



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Conductas de riesgo asociadas a trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos e imagen corporal en adolescentes"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Karla Areli Medina Tepal

Directora: Dra. **Rosalía Vázquez Arévalo**
Dictaminadores: Dra. **Xochitl López Aguilar**
Dr. **Juan Manuel Mancilla Díaz**

Investigación apoyada por PAPIIT IN306615





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por forjarme académicamente.

Doy gracias a la Doctora Rosalia Vázquez Arévalo, por ser una guía a lo largo de esta investigación, por depositarme su confianza y abrirme las puertas del “Proyecto de Investigación en Nutrición”, por sus valiosas observaciones y aportaciones que me ayudaron a enriquecer este trabajo y por la motivación proporcionada. Asimismo reitero la admiración que le tengo tanto personal como profesionalmente.

A la Dra. Xóchitl López Aguilar y al Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz por su retroalimentación y el tiempo que destinaron en la revisión de este trabajo.

A mi familia por inculcarme a ser perseverante y responsable, por alentarme a no desistir en mi preparación y por el amor que me profesan.

A Victor por tu invaluable apoyo en todo momento y sobretodo por creer en mí.

A la Escuela Secundaria Diurna 242 “Margarita de Gortari Carvajal de Salinas” y al Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No. 227 “Otilio Eduardo Montaña Sánchez”, por las facilidades otorgadas para la aplicación de este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA.....	4
1.1 Definición	4
1.2 Desarrollo físico y biológico.....	5
1.3 Desarrollo cognitivo	6
1.4 Desarrollo psicosocial.....	8
CAPÍTULO 2. IMAGEN CORPORAL.....	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Imagen corporal en la adolescencia	13
2.3 Insatisfacción corporal en la adolescencia.....	14
CAPÍTULO 3. ALIMENTACIÓN.....	18
3.1 Definición	18
3.2 Desarrollo de los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA) a través de las publicaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).	19
3.3 Evolución e historia de los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA).	21
3.3.1 Anorexia nerviosa (AN).....	21
3.3.2 Bulimia nerviosa (BN)	28
3.3.3 Trastorno por atracón (TPA).....	33
3.3.4 Pica.....	36
3.3.5 Trastorno de Rumiación.....	39
3.3.6 Trastorno por evitación/restricción de alimentos (TERA).....	42
MÉTODO	45
Objetivos.....	45
Descripción de variables	46
Diseño	51
Muestra	51
Instrumentos.....	55

Aparatos	56
Procedimiento	56
ANÁLISIS DE DATOS	59
RESULTADOS	61
Propiedades psicométricas CuPREA.	61
Sintomatología de AN, BN y TPA.	65
Conductas alimentarias de riesgo	70
Imagen corporal	83
DISCUSIÓN	85
CONCLUSIONES	92
REFERENCIAS	93

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar la presencia de sintomatología y conductas alimentarias de riesgo relacionadas a los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA). La muestra estuvo conformada por 292 participantes de sexo masculino y femenino con una edad promedio de 14.58 años, procedentes de instituciones educativas públicas del área metropolitana de la Ciudad de México, los cuales contestaron cinco cuestionarios: EAT-26 para evaluar AN, BULIT para BN, QEWP-R para TPA, MBRSQ para valorar imagen corporal y para detectar conductas alimentarias de riesgo asociados a Pica, Trastorno de Rumiación y Trastorno por Evitación/Restricción de Alimentos (TERA), el instrumento CuPREA, el cual se elaboró en la presente investigación, constó de 23 preguntas y obtuvo un $\alpha=.73$. Con respecto a los resultados, se encontró que la sintomatología de TPA fue la más frecuente en la muestra total (4.79%), seguida de la sintomatología de BN (3.08%) y AN (2.74%), por sexo se obtuvieron porcentajes semejantes de sintomatología de estos tres trastornos tanto en hombres (5.48%) como en mujeres (5.14%). En lo que respecta a las conductas compensatorias purgativas más empleadas fueron el vómito para perder peso 4.11% y el empleo de laxantes 4.11%, en cuanto a las conductas para la reducción de peso, la más frecuente fue la práctica de ejercicio con 17.12%. Asimismo, dentro de las conductas asociadas a trastornos de Pica, Rumiación y Evitación/restricción de alimentos 22.26% mencionó consumir sustancias no comestibles, 1.71% admitió regurgitar y 24.31% afirmó que evitaban alimentos por características organolépticas. Finalmente en relación a la imagen corporal, se observó que no fue de relevante en la presencia de trastornos de Pica y Rumiación, sin embargo se reportaron diferencias entre hombres y mujeres, estas últimas mencionaron emplear más conductas encaminadas al cuidado de la apariencia, mientras que los hombres señalaron estar físicamente en forma y ser competentes atléticamente. En conclusión, los hombres mostraron porcentajes elevados de sintomatología de AN, BN y TPA, lo anterior implica un mayor estudio en esta población, ya que son pocos los estudios específicos en varones adolescentes, además, el instrumento CuPREA resultó ser una buena herramienta para la evaluación de conductas centrales de Pica, Rumiación y Evitación/restricción de alimentos.

Palabras clave: *Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos, conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal y adolescentes.*

INTRODUCCIÓN

La alimentación en la adolescencia está influida por factores físicos, biológicos, socioculturales y psicológicos como: cambios corporales, el estilo de vida, la influencia de pares, los patrones inculcados desde la infancia, influencia de medios, entre otros (Bruening et al., 2012). Estos factores intervienen en el tipo de alimentos que consumen los adolescentes, los cuales se caracterizan por ser de poco valor nutricional y alto contenido calórico, lo que trae como consecuencia padecimientos como el sobrepeso y la obesidad.

En contra parte, en esta etapa también existe preocupación por la apariencia física debido a los cambios derivados de la pubertad y las exigencias socioculturales entorno al cuerpo, lo anterior podría desencadenar insatisfacción con la imagen corporal y con esto la adopción de conductas alimentarias de riesgo para conseguir el cuerpo deseado.

Estas conductas están asociadas a los antes llamados *Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)*, no obstante, con la quinta publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se realizan modificaciones importantes: la primera es que cambian de nombre a *Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA)* debido se conjuntan los trastornos de AN, BN y TPA a trastornos que eran característicos de la infancia como Pica, Rumiación y Evitación/Restricción de Alimentos (TERA), otro cambio importante es que el Trastorno por Atracón (TPA) deja de ser un TCANE (Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado) y es reconocido como trastorno al igual de AN y BN. Estas modificaciones se realizaron debido a que muchos de los niños y adolescentes no podían ser diagnosticados usando los criterios del DSM-IV-TR y la mayoría eran clasificados en la categoría de TCANE, lo que representa un problema debido a que estos no recibían el tratamiento apropiado poniendo en riesgo su salud y su vida.

Lo anterior implica la actualización en la literatura y creación de instrumentos que permitan lograr una mayor comprensión de las conductas alimentarias de riesgo que pudieran practicar los adolescentes. Por esta razón la presente tesis tuvo como objetivo identificar la presencia de sintomatología y conductas alimentarias de riesgo relacionadas a los TAIA en adolescentes de 12 a 19.

El presente trabajo está compuesto por 3 capítulos teóricos: en el primero se abordan los aspectos biopsicosociales que influyen en el desarrollo del adolescente, el capítulo dos contiene los antecedentes de la imagen corporal y los factores que propician el desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal en la adolescencia y en el tercer capítulo se desglosan los antecedentes, la prevalencia y las conductas alimentarias características de cada uno de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

Posteriormente se presenta el método, en donde se incluyen los objetivos de la investigación, la descripción tanto conceptual como operacional de las variables que se evaluaron, los instrumentos empleados, las características de la muestra y el procedimiento. Consecutivamente se detallan los procedimientos estadísticos que se utilizaron, se presentan las propiedades psicométricas del instrumento CuPREA, los resultados de sintomatología de AN, BN y TPA, la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas a los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos y se realiza un análisis de los aspectos actitudinales que influyen en la imagen corporal.

Por último se presenta la discusión, en la cual se analizan los altos porcentajes de sintomatología en varones; la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo como: de restricción alimentaria, atracón alimentario, vómito, ejercicio excesivo, uso de laxantes y diuréticos asociadas a trastornos como AN, BN y TPA. Además de la presencia de regurgitación, de consumo de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas y la evitación de alimentos por características organolépticas. Por último, se examinan las diferencias por sexo y fase de la adolescencia de actitudes hacia la imagen corporal.

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA

1.1 Definición

La adolescencia se define como la transición o proceso de crecimiento que va de la niñez a la adultez, en la cual se experimentan cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales (Toro, 2010). A partir de estos, los adolescentes alcanzan la madurez sexual, obtienen nuevas responsabilidades, adquieren una identidad, toman sus propias decisiones y establecen relaciones sociales, lo anterior favorecerá su autonomía y su adaptación psicosocial (Santrock, 2006; Weissman, 2005).

Por otro lado, Gowers (2005) y Garrison y Felice (2009) afirman que la adolescencia comienza con la llegada de pubertad y concluye cuando el adolescente adquiere la independencia de su familia de origen. Por pubertad se entiende como el conjunto de cambios endócrinos y fisiológicos con los cuales se adquiere la capacidad reproductiva y se diferencia de la adolescencia en que la pubertad únicamente comprende a los cambios fisiológicos mientras que adolescencia se refiere al crecimiento y desarrollo psicosocial (Muss, 2004).

Si bien, establecer a la pubertad como el inicio de la adolescencia es impreciso, debido a que los cambios que se presentan no son uniformes y varían de individuo a individuo. Para realizar una delimitación adecuada se deben de tomar en cuenta características como: el género, el sexo, el desarrollo cognoscitivo, el contexto en el que se desarrolla y los grupos con los cuales interactúa el adolescente (Hurlock 2002). Con base en lo anterior, la UNICEF (2011) propone un criterio cuantitativo para su demarcación que abarca de los 10 a los 19 años de edad, pero crea una división argumentando que las necesidades sociales y psicológicas son diferentes del adolescente más joven al de mayor edad, por lo que fragmenta a esta etapa en adolescencia temprana y tardía.¹

Por último es importante mencionar las repercusiones que conllevan estos cambios. En la mayoría de los adolescentes estos son asimilados sin problemas debido a que poseen mayores habilidades de afrontamiento y adaptación, sin embargo, cuando el adolescente no cuenta con estas habilidades estos cambios en ocasiones se tornan complejos si es que el contexto en el que se desenvuelve se encuentra afectado por factores como: un entorno

¹ La adolescencia temprana va de los 10 a los 14 años y la tardía abarca de los 15 a 19 años.

social empobrecido, problemas familiares, escolares o interpersonales, dificultades emocionales, entre otros (Lemos 1996). Lo que trae como consecuencia el padecimiento de trastornos depresivos, de conducta, relacionados al uso de sustancias, de ansiedad, de la alimentación, entre otros (Alaéz, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000).

