating disorder symptomatology among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 314-328.
- Unikel, C. & Bojorquez, I. (2007). A review of eating disorders research in Mexico. *International Journal of Psychology*, 42(1), 59-68.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántara, E. & Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52(2), 140-147.
- Unikel-Santocini, C., Bojórquez-Chapeta, I., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C. & Medina-Mora, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27.
- van-Hoeken, D., Seidell, J. & Hans-Wijbrand, H. (2005). Epidemiology. En: J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (Eds.). *The essential handbook of eating disorders.* (pp. 11-34). Inglaterra: John Wiley and sons.
- Vázquez, R., Mancilla, J.M., Mateo, C., López, X., Alvarez, 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.

Vázquez, R., López, X., Alvarez, G. & Mancilla, J.M. (2006). La evaluación del trastorno por atracón. En: V.E. Caballo (Ed.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. (pp. 235-246). Madrid: Pirámide.

Walsh, T. & Satir, D. (2005). Classification of eating disorders 2002-2003. En: S. Wonderlich, J. Mitchell, M. de Zwaan & H. Steiger (Eds.). *Eating disorders review, Part I*. (pp. 155-163). United Kingdom: Academy for Eating Disorders.

Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. Nueva York: Pergamon Press.