1.2 Desarrollo físico y biológico

Como se mencionó con anterioridad adolescencia y pubertad aparecen interrelacionadas, por lo que resulta de gran importancia mencionar los cambios experimentados en esta última como: el crecimiento óseo, la redistribución de la grasa corporal y tejido muscular, la maduración sexual y los cambios hormonales y endócrinos, (Bastiani, Graber y Brooks-Gunn, 2006).

Crecimiento óseo, redistribución de la grasa corporal y tejido muscular.

El aumento de estatura, peso y tejido muscular; son cambios que se presentan en la pubertad, estos se inician uno o dos años antes que los órganos sexuales lleguen a la madurez y persiste de seis meses a un año. En las mujeres el incremento de estatura y peso comienza entre los 8.5 y los 11.5 años y se detiene entre los 15 y 16; mientras que en los varones inicia entre los 10.5 y 14.5 años y cesa entre los 17 o 20 años (Coleman y Hendry, 2003). Además, el incremento del peso en las mujeres es mayor antes y después de la pubertad que en los hombres, sin embargo, aproximadamente a los 14 años los niños superan a las niñas en peso (Stantrock, 2006).

Por otro lado, Toro (2010) menciona que al finalizar la pubertad los hombres presentan 1.5 veces más tejido magro en comparación con las mujeres, ya que estas tienden a acumular 2 veces más tejido graso que los hombres. Esta acumulación se presenta principalmente en las caderas en el caso de las mujeres, debido a que su cuerpo se prepara para la fertilidad, mientras que en los hombres el tejido graso se localiza en el abdomen. Asimismo las mujeres logran alcanzar la totalidad de masa muscular entre los 15 y 16 años y los hombres hacia los 19 o 20 años.

Maduración sexual

Con respecto al desarrollo sexual secundario, las mujeres experimentan crecimiento de los pechos, aparece vello púbico, axilar y facial sobre el labio superior, mejillas y a los lados de la barbilla el cual es de una textura más fina que el de los hombres. Además se

presenta el ensanchamiento de caderas a causa del aumento en el tamaño la pelvis y la grasa subcutánea de esa zona y por último la primera menstruación (Berger, 2006). En el caso de los hombres presentan crecimiento testicular, se desarrolla musculatura, se ensancha la espalda, existe crecimiento de vello púbico, axilar y facial, comienzan las poluciones nocturnas y se presenta cambio de voz debido al desarrollo de la laringe y la longitud de las cuerdas vocales (Hurlock, 2002).

Cambios hormonales y endócrinos

En términos generales los cambios derivados de la pubertad están determinados por el sistema endócrino a partir de la elaboración de la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropina GnRH, esta estimula a las células hipotalámicas productoras de la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH) [Ros, Morandi, Cozzetti, Lewintal, Cornella y Surís, 2001]. Lo anterior trae como consecuencia que las gónadas aumenten su tamaño y maduren provocando que los ovarios secreten estrógenos y los testículos testosterona, estas hormonas estimulan el desarrollo de las características sexuales secundarias femeninas y masculinas (Iglesias, 2013). Otra glándula afectada por la liberación de la GnRH es la hipofisaria, la cual segrega la hormona del crecimiento humano (HGH) responsable del desarrollo y el funcionamiento del esqueleto. Y por último las glándulas adrenales las cuales secretan estrógenos y andrógenos tanto en hombres como en mujeres, cabe mencionar que estas hormonas son responsables del crecimiento de vello púbico y axilar (Rice, 2000).

1.3 Desarrollo cognitivo

Según Piaget e Inhelder (1997) la adolescencia ocupa la última etapa del desarrollo cognoscitivo, *la operativa formal*. Esta empieza en la adolescencia y continúa en la adultez, a su vez se encuentra conformada por dos sub-estadios, el primero comienza a los 11 o 12 y se denomina “operaciones formales incipientes” y el segundo “operaciones formales” el cual inicia a los 13 o 14 años y se consolida en la adolescencia tardía.

Asimismo estos autores señalan que en esta etapa se experimentan cambios cualitativos en el pensamiento, como el desarrollo del pensamiento abstracto, que consiste en que el pensamiento del adolescente no estará limitado a lo que observa ni a su experiencia inmediata, lo que contribuye a que este pueda comprender la realidad

intangibles y que adquiriera la habilidad cognitiva de planear, es decir, de pensar en los pasos y la secuencia que se requieren antes de empezar una tarea; lo cual mejora la habilidad de aprendizaje, memoria y la solución de problemas (Craig, Mehriens y Clarizo, 1988; Kimmel y Weiner, 1995)

De igual forma en esta etapa se desarrolla el pensamiento hipotético-deductivo, el cual posibilita que partir de un problema el adolescente elabore explicaciones que podrían ser correctas y a partir de éstas, hace experimentos para comprobar su teoría, basados en la lógica proposicional que se presenta a través del lenguaje, esta refiere al uso de una lógica verbal que permite aseverar la falsedad o verdad de los enunciados desligándose de la realidad (Giménez-Dasí, 2008).

En contraste Vygotsky, (1928 citado en Machado, 2010) establece que a lo largo del desarrollo del ser humano se modifica el contenido y la forma del pensamiento, esta modificación conlleva a la adopción de nuevos mecanismos de conducta que dan paso a una etapa superior de operaciones intelectuales. En el caso particular de los adolescentes, menciona que en su pensamiento se establece una nueva relación entre momentos abstractos y concretos, además aparecen formas sintéticas complejas, es decir, que el pensamiento adquirido en la infancia (funciones psíquicas elementales) se va a reestructurar en la adolescencia (funciones psíquicas superiores) con lo cual viejas estructuras se reforman sobre bases nuevas.

Además señala que los cambios en el pensamiento del adolescente son originados por la formación de conceptos, los cuales se deben a dos factores: por un lado el contenido de los conocimientos asimilados y por otro el lenguaje. A través de la formación de conceptos, el contenido del pensamiento se renueva y se crean nuevas formas de conducta, también surge una conciencia social objetiva que es cuando el adolescente se empieza a interesar por la ciencia, el arte y las diversas formas de cultura; que sólo pueden ser entendidas en conceptos.

Otro de los cambios cognitivos es el egocentrismo, este tiene origen a partir de que el adolescente comienza a pensar más en sí mismo que en los demás. El egocentrismo se manifiesta a partir de la audiencia imaginaria y fábulas personales, la primera se refiere a comportamientos para atraer la atención y ser notado, mientras que las fábulas personales,

son aquellos pensamientos que hacen que el adolescente se considere único e invulnerable (Elkin, 1976; citado en Giménez-Dasí, 2008).

1.4 Desarrollo psicosocial

Como se mencionó con anterioridad en este periodo se presentan cambios a nivel físico, biológico y cognitivo, los cuales serán determinantes para la realización de ciertas tareas que llevarán al adolescente al éxito en la vida adulta, éstas son: la búsqueda de identidad, autonomía y la competencia emocional y social (Gaete, 2015).

La búsqueda de identidad está influida por la interacción continua entre el adolescente y el contexto, según Zacarés e Iborra (2015) esta se compone de tres niveles: el nivel personal, relacional y colectivo.

- Nivel personal: Se refiere a la percepción que tiene el adolescente sobre de si mismo, esta incluye aspectos como metas, valores, creencias y autoevaluaciones.
- Nivel relacional: Representa la interacción con otros que se ve enmarcada en diferentes roles o posiciones sociales (hijo, estudiante, amigos, etc.)
- Nivel colectivo: Abarca aspectos cognitivos y afectivos derivados de la pertenencia a ciertos grupos con los cuales el adolescente se identifica (la etnia, nacionalidad o género).

Asimismo la identidad se va formando a lo largo del desarrollo humano, no obstante, en la adolescencia esta deja de estar ligada a los padres o adultos con los cuales el adolescente interactúa, por lo que este deberá crear una identidad propia. En la fase temprana de esta etapa se tienen una visión utópica del mundo con objetivos irreales y pobre control de impulsos, sin embargo, es al final de la fase tardía cuando el adolescente suele ser más realista, racional y comprometido con objetivos vocaciones y valores morales, religiosos y sexuales consolidados, los cuales le permiten alcanzar su autonomía (Iglesias, 2013). Se dice que el adolescente obtiene autonomía, cuando adquiere la independencia familiar, es decir, cuando este acepta responsabilidades y consigue una independencia económica, aunado a esto se deberá de conseguir una independencia emocional, a partir de la separación progresiva de la familia de origen, construyendo lazos emocionales de amistad o de pareja profundos (Hidalgo, Ceñal y Güemes, 2014).

En lo que respecta a la competencia emocional definida como la capacidad para afrontar y solucionar situaciones y la competencia social que se refiere a la habilidad para relacionarse con otros; ambas aparecen vinculadas debido a que la competencia social influye en el bienestar emocional del adolescente, esta satisface las necesidades sociales tales como: la necesidad de ternura, compañía divertida, aceptación social, intimidad y relaciones sexuales (Sullivan, 1953; citado en Santrock, 2003), las cuales son requisito a lo largo de esta etapa, ya que en la adolescencia temprana existe un gran interés por los pares los cuales forman parte en las decisiones y opiniones; mientras que en la adolescencia tardía usualmente se establecen con mayor frecuencia relaciones de pareja (Gowers, 2005).

Si bien las relaciones entre pares se vuelven más importantes en la adolescencia, esto conlleva a que los jóvenes realicen actividades fuera del control parental, por ejemplo: consumir alcohol, usar drogas, fumar, realizar conductas delincuentes e iniciar una vida sexual. Con respecto a esta última Feldmann y Middleman (2002) apuntan que el adolescente irá desarrollando su identidad sexual a través de conductas no coitales, fantasías, masturbación y relaciones sexuales; aquí los pares adquieren relevancia, ya que son fuentes de información con respecto a la sexualidad, sin embargo, los intercambios de información que realizan pueden llegar a ser erróneos lo que deja al adolescente en situación de vulnerabilidad, debido a que pueden llegar a contraer enfermedades de transmisión sexual o presentar embarazos no deseados, por lo que el adolescente tendrá que validar la información obtenida en otras fuentes como televisión, internet, chats, libros, revistas, entre otras (Fortenberry, 2013).

CAPÍTULO 2. IMAGEN CORPORAL

2.1 Antecedentes

Se ha documentado que el concepto de imagen corporal fue acuñado por primera vez por Paul Schilder en 1935, quien la definió como: “la imagen de nuestro propio cuerpo que nos formamos en la mente, es decir, la forma en que el cuerpo aparece en nosotros mismos” (Dorian y Garfinkel, 2002, p.1), no obstante, esta concepción hace referencia únicamente al aspecto perceptual del cuerpo.

Consecutivamente además de este último se añade el componente actitudinal que corresponde a los sentimientos y emociones derivados de las características del cuerpo, descrita por Slade (1988 citado en Slade 1994, p.1) como: “la imagen que tenemos en nuestra mente del tamaño, figura y forma de nuestros cuerpos, y nuestros sentimientos con respecto a las características y partes del cuerpo constituyentes”

Posteriormente Thompson (1990) además de los elementos perceptivo y actitudinal, complementa la definición de ambos componentes y añade un tercer, el conductual. El primero de ellos engloba al tamaño, peso y forma de como se percibe el cuerpo en su totalidad y en cada una de sus partes; el segundo componente lo nombra cognitivo-afectivo, y es relativo a las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que se hacen del cuerpo y por último está el aspecto conductual referente a las conductas derivadas de la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados a este.

En el mismo año Cash y Pruzinsky (1990 citado en Cash, 2004) al igual que Thompson (1990) respaldan el carácter multidimensional de la imagen corporal, la cual abarca la autopercepción y las actitudes relacionadas con el cuerpo incluyendo; pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos. Mas tarde Cash (1994) dentro de las actitudes relacionadas al cuerpo sostiene la existencia de dos dimensiones:

- *Evaluación de la imagen corporal*: que se refiere a la satisfacción o insatisfacción de una persona y las creencias evaluativas acerca del cuerpo. Por *satisfacción corporal* se entiende como el grado en que una persona evalúa positivamente sus características físicas y por *insatisfacción corporal* la oposición entre lo percibido y la apariencia física real. Esta última es un componente de la *alteración de la imagen corporal* definida como una combinación entre la insatisfacción con el cuerpo y la angustia significativa que da como resultado el deterioro del

funcionamiento psicosocial, cabe mencionar que la unión entre insatisfacción y alteración de la imagen corporal conforman lo que muchos expertos llaman *imagen corporal negativa* (Burke, Schaefer y Thompson, 2012).

- *Inversión de la imagen corporal*: esta se refiere a la importancia cognitiva, conductual y emocional del cuerpo para la auto-evaluación, relacionada con auto-esquemas, los cuales son generalizaciones cognitivas que los individuos realizan sobre sí mismos (Cash, Melnyk y Hrabosky, 2004), estos están influidos por las experiencias personales y contextuales, y no únicamente con la apariencia física sino también están relacionadas con las competencias físicas funcionales y la integridad biológica, por ejemplo fuerza, la salud, condición física entre otras (Cash, 2012).

Como se mencionó con anterioridad la imagen corporal es multidimensional, no obstante, su origen y desarrollo indica ser multicausal, por consiguiente Slade (1994) establece un modelo con siete factores (véase figura 1), que son:

- Historia de la entrada sensorial a la experiencia corporal*: Se refiere a información recibida del medio acerca de como debe ser la forma, tamaño y apariencia del cuerpo.
- Historia de la fluctuación o cambio en el peso corporal*: Representa las fluctuaciones del peso corporal que experimenta un individuo a lo largo de su desarrollo, ya que este cambio puede crear una visión muy amplia de la imagen corporal.
- Normas sociales o culturales*: Se caracteriza por fomentar un ideal corporal que es plasmado en subgrupos de la sociedad.
- Actitudes individuales hacia el peso y la figura*: Adherencia a normas culturales y sociales con respecto a actitudes sobre el peso y figura.
- Variables cognitivas y afectivas*: Expectativas, sentimientos y pensamientos que se tienen entorno al cuerpo.
- Psicopatología individual*: Se refiere a la alteración de la imagen corporal característica de trastornos como la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, que es influenciada por variables sociales culturales, actitudes sobre el cuerpo, entre otras.

G. *Variables biológicas*: Se refiere a la edad, sexo y/o enfermedades que contribuyen al origen corporal.

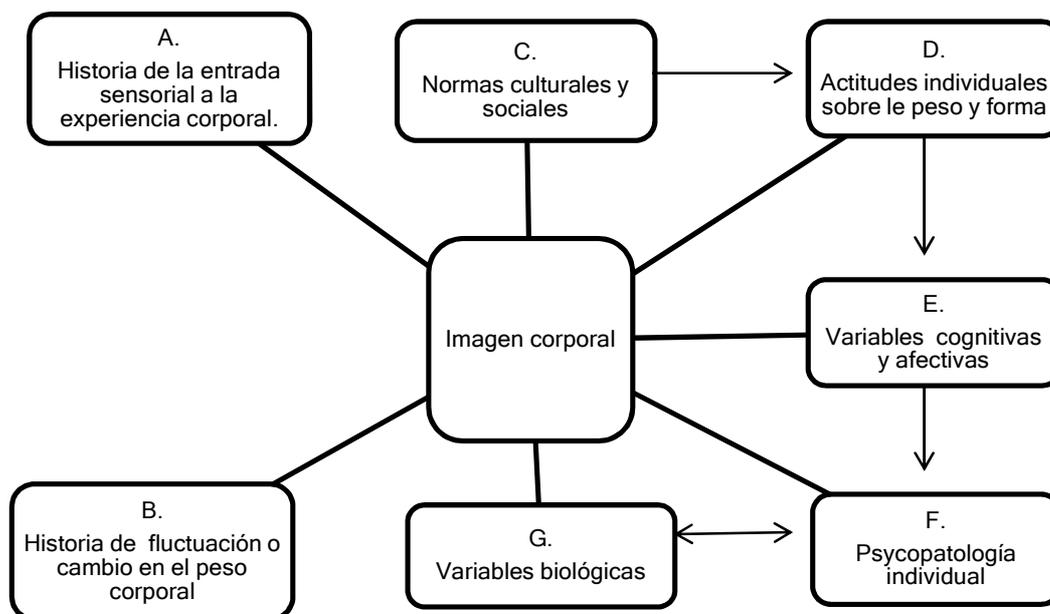


Figura 1. Modelo de imagen corporal sugerido por P.D. Slade, 1994, *Behaviour Research and Therapy*, 32, p. 501.

2.2 Imagen corporal en la adolescencia

La imagen corporal es un aspecto especialmente relevante en la adolescencia debido a que en esta se experimentan cambios físicos y psicológicos que en ocasiones generan preocupación, rechazo o inseguridad sobre el propio cuerpo, además de estos cambios están las exigencias socioculturales entorno al cuerpo, las cuales provocan en el adolescente sentimientos de ansiedad y desvalorización, si es que no se cumple con el “ideal corporal”.

Si bien, existen múltiples factores responsables del desarrollo de la imagen corporal en esta etapa, al respecto Jones y Smolak (2011) proponen la unión de dos modelos para explicarlo: el biopsicosocial y el ecológico. El primero es una aproximación holística, que involucra características individuales y del ambiente social, mientras que el ecológico establece que el desarrollo de la imagen corporal se da a partir de múltiples niveles del ambiente como: el microsistema que se refiere a sitios de interacción diaria, mesosistema a las instituciones y el exosistema que engloba las creencias que representan a la sociedad y la cultura que influyen en el origen de la imagen corporal (véase figura 2). El propósito de vincular estos dos modelos es porque según estos autores “el sentido de la imagen corporal en la adolescencia emerge de la interacción recíproca y de las transformaciones individuales en el contexto relacional y cultural (p.78)”.

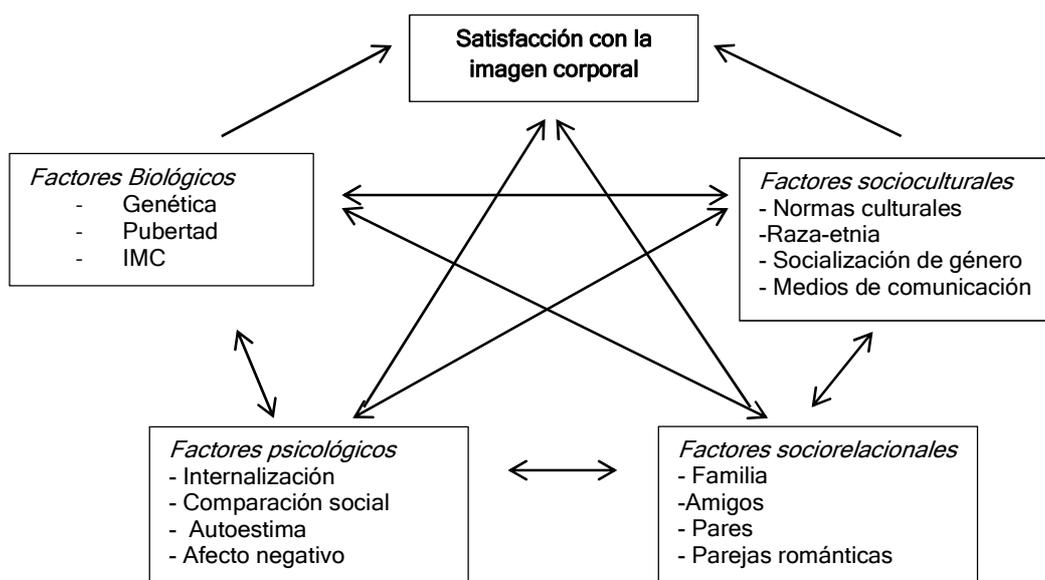


Figura 2. Factores que intervienen en el desarrollo de la imagen corporal en adolescentes por D. C. Jones y L. Smolak, 2011, Encyclopedia of adolescence, p. 79.

2.3 Insatisfacción corporal en la adolescencia.

El malestar con la imagen corporal se puede manifestar en diferentes grados, cuando existe cierta inconformidad similar a la del resto de la población sin que esta interfiera en el funcionamiento psicosocial se dice que el *malestar es normativo*, no obstante cuando se presenta devaluación de la apariencia física y se emplean conductas de riesgo para la salud se habla de *insatisfacción corporal* (Vázquez et al., 2011)

Existen diversos factores que contribuyen al desarrollo de la insatisfacción corporal en la adolescencia, según Jones y Smolak (2011) uno de ellos es *la pubertad*, por cuatro razones importantes:

1. Los cambios físicos característicos de esta etapa.
2. La insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios suelen ser más frecuentes en la adolescencia temprana.
3. En esta etapa se adoptan roles de género asociados con la feminidad y masculinidad y uno de ellos tiene que ver con la apariencia física donde las mujeres tienen que ser delgadas y los hombres fuertes y musculosos.
4. Está asociada a problemas psicológicos y de conducta.

No obstante, la satisfacción o insatisfacción también dependerá de la *autoimagen* y *autoestima*, ya que, según Toro (2010) “una gran proporción del autoconcepto y del autoestima personal del adolescente está determinado por el grado de satisfacción o insatisfacción corporal que experimenta (p.73)”, es decir, a mayor autoestima mayor satisfacción con la imagen corporal. Al respecto Thomaes, Poorthuis y Nelemans, (2011) apuntan a que una de las causas por las que se puede presentar autoestima baja en este periodo es porque se presta demasiada importancia a la apariencia física debido a que los adolescentes están expuestos a influencias socioculturales, lo anterior se presenta más en mujeres debido a que estas suelen evaluar su físico negativamente debido a que se comparan con normas idealizadas, asimismo señalan que en esta etapa las mujeres suelen ser más críticas entre sí que los hombres lo que provoca un descenso en su autoestima.

Por otro lado Thompson, Schaefer y Menzel (2012) reportaron que los factores socioculturales también contribuyen para que se desencadene insatisfacción corporal, estos establecen que la familia, los pares y los medios influyen en su desarrollo.

- *Familia*: Modela conductas entorno al cuerpo y el peso, como conductas de dieta o comentarios a cerca de la apariencia. Al respecto Burke, Schaefer y Thompson (2012) señalan que los adolescentes que experimentan comentarios negativos entorno a su apariencia por parte de sus padres muestran mayores niveles de interiorización del ideal de delgadez e insatisfacción.
- *Pares*: Se sabe que los adolescentes inician procesos para encajar en grupos lo que ocasiona vulnerabilidad hacia las percepciones que otros tienen sobre ellos. Davison (2012) afirma que los adolescentes que presentan mayor preocupación en torno a su apariencia se caracterizan por un pobre funcionamiento social, debido a que tienen una baja aceptación por parte de sus pares, perciben poco apoyo social y tienen menos amistades íntimas.
- *Medios de comunicación*: Promueven ideales de la imagen corporal en hombres y mujeres, estos estereotipos o ideales corporales, son transmitidos a través de la exposición de contenidos o imágenes corporales a diversos grupos sociales de diferentes edades pero es en la adolescencia donde pueden tener mayor impacto (Calado y Lameiras, 2014). En la actualidad la figura corporal y las tallas que muestran en las revistas y anuncios son imposibles de conseguir por la mayoría de las personas, además Burke, Schaefer y Thompson (2012) indican que al hablar del rol de los medios en el desarrollo de la imagen corporal se deben tener en cuenta variables como la edad, las implicaciones de las comparaciones sociales y los niveles iniciales de insatisfacción corporal, ya que una persona joven es más susceptible a los efectos de los medios y a realizar comparaciones entorno a su imagen corporal y a las imagen que estos exhiben, lo que resulta en una imagen corporal negativa.

Asimismo, Thompson, Schaefer y Menzel, (2012) sugieren que la insatisfacción corporal se da a través de dos procesos: el primero corresponde a la *interiorización de los ideales* que se tienen sobre la apariencia y el otro es la *comparación social*, esta última propone que los seres humanos realizan comparaciones de si mismos con otros y que es a través del medio donde recolecta información sobre la apariencia de los demás. Al respecto Tatangelo, McCabe y Ricciardeli (2015) mencionan que los adolescentes establecen comparaciones con sus pares y a su vez los pares ejercen influencias respecto a la imagen

corporal del adolescente debido a que en esta etapa se sostienen conversaciones relacionadas con la apariencia que funcionan como una fuente de motivación al elegir un objeto de comparación, no obstante cuando las comparaciones que realizan son inapropiadas provoca vulnerabilidad a presiones socioculturales en torno a la apariencia (Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 2002).

También es importante mencionar que la insatisfacción se puede presentar con todo el cuerpo, es decir, puede existir preocupación respecto a la forma, peso y talla del cuerpo o puede mostrarse específicamente con ciertas características o partes del cuerpo (Wertheim y Paxton 2012). No obstante, tales preocupaciones suelen ser diferentes en hombres y mujeres, por lo que a continuación se presentan las diferencias y semejanzas por género respecto a la insatisfacción con áreas corporales específicas, la importancia de funcionalidad contra la importancia hacia la apariencia física, los atributos asociados al ideal corporal, el empleo de conductas alimentarias y la preocupación por el peso (ver tabla 1)

Tabla 1.
Insatisfacción corporal diferencias y semejanzas por género

Diferencias	Hombres	Mujeres
<i>Insatisfacción con áreas corporal</i>	Hombres experimentan insatisfacción con el tamaño de su musculatura, altura, fuerza y partes específicas de su cuerpo como hombros, bíceps y pechos (Ricciardelli, 2012).	Las mujeres experimentan insatisfacción en la parte media y/o baja de su cuerpo, Específicamente en muslos, cadera, trasero y estómago (Levine y Smolak, 2002).
<i>Funcionalidad y apariencia física</i>	El deporte está estrechamente relacionado con la percepción sobre su imagen corporal, ya que este funciona como contexto para que estos hablen abiertamente sobre su apariencia y también funciona como medio para demostrar su musculatura, su fuerza, resistencia y dureza. Tatangelo, McCabe y Ricciardelli (2015)	Desean una figura esbelta y se preocupan más en su apariencia. Tatangelo, McCabe y Ricciardelli (2015)
<i>Atributos asociados a la musculatura y la delgadez.</i>	Asocian la musculatura con ser física y sexualmente más atractivos, y con características como fuerza, agilidad, rapidez entre otras, las cuales son importantes para realizar trabajos físicos (Ricciardelli, 2012)	Asocian la delgadez con ser más felices, saludables, tener una mejor apariencia y ser más exitosas con los hombres. Asimismo señala que adolescentes que padecen algún trastorno o enfermedad genética

Similitudes	que afecta las características del cuerpo e influyen en la apariencia se someten a procedimientos cosméticos y quirúrgicos para cambiar su estructura corporal y facial (Wertheim y Paxton, 2012)	
<i>Preocupación por el peso y empleo de conductas alimentarias de riesgo.</i>	Desean aumentar su musculatura y que al mismo tiempo que esta sea magra, por lo que recurren a estrategias para perder peso como purgas, uso de laxantes, practican ejercicio excesivo y se saltan comidas (Ricciardelli, 2012).	Desean ser delgadas por lo que recurren a estrategias para perder peso como uso de laxantes, vómito, ayunos y empleo de dietas (Wertheim y Paxton, 2012)
	Un peso bajo en algunos casos propicia el empleo de estrategias para incrementar la musculatura, mientras que tener sobrepeso genera insatisfacción y la adopción de estrategias para perder peso (van den Berg, 2012)	Experimentan malestar con su peso y su figura a pesar de tener un peso normal o incluso estar por debajo de este. Aquellas que tienen sobrepeso muestran mayor insatisfacción, baja autoestima y practican con frecuencia conductas para bajar de peso (Levine y Smolak, 2002).

En resumen la imagen corporal es la percepción que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, valoraciones y sentimientos, y el modo de comportarnos a partir de estos (Raich, 2000). Además esta se desarrolla en la adolescencia por una combinación de factores psicológicos, sociales y biológicos, los cuales adquieren relevancia debido a que estos influirán en el malestar o aceptación de la imagen corporal.

Cuando el adolescente se valora de forma negativa, es probable que exista insatisfacción corporal y con ello mayor interiorización de ideales corporales que son imposibles de lograr, lo anterior esta asociado a efectos negativos en la salud física y psicológica, ya que se podrían experimentar sentimientos, pensamientos y conductas obsesivas entorno a la apariencia física, lo que pudiera derivar en trastornos alimentarios como Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) u otras alteraciones de la imagen corporal vinculadas a Trastorno Dismórfico Corporal como Dismorfia Muscular (Calado y Lameiras, 2014).

CAPÍTULO 3. ALIMENTACIÓN

3.1 Definición

Al hablar de alimentación es indispensable mencionar la diferencia que tiene con la nutrición, esta última es un proceso celular cuya finalidad es la obtención, asimilación y metabolismo de los nutrimentos, mientras que la alimentación es el primer paso para que se lleve a cabo la nutrición y tiene la función de proveer de sustento (Bourges, 2001). A partir de la alimentación se desencadenan otros procesos que conforman la nutrición como “la digestión de los alimentos y compuestos, la absorción intestinal de los nutrimentos, la distribución en el organismo, la metabolización en cada célula y por último la excreción de desechos” (Bourges, 2002, p.100).

Derivado de la digestión de alimentos que se definen como el conjunto de tejidos o secreciones de organismos vegetales o animales, que generalmente son sometidos a procesos culinarios o de industrialización (que a su vez constituyen la dieta) y de compuestos químicos como azúcares, grasas, proteínas, entre otros; se obtienen los nutrimentos (Bourges, 2004).

La alimentación además de ser fuente de nutrimentos, una necesidad para el cuerpo, un estímulo placentero y proveer de sustento, también funge como integrador social debido a que es elemento indispensable en ceremonias o celebraciones, con la cual se transmiten valores sociales y culturales, tradiciones, costumbres, hábitos entre otras. Asimismo esta regulada por mecanismos fisiológicos de hambre y saciedad, por factores psicológicos y emocionales como: el antojo, apetito, gustos o preferencias y vivencias de cada persona (Esquivel, Martínez y Martínez, 2014).

3.2 Desarrollo de los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA) a través de las publicaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

Se define a los TAIA como una “alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (APA, 2013, p. 329)”.

A lo largo de la historia han experimentado diversas modificaciones, sin embargo, estos se consolidan a partir de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (APA, 1980), los cuales inicialmente eran llamados “*Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)*”. Para la publicación tres revisada (DSM-III-TR, APA, 1987) desaparece el trastorno alimentario atípico y es reemplazado por los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) que englobaba a aquellos trastornos que no cumplían con los criterios diagnósticos de un TCA específico.

Posteriormente en la cuarta publicación (DSM-IV, APA, 1994) y la cuarta publicación revisada (DSM-IV-TR, APA, 2000) se dividen en “*Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia y de la niñez*” y en “*Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)*”. No obstante, en la quinta versión (DSM-5, APA, 2013) se elimina dicha división y se conjuntan en “*Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA)*”, los cuales incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, el trastorno de pica, trastorno de rumiación y trastorno por evitación/restricción de alimentos; además aparecen las categorías otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico y no específico, así como la remisión que son los datos a referir por el clínico y el nivel de gravedad para AN, BN y TPA (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla, 2015) [véase tabla 2].

Tabla 2. Evolución de los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos a través de las publicaciones del DSM.

Publicación Año	DSM-III 1980	DSM-III-TR 1987	DSM-IV 1994	DSM IV-TR 2000	DSM-5 2013
Capítulo	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ¹ Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia ²	Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ¹ Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia ²	Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA)
Nombre	Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ¹ Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez ²	Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ¹ Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez ²	Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA)
Trastornos que incluían	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa • Bulimia • Trastorno alimenticio atípico • Pica • Trastorno por rumiación en la infancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa • Bulimia nerviosa • TCANE • Pica • Trastorno por rumiación 	<ul style="list-style-type: none"> • TCA específicos¹ <ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa¹ • Bulimia nerviosa¹ • TCANE¹ • Trastorno por atracón¹ • Pica² • Trastorno por rumiación² • Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez² 	<ul style="list-style-type: none"> • TCA específicos¹ <ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa¹ • Bulimia nerviosa¹ • TCANE¹ • Trastorno por atracón¹ • Pica² • Trastorno por rumiación² • Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez² 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa • Bulimia nerviosa • Trastorno por atracón • Pica • Trastorno de Rumiación • Trastorno por evitación/restricción de alimentos - Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos - Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no específico.

¹ Trastornos de la Conducta Alimentaria

² Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

3.3 Evolución e historia de los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA).

3.3.1 Anorexia nerviosa (AN)

Se conoce que las primeras características de este trastorno tienen origen en la antigua Roma donde cualquier conducta encaminada a la no concepción era castigada, ya que el estado necesitaba hombres para combatir a sus enemigos. Esta situación desencadenó que las mujeres romanas protestaran en contra del matrimonio rechazando el alimento. Metrodora, médica griega que ejerció en Roma en el siglo I, denominó a esta enfermedad como “sitergia” (Saenz, 2002).

Posteriormente en la Edad Media surgen las “anoréxicas santas”, las cuales consagraban su vida a Dios para evitar el matrimonio y conservar su virginidad, asimismo ellas practicaban el ayuno como medio para protegerse contra el mal, expiar sus culpas y garantizar la pureza (Serrato, 2000). La restricción alimentaria se acompañaba por recurrentes comportamientos compulsivos y autolesivos, como la flagelación y vómitos, crisis emocionales y periodos de aislamiento, lo cual originó la disminución significativa del peso corporal (Toro, 1996).

Uno de los primeros casos que se relatan en la historia de la anorexia nerviosa es el de Catalina Benincasa, quien nace en Siena en el año 1347. Desde su infancia fue gran devota a la religión, su fanatismo aumenta en la adolescencia cuando estaba próxima a contraer matrimonio y su hermana Bonaventura muere. Catalina creía que la muerte de Bonaventura era un castigo por no dedicar su vida a Dios, por lo que decide renunciar al matrimonio y preservar su virginidad. Esta situación provocó que se flagelara con una cadena de hierro y limitara su ingesta alimentaria a pan, agua y vegetales crudos, lo que causó que en un mes perdiera la mitad de su peso corporal. Posteriormente ingresa a la orden de los Dominicos en la congregación de las *Hermanas de la Penitencia*, donde recibe la noticia de la muerte de su padre, lo que aumenta su inanición. A los veintisiete años comienza a comer con el fin de demostrar que no había sido poseída por el demonio, no obstante, se veía obligada a vomitar todo lo que ingería, hasta que finalmente muere en el año 1380 (Rojo y Cava, 2003).

Asimismo Hubert (1982) habla de otro caso de anorexia nerviosa en el medievo, este fue el de la Santa Wilgefortis, quien era la hija del rey de Portugal, tanto ella como Catalina Benincasa rechazaban el matrimonio, razón por la cual se refugiaban en la religión. No obstante, Wilgefortis le rogaba Dios que la privara de toda su belleza con la finalidad de ahuyentar a los hombres, en recompensa ella comienza a restringirse de alimento, lo que provocó que su cuerpo y rostro se comenzaran a cubrir de vello, llamado lanugo.

Estos casos son de gran relevancia, ya que se derivan algunas de las características de lo que más tarde se denominaría “anorexia nerviosa”; como el rechazo a la comida y en consecuencia la pérdida significativa del peso corporal. Sin embargo, no se habla de la imagen corporal distorsionada o del miedo intenso a subir de peso como en los criterios diagnósticos, por lo que resulta importante señalar que todo comportamiento debe ser entendido a partir del contexto en el que se presenta, debido a que en el caso de las anoréxicas santas, la restricción alimentaria como una forma de protesta contra el matrimonio y la falta de libertades.

Más tarde, Thomas Morton realiza una descripción médica de este trastorno, este la nombró *consunción nerviosa* y la consideraba una enfermedad del sistema nervioso, los síntomas que menciona son: falta de apetito, pérdida de peso, supresión de ciclos menstruales, carne flácida, poco apetito y problemas de digestión (Pearce, 2004)

Consecutivamente en 1873 William Witley Gull describió los casos de mujeres de entre 16 a 23 años, con extrema emaciación generada por un trastorno mental mórbido al cual le llamó *asepsia histérica* (Pearce, 2006). En el mismo año Chales Ernest Lasègue realiza una descripción más detallada del trastorno, refiriéndose a este como una perversión mental, nombrándola *anorexia histérica*. Lasègue recopila información a partir de la observación de ocho casos, describe la evolución del trastorno y menciona características como: la emaciación, la amenorrea, la práctica de ejercicio excesivo, la elección estricta de alimentos y la reducción progresiva de la ingesta alimentaria; como características (Soh, Walter, Robertson y Malhi, 2010). Sin embargo un año más tarde Gull publica un trabajo donde se reconoce al trastorno por primera vez con el nombre de “*Anorexia nerviosa (AN)*” (Gull, 1997)

En 1914 se pensó que el trastorno era de origen endócrino y se relacionó al trastorno de la anorexia nerviosa con *la enfermedad de Simmonds o caquexia hipofisaria*, por lo que se trataron a pacientes anoréxicas con extractos tiroideos, sin embargo, no mostraron mejoría (Reyes, 1986).

En los años cincuenta del siglo XX se comenzó a considerar la idea del origen psicológico de la enfermedad, algunas de estas explicaciones eran de carácter psicoanalítico, sin embargo, con las aportaciones realizadas por Hilde Brunch se llega a un mayor entendimiento de este trastorno, ya que señala que la anorexia debe ser explicada en términos del desarrollo de la personalidad total y el contexto familiar, con lo cual, se opone a ver a la anorexia en términos del desarrollo psicosexual (Serrato, 2000). Asimismo Bruch en 1961, añade que la anorexia nerviosa se producía por la preocupación por la comida y la presencia de la distorsión de la imagen corporal (Chinchilla, 2003).

Derivado de estas aportaciones, el trastorno de AN aparece por primera vez en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (APA, 1980). Posteriormente se publica el DSM-III-TR (APA, 1987), en donde se realizan modificaciones en los criterios diagnósticos para AN, ya que baja el porcentaje referente a la pérdida peso de un 25% a un 15% y se añade el criterio de amenorrea. Más tarde en el DSM-IV (APA, 1994) aparecen los subtipos restrictivo y el compulsivo purgativo.

En el año 2000 aparece la cuarta versión revisada del DSM-IV-TR, sin embargo no existen cambios en cuanto a los criterios diagnósticos para AN. No obstante, en la publicación del DSM-5 (APA, 2013) existen modificaciones importantes, la primera es que se elimina el criterio de bajo peso definido como el 85%, el criterio de amenorrea, cambia el nombre del subtipo compulsivo/purgativo a atracones/purgas y en los subtipos se establece el tiempo de atracones y purgas (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla, 2015).

A continuación, en la tabla 3 se presentan los criterios diagnósticos de AN según el DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 3.

Criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa según el DSM-5.

Anorexia Nerviosa
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.</p>
<p>Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).</p> <p>Especificar si:</p> <p>(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo</p> <p>(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p>Especificar si:</p> <p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).</p> <p>En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p> <p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.</p> <p>Leve: IMC \geq 17 kg/m² Moderado: IMC 16-16,99 kg/m² Grave: IMC 15-15,99 kg/m² Extremo: IMC < 15 kg/m²</p>

Prevalencia de AN en adolescentes

El trastorno de AN ha sido el más estudiado, se estima que la prevalencia en adolescentes es de 0.3% a 0.9% en mujeres, mientras que en los hombres va de 0.1% a 0.3% (Herpertz-Dahlmann 2015) lo anterior con base a los criterios diagnósticos del DSM-IV. No obstante, con las modificaciones realizadas al DSM-5 se prevé que esta aumentará, lo anterior se demuestra en el estudio realizado por Smink, Hoeken, Oldehinkel y Hoek (2014) donde obtuvieron que los casos diagnosticados con AN incrementaron en un 50%, en mujeres adolescentes la prevalencia fue de 1.7%, sin embargo, mencionan que en hombres fueron raros los casos con trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos.

Sintomatología de AN en adolescentes

Los estudios que abordan la sintomatología de AN y BN comenzaron alrededor de 1980, sin embargo, se encontró que podrían haber cambios debido a:

1. En un inicio los estudios estos se enfocaban en población femenina ya que no existía reconocimiento de estos trastornos en hombres.
2. Con los cambios realizados del DSM-5 se eliminan criterios exclusivos de mujeres como el criterio de amenorrea y el TPA deja de ser catalogado como TCANE (Vo, Lau y Rubinstein, 2016).
3. El empleo de diversos métodos para estimar la prevalencia de sintomatología que limitan la comparación por sexo (Mitchison y Mond, 2015).
4. Los estudios nacionales no son específicos en población adolescente, es decir, incluyen a población adolescente y a población joven (Vázquez et al. 2005; Vázquez, López, Álvarez, Franco, y Mancilla 2004; Álvarez, et al. 2003)
5. Los estudios que reportan sintomatología en hombres y mujeres adolescentes son de hace más de diez años (Vázquez et al., 2005; Vázquez, et al., 2004; Álvarez, et al., 2003)
6. Existen estudios más recientes que reportan la sintomatología de AN y BN en hombres y mujeres, sin embargo, estos fueron aplicados en población universitaria (Chávez-Rosales, Camacho, Maya y Márquez, 2012; Franco, et al. 2010; Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla, 2008)

7. Reportan la sintomatología de AN y BN sin hacer distinción entre el trastorno de AN y BN (Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral 2014; Barriguete et al. 2009; Moreno y Ortiz 2009)

No obstante, en la presente investigación se tomarán en cuenta los datos de sintomatología de AN encontrados por Vázquez et al. (2005); Vázquez et al. (2004) y Álvarez, et al. (2003), debido a que son precisos, se reporta en hombres y mujeres y hacen una clara distinción entre la sintomatología de AN y BN. De tal forma que el porcentaje de la sintomatología de AN en hombres se encuentra entre 0.3% a 6.4% y en mujeres entre 3.8% a 11.46% (véase tabla 4)

Tabla 4.

Estudios que reportan sintomatología de AN en adolescentes mexicanos.

Autores	Año	Muestra	Instrumentos	Resultados
Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral	2014	435 adolescentes Con edad \bar{x} =13.83 años	EAT-26 \geq 20	Riesgo de padecer AN o BN 5.8% de las mujeres y 6.2% de varones.
**Chávez-Rosales, Camacho, Maya y Márquez.	2012	182 estudiantes universitarios 86.3% mujeres y 13.7% hombres Con edad \bar{x} =20.5 años	EAT-40 \geq 28	Sintomatología de AN o BN 8.8% de la muestra
**Franco et al .	2010	252 estudiantes universitarios 143 mujeres y 109 varones Con edad \bar{x} = 19.90 en mujeres y 21.21 en hombres	EAT-40 \geq 28	Sintomatología de AN o BN en mujeres 11.9% y en varones 4.6%.
Barriguete et al.	2009	25056 adolescentes con edades entre los 10 a 19 años	Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo	0.4% de hombres y 1.0% de mujeres se encontraba en riesgo de desarrollar AN o BN
Moreno y Ortiz	2009	153 mujeres y 145 hombres Con edad \bar{x} =13 años	EAT-40 de 20 a 30 puntos.	Riesgo de trastorno alimentario a 4% de hombres y 12% de mujeres
**Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla.	2008	111 estudiantes universitarios 88 mujeres y 23 hombres \bar{x} =20 años	EAT-40 \geq 28	Sintomatología de AN en mujeres 9.09% y en hombres 13.04%.

Vázquez et al.	2005	288 mujeres y 237 hombres. Con edad \bar{x} =15.52 años	EAT-40 \geq 28	Sintomatología de AN en mujeres 11.46% y en hombres 4.64%.
Vázquez, López, Álvarez, Franco, y Mancilla	2004	731 mujeres y 752 hombres. Con edad \bar{x} =16	EAT-40 \geq 28	Sintomatología de AN en mujeres 13.9% y en hombres 6.4%.
Álvarez et al.	2003	339 estudiantes Con edades entre los 16 y 26 \bar{x} =19.	EAT-40 \geq 28	Sintomatología de AN en mujeres 3.8% y en hombres 0.3%.

Nota: EAT-26: Cuestionario de Actitudes Alimentarias [Eating Attitudes Test], AN: Anorexia Nerviosa y BN: Bulimia Nerviosa.

**Estudios realizados en jóvenes

Conductas alimentarias características del Trastorno AN presentadas en la adolescencia.

Se sabe que algunas conductas alimentarias características de la AN son: la restricción alimentaria o la práctica de dietas y la preocupación por el peso y/o la figura.

Con respecto a la restricción alimentaria o práctica de dietas, en un estudio realizado por Ávila y Jáuregui (2015) en adolescentes y jóvenes mexicanos, hallaron que 16.3% de la muestra total había realizado alguna dieta, 26.2% reportó estar preocupado por subir de peso. Además encontraron diferencias significativas en estas dos conductas por género, ya que tanto el realizar dietas como la preocupación por subir de peso fue más común en mujeres que en hombres, sin embargo, es importante señalar que los porcentajes de esta investigación deben tomarse con precaución debido a que son demasiado altos, una de las razones es que sólo toman en consideración una pregunta para evaluar la presencia de la conducta.

Por otra parte Nakai, Noma, Nin Teramukai y Wonderlich (2015) en un estudio realizado en adolescentes japoneses de 15 a 18 observaron que la restricción alimentaria extrema era más frecuente en mujeres 3.2% que en hombres 0.8%. De la misma forma encontraron diferencias significativamente mayores en las mujeres que en los hombres entorno a la preocupación por el peso y la figura.

Además Nuño-Gutierrez, Celis de la Rosa y Unikel-Santoncini (2009) reportaron que 11.0% de hombres y 31.6% de las mujeres adolescentes mexicanos presentaron preocupación por engordar, también que 1.7% hombres y 3.9% de mujeres practicaban ayunos y por último que 1.3% de hombres y 7.2% de mujeres realizaban dietas, estas conductas con una frecuencia de dos o más veces por semana.

3.3.2 *Bulimia nerviosa (BN)*

Los antecedentes de la conducta de vómito auto-inducido característica del este trastorno datan desde los egipcios, griegos y romanos, en el caso de los egipcios se reportan conductas de purga con eméticos y enemas con la finalidad de preservar la salud porque creían que las enfermedades del hombre procedían de la comida. Asimismo, existen antecedentes sobre la ingestión de grandes cantidades comida en el Syriac Book of Medicine que es un tratado de medicina que retoma algunos recursos científicos de Grecia, Babilonia y Egipto, a esta condición le denominaron *bolimos* o *bulimy* que significaba “lujuria bestial”, donde para expiar la culpa por la ingesta incontrolada vomitaban como medio de cura (Nasser, 1993).

En Grecia, se hace el primer reporte clínico de este fenómeno por Diocles de Karystos al cual llamó “hambre extrema o desenfrenada” (*megas limos* o *magna fames*) y “hambre de buey” (*fames bovina*); más tarde Galeno define a esta condición como *boulimus* “hambre extrema” y menciona que era producto de disfunciones digestivas (Ziolko, 1995), mientras que en Roma este fenómeno se da con un significado diferente al de los egipcios, ya que estos realizaban banquetes en los cuales comían excesivamente y autoinducían el vómito para continuar comiendo, el lugar donde desechaban la comida se le dio el nombre de *vomitorium* (Turón, 2014).

En la Edad Media se presentan los casos de Sta. Catalina de Siena, Sta. María Magdalena de Pazzi y Sta. Verónica, quienes rompen los ayunos y empleaban el vómito por la culpa de haber pecado, en aquella época atribuían estas conductas a posesiones demoniacas (Bell, 1985 citado en Rusell, 2006). Más tarde en el siglo XVI Brasavolus retoma el término *kynorexia* o *fames canina* inicialmente fue propuesto por Galeno, quien hace referencia de un hambre voraz como la de un can y tiene como características la pérdida de control a la hora de ingerir alimento seguida del vómito compulsivo (Ziolko, 1995).

Posteriormente en el siglo XVIII clínicos indican la presencia de diversos tipos de bulimia como *primaria* o *idiopática* cuya causa era por una disfunción gastrointestinal, *bulimia helluonum* que se refiere a padecer hambre intensa, *bulimia syncopalis* que significa desvanecimiento por hambre y por último *bulimia emética* relativa a la sobreingesta y el vómito (Vandereycken, 2002).

En el siglo XIX se presentan casos de sobreingesta alimentaria y vómitos autoinducidos que afectaban a niñas y mujeres jóvenes en su mayoría, a esto se le dio nombre de “vómitos histéricos” ya que se creía que eran causados por una condición neurótica (Van Deth y Vandereycken, 1995).

Sin embargo, es a raíz de la experiencia clínica con 30 pacientes en el Departamento de Psiquiatría de Royal Free Hospital cuando Russell (1997 citado en Russell, 2006) establece el nombre y la definición clínica de Bulimia Nerviosa, esta descripción la publica en el DSM-III (APA, 1980) donde se habla de episodios de voracidad caracterizados por la pérdida de control en los cuales se consumían alimentos de alto contenido calórico, seguido por un estado de ánimo depresivo y pensamientos autodespreciativos, así como dolor abdominal, sueño, interrupción de la vida social o vómito autoinducido; además añade el empleo laxantes, diuréticos y dietas estrictas, para no subir de peso y la oscilación de este debido a los periodos de “banquetes” y ayunos. No obstante en esta publicación no menciona la intensa preocupación por el peso y la silueta, ni se especifica el promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana, durante tres meses, esto se menciona en la publicación del DSM-III-TR (APA, 1987).

Para la publicación de la cuarta versión del DSM-IV (APA, 1994) y la cuarta versión revisada DSM-IV-TR (APA, 2000) se utiliza el nombre de “atracción alimentario” para designar a los periodos de voracidad, así como la frecuencia de conductas compensatorias y se establecen los subtipos purgativo y no purgativo.

Por último en la quinta versión del DSM-5 (APA, 2013) las modificaciones que se presentan son que se reducen la frecuencia de atracones y comportamientos compensatorios y se eliminan los subtipos (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla, 2015). Los criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa de acuerdo al DSM-5 se presentan en la tabla 5.

Tabla 5.

Criterios diagnósticos de Bulimia Nerviosa DSM-5

Bulimia nerviosa
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
<p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>
<p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>
<p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal</p>
<p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>
<p>Especificar si:</p> <p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.</p> <p>En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p> <p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p> <p>Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>

Prevalencia de BN en adolescentes

Según Herpertz-Dahlmann, (2015) la prevalencia de BN en mujeres adolescentes va de 1% a 2.0% mientras que en los hombres se estima que va de 0.3% a 0.5%, con base en los criterios del DSM-IV. Por otro lado, Smink, Hoeken, Oldehinkel y Hoek (2014) aplicando los criterios diagnósticos del DSM-5 encontraron que la prevalencia en mujeres aumentaba a 0.8%.

Sintomatología de BN en adolescentes

Con respecto a la sintomatología de BN en adolescentes mexicanos Vázquez et al. (2005); Vázquez, López, Álvarez, Franco, y Mancilla, (2004) y Álvarez et al. (2003) apuntan que esta va de 6.2% a 19.13% en mujeres, mientras que en los hombres va de 3.5% a 10.55% (véase tabla 6)

Tabla 6.
Estudios que reportan sintomatología de BN en adolescentes.

Autores	Año	Muestra	Instrumentos	Resultados
Vázquez, et al.	2005	288 mujeres y 237 hombres. Con edad \bar{x} =15.52 años	BULIT \geq 85	Sintomatología de BN en mujeres 12.15% y en hombres 10.55%
Vázquez, López, Álvarez, Franco, y Mancilla	2004	731 mujeres y 752 hombres. Con edad \bar{x} =16	BULIT \geq 85	Sintomatología de BN en mujeres 19.3% y en hombres 3.5%.
Álvarez et al.	2003	339 estudiantes Con edades entre los 16 y 26 \bar{x} =19.	BULIT \geq 85	Sintomatología de BN en mujeres 6.2% y en hombres 9.7%

Nota: BULIT: Test de bulimia [Bulimia test] y BN: Bulimia Nerviosa.

Conductas alimentarias características del trastorno BN presentadas en la adolescencia.

Las conductas características del trastorno de BN son los atracones y el empleo de conductas compensatorias como vómito, uso de laxantes, diuréticos y ejercicio excesivo. Al respecto Ávila y Jáuregui (2015) refirieron que 10.2% de su muestra total practicaba ejercicio con una frecuencia de 5 veces por semana, 8.1% tomaba pastillas para bajar de peso y 1.9% se había inducido el vómito; también encontraron que el empleo de conductas compensatorias era significativamente más alto en adolescentes que en jóvenes.

Por otro lado Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral (2014) observaron que conducta más recurrente que llevan a cabo tanto hombres como mujeres adolescentes fueron los atracones de comida con sensación de pérdida de control en un 54.7% y 49.1% respectivamente, en cuanto a la frecuencia 3.13% de las mujeres y 2.37% de varones mencionaron tenerlos “una vez al día o más”. Además las mujeres reportaron que las conductas que más practicaban fueron la de inducirse el vómito y realizar ejercicio físico una vez al día o más para bajar o mantener el peso, en la misma frecuencia (30.2%), mientras que para los hombres fue realizar ejercicio físico una vez al día o más (40.6%). En cuanto a las conductas compensatorias como inducir vómito 6.6% de mujeres y 2.37% de varones declararon inducirse el vómito, por otro lado 4.10% de mujeres y 2.37% varones señalaron ingerir laxantes para controlar su peso.

Por su parte Nakai, Noma, Nin Teramukai y Wonderlich (2015) hallaron que las mujeres tenían más episodios de atracones 4.0% en contra de un 2.0% de los hombres, que el vómito autoinducido (0.2%) y la práctica de ejercicio excesivo (0.6%) era una conducta común en ambos sexos debido a que señalaron practicarla en la misma frecuencia, asimismo 0.2% de las mujeres reportaron utilizar laxantes con regularidad, mientras que los hombres no mencionarlos usarlos y por último en cuanto al uso de diuréticos tanto hombres como mujeres negaron su uso.

3.3.3 Trastorno por atracón (TPA)

Este trastorno fue descrito por primera vez por Stunkard (1959) quien a través de un estudio identificó tres patrones de alimentación en personas con obesidad; el primer patrón lo nombró síndrome de comedor nocturno, el segundo lo llamó *atracones* y el tercero comer sin saciedad. El patrón “*atracones*”, lo describió como el consumo de grandes cantidades de comida que causaban sentimientos de auto-condena, estas grandes ingestas ocurrían en periodos cortos y eran provocados por algún evento estresante en la vida de quien lo padecía.

Más tarde en 1980 se identifica que personas con obesidad experimentaban síntomas semejantes a las pacientes con bulimia nerviosa, sin embargo, estos no podían ser diagnosticados con bulimia nerviosa debido a que no presentaban conductas compensatorias para evitar el aumento de peso corporal (Marcus, 1991 citado en Vázquez, López, Álvarez y Mancilla, 2006).

Por otro lado en 1991 se identificaban a personas con este trastorno con el nombre de “*comedores compulsivos obesos*” o “*pacientes con bulimia nerviosa no purgativa*”, sin embargo, Spitzer et al.(1991) establecen el nombre de *trastorno por atracón* y los criterios diagnósticos que hablaban de la práctica recurrente de atracones y la frecuencia con que se debían de presentar, la ausencia de conductas compensatorias y la pérdida de control, por lo que estos sugerían la inclusión del trastorno en el DSM-IV.

Tres años después el trastorno por atracón aparece en el DSM-IV (APA-1994), no obstante se encontraba en la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), este tenía como característica principal la práctica de atracones alimentarios, la pérdida de control en lo que se consumía y la ausencia de conductas compensatorias.

Consecutivamente tras la publicación del DSM-5 (APA, 2013) se reconoce como un trastorno alimentario al igual que la AN y BN, y se modifica el criterio “D” debido a que reducen la frecuencia de atracones de dos a uno por semana durante tres meses en lugar de seis meses. Los criterios diagnósticos para el Trastorno por atracón con respecto al DSM- 5 se presentan a continuación en la tabla 7.

Tabla 7.

Criterios diagnósticos de trastorno por atracón según DSM-5.

Trastorno por atracón

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

Especificar si:

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

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Prevalencia de TPA en adolescentes

A partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV La prevalencia del trastorno por atracón en mujeres era de 1.5% a 2.0%, mientras que en los hombres era de 0.4% a 0.8%. Utilizando los criterios diagnósticos de la quinta versión del DSM Smink, Hoeken, Oldehinkel y Hoek (2014) señalan que la prevalencia en mujeres es de 2.3%.

Sintomatología de TPA en adolescentes

Con respecto a la sintomatología de TPA en adolescentes en México, no existen estudios que reporten sintomatología en esta población. No obstante, Sierra-Beigrie, Lemos Giráldez y Fonseca Pedrero (2009) realizaron un estudio en adolescentes españoles, donde reportaron que 1.54% de su población presentaba sintomatología de TPA.

Conductas alimentarias características del Trastorno por atracón presentadas en la adolescencia.

La conducta representativa de este trastorno es el atracón alimentario con pérdida de control, al respecto Sierra-Beigrie, Lemos Giráldez y Fonseca Pedrero (2009) hallaron que 33.3% de adolescentes españoles afirmaron tener atracones alimentarios en los últimos seis meses, siendo este más frecuente en hombres 37.3% que en mujeres 27.4%, asimismo observaron que el porcentaje que afirmaba la presencia de atracones incrementaba después de los 16 años, sin embargo, la mayor frecuencia de esta conducta se encuentra en adolescentes de 18 años (63.6%). Con respecto a la pérdida de control señalaron que existen diferencias significativas por grupos de edad, debido a que el número de adolescentes que experimentaba pérdida de control aumentaba con la edad, también se reportaron diferencias significativas por género con respecto a los episodios de atracón, ya que las mujeres se reportaron sentirse más preocupadas por su peso y experimentar sentimientos de angustia después de un atracón que los hombres.

3.3.4 Pica

El nombre de este trastorno proviene de la palabra latina *pica* que significa *urraca* (*pica pica*), debido a que el comportamiento alimentario de esta ave se asemeja al de las personas que padecen este trastorno, ya que en ambos casos existe consumo de objetos no comestibles (Byard, 2014).

En cuanto a los antecedentes Erhard, (1982) manifiesta que se remonta desde los griegos y romanos los cuales consumían sustancias no comestibles como tierra o barro para tratar enfermedades, envenenamiento e intoxicación. Asimismo señala que Avicenna un científico musulmán quién realizó diversos trabajos médicos en los siglos IV y V A.C. (Moosavi 2009), propuso el consumo de hierro como remedio para tratar la pica, mientras que otros proponían el consumo de huesos de pichón debido a que asociaban la pica con una mala absorción de minerales.

Por otro lado Parry-Jones y Parry-Jones (1992) mencionan que en los siglos XVI y XVII este trastorno estaba relacionado con la clorosis² que se caracterizaba por la deficiencia de hierro que afectaba principalmente a mujeres y en menor proporción hombres que atravesaban la etapa de la pubertad, dentro de los síntomas estaban: la ingestión de sustancias no nutritivas, trastornos digestivos, palidez en la piel, irregularidades menstruales, entre otras. Además indican que en el siglo XVII se encontró que las mujeres embarazadas, niños y mujeres adolescentes consumían sustancias no comestibles como tierra, carbón, vinagre, puñados de sal, entre otros, sin embargo en el caso de las mujeres adolescentes consumían estas sustancias para tener el rostro pálido debido a que se asociaba con belleza.

Para los siglos XVIII y XIX se reportó que esclavos de Estados Unidos y del Caribe consumían tierra o arcilla, Imray (1843) atribuye esta conducta a la depresión por la ausencia de su hogar, el exceso de trabajo y la comida deficiente; a este fenómeno le denominó *caquexia africana o mal d'estomac*, el cual provocaba la muerte debido a que el consumo de estas sustancias desencadenaba “derrame en algunas cavidades (p.409)”, también establece los síntomas como el cambio de temperamento, dispepsia

² Enfermedad producida por deficiencia de hierro en la dieta, caracterizada por anemia con palidez verdosa y otros síntomas

(complicaciones digestivas), debilidad general, dolor en la región cardiaca, dificultad en la respiración, palidez, entre otras.

En el siglo XX la investigación de este trastorno se centró en lactantes y niños pequeños, ya que se identificó que estos morían por envenenamiento porque ingerían objetos no comestibles con grandes concentraciones de plomo, en algunos niños esta conducta prevaleció en edades avanzadas, además de afectar a infantes este trastorno se presentó en niños y adultos con discapacidad (Parry-Jones y Parry-Jones, 1992). Para el siglo XIX este trastorno aparece en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, APA, 1980), el cual indicaba que la edad de comienzo era entre uno y dos años, sin embargo, este podría presentarse incluso en la etapa adulta, también habla de factores predisponentes como el retraso mental, la deficiencia de minerales y la falta de supervisión o negligencia.

Para la publicación del DSM-III-R (APA, 1987) se añade el estar embarazada como otro factor predisponente, con respecto a los criterios diagnóstico permanecen iguales en ambos manuales, estos hacían referencia a la ingesta de sustancias no nutritivas por lo menos durante un mes y que este trastorno no podría ser diagnosticado si la persona padecía autismo, esquizofrenia o síndrome de Kleine-Levin.

En su cuarta publicación DSM-IV (APA, 1995) se añaden nuevos criterios diagnósticos como, el cerciorarse que la ingestión de sustancias no nutritivas fuera inapropiado para el nivel de desarrollo (B) y que no se debiera a prácticas culturales (C), no obstante a diferencia de los manuales anteriores, menciona que este trastorno se podía diagnosticar en el transcurso de otro trastorno como, el generalizado del desarrollo, esquizofrenia y el síndrome Kleine-Levine si este fuera de suficiente gravedad para ameritar atención médica.

Por otro lado, en la cuarta publicación revisada DSM-IV-TR, (APA, 2000) no se presentan cambios, sin embargo en la quinta publicación DSM-5 (APA, 2013) se realiza una única modificación en el criterio A donde además de la ingestión sustancias no nutritivas añade “sustancias no alimentarias” que indica que lo consumido no es alimento (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla, 2015). A continuación, en la tabla 8 se presentan los criterios diagnósticos para el Trastorno por pica de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5.

Tabla 8.
Criterios diagnósticos de Pica según DSM-5.

Pica
A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para pica es 307.52 y se utiliza en niños o adultos. Los códigos CIE-10-MC para pica son (F98.3) en niños y (F50.8) en adultos.

Especificar si:
En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Prevalencia y Sintomatología de Pica en adolescentes

No existe evidencia sobre este trastorno en población adolescente debido a que este se creía un trastorno característico de niños, mujeres embarazadas y personas con discapacidad. No obstante, existen estudios en población general donde se reporta una prevalencia de 0.02% a 76.5%, si bien estos porcentajes no son uniformes, lo anterior se podría deber a la metodología empleada ya que los estudios con porcentajes elevados de prevalencia suelen tener muestras pequeñas y utilizan entrevistas personales como método de recolección de datos, mientras que estudios con baja prevalencia son en muestras grandes y suelen utilizar métodos pasivos como revisiones de notas clínicas (Sturme y Williams, 2016).

Conductas alimentarias características de Pica presentadas en la adolescencia.

La principal conducta de este trastorno es la ingestión de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas. Con respecto a lo anterior Delaney et al. (2015) realizaron un estudio para examinar las características clínicas y la frecuencia de trastornos de pica y rumiación en mujeres jóvenes y adolescentes con tratamiento para trastornos alimentarios y obesidad. Hallaron dos casos con trastorno de pica uno consumía chicles y el otro caso plástico; asimismo encontraron que 7.4% de individuos con algún trastorno alimentario

(AN, BN y TPA) y 4.0% de personas con obesidad consumían sustancias no comestibles. Por otro lado reportaron que un grupo importante de individuos consumían sustancias crudas o no procesadas tales como: comida congelada, pasta cruda y hielo, sin embargo, no cumplían con los criterios diagnósticos y muchos de los consumían este tipo de sustancias lo hacían para evitar comer.

3.3.5 Trastorno de Rumiación

Se define a este trastorno como la regurgitación de comida parcialmente digerida que es re-masticada y posteriormente se vuelve a tragar o escupir (Birmingham y Firoz 2006), también existen antecedentes de este trastorno con el nombre de *mericismo*³, la diferencia entre ambos conceptos es que el nombre de *rumiación* se utiliza indistintamente entre humanos y animales, mientras que *mericismo* se usa únicamente en humanos (Parry-Jones, 1994).

Los primeros casos de este trastorno provienen del siglo XVII, donde se sugería que las personas que rumiaban tenían herencia bovina (padre con cuernos), asimismo apuntaban a que la madre durante el embarazo convivía con ganado, lo cual pudo afectar al feto, provocando el desarrollo de atributos bovinos (Parry-Jones, 1994).

Para el siglo XVIII se reportan casos en niños y en adultos, en su mayoría hombres, las edades de inicio eran de entre los cinco y quince años. A diferencia del siglo XVII además de la herencia atribuían a la imitación como una causa que favorecía su ocurrencia, cabe mencionar que en este siglo no existen reportes en personas con discapacidad intelectual (“Merycism,”1914).

Más tarde en los siglos XIX y XX se realizan investigaciones en infantes debido a que esta condición traía consecuencias graves para su salud como desnutrición, falta en el crecimiento, desequilibrio electrolítico e incluso algunos llegaban a morir (Malcolm, Thumshirn, Camilleri y Williams, 1997). Una de estas investigaciones fue la realizada por Grulee (1917) en infantes que presentaban esta condición, la explicación que dio a este fenómeno fue la “hiperexcitabilidad de los músculos involuntarios (p.218)” responsables de la digestión, además señaló que este trastorno era mucho más frecuente de lo que suponía

³ Afección en la que una persona devuelve el alimento del estómago hasta la boca (regurgitación) y lo vuelve a masticar.

en aquella época y criticó la ausencia de reconocimiento por parte de los pediatras debido a que estaba cobrando la vida de muchos infantes. De igual forma, en estos siglos se realizan estudios en personas con discapacidad intelectual y en personas que padecían AN y BN debido a que estos reportaban rumiación involuntaria y otros mencionaban recurrir a esta como un método para controlar de peso (Eckern, Stevens, Mitchell, 1998).

Por otro lado en 1980 aparece este trastorno en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (APA, 1980) con el nombre de trastorno por rumiación en la infancia, el cual era exclusivo de niños de entre 3 a 12 meses, para el diagnóstico diferencial se debía de descartar anomalías congénitas como estenosis pilórica⁴ e infecciones gastrointestinales y como criterios diagnósticos establecía la regurgitación durante un mes por lo menos y la pérdida de peso o incapacidad para alcanzar un peso normal.

Lo anterior no cambia hasta la publicación del DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000) en ambos se incluye el diagnóstico diferencial antes mencionado como parte de los criterios diagnósticos (criterio B) se elimina la pérdida de peso y se especifica que la conducta no es exclusiva de trastornos como AN y BN además se refiere que en caso de personas con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo las conductas deben de ser lo suficientemente graves para merecer atención clínica independiente (criterio C).

En cuanto a la quinta publicación del manual (DSM-5, APA, 2013) la única modificación que se realiza es en el criterio C que especifica que este trastorno se puede presentar en AN y BN pero también en TPA o TERA. En seguida se presentan los criterios diagnósticos del Trastorno de Rumiación según del DSM-5 (véase tabla 9)

⁴ Estrechamiento del píloro (abertura que va del estómago al intestino delgado).

Tabla 9.

Criterios diagnósticos del Trastorno de Rumiación según DSM-5.

Trastorno de Rumiación
A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Prevalencia y Sintomatología de Trastorno por Rumiación en adolescentes.

Al igual que el Trastorno por Pica la prevalencia del Trastorno por Rumiación es desconocida en esta población, debido a que anteriormente estaba catalogado como un trastorno que ocurría en la infancia o en personas con discapacidad. Existe un estudio realizado en esta población y en niños elaborado por Kahn, Hyman, Cocjin y Di Lorenzo (2000) en el cual identificaron 12 niños y a 9 mujeres adolescentes con rumiación, las cuales presentaron regurgitación en un periodo que va del mes hasta los 72 meses, cabe mencionar que ninguno padecía discapacidad, no obstante, 3 de los participantes presentaron vómitos intratables, 6 alguna enfermedades gastrointestinal como reflujo o gastritis y un paciente neurofibromatosis.

Conductas alimentarias características del Trastorno por Rumiación presentadas en la adolescencia.

El trastorno por rumiación se caracteriza por regurgitaciones involuntarias que no se deban a alguna afección médica. En cuanto a los adolescentes se tiene conocimiento que el único estudio que reporta esta conducta es el elaborado por Delaney et al. (2015) quienes reportaron que cuatro pacientes de su estudio cumplieron con los criterios diagnósticos para rumiación, sin embargo, ninguno fue elegido para un diagnóstico formal, debido a que el 2.0% de estos describen la conducta como voluntaria, ya que regurgitaban la comida

dependiendo del sabor de esta, otros no pudieron ser diagnosticados porque no se podía distinguir si la regurgitación era involuntaria o se debía a un proceso fisiológico (reflujo).

3.3.6 Trastorno por evitación/restricción de alimentos (TERA).

Este trastorno se caracteriza por la evitación de alimentos a causa del olor, color, textura de la comida o las consecuencias repulsivas de la acción de comer (atragantarse, asfixiarse, envenenarse o ser alérgico, vomitar o defecar) que trae como consecuencia la pérdida de peso, deficiencia nutricional y la interferencia en el funcionamiento psicosocial (DSM-5, APA, 2013).

Existen pocos antecedentes, probablemente porque siempre estuvo inmerso en los grupos de trastornos atípicos o entre los TCANE. Al respecto Nicely, Lane-Loney, Masciulli, Hollenbeak y Ornstein (2014) establecen que este trastorno se derivó de las descripciones clínicas que no cumplían con los criterios diagnósticos para ser catalogadas como trastorno, capturadas en el sistema de GOS (Great Ormond Street). Algunas de estas descripciones clínicas que tenían en común la restricción de alimentos y de donde surgen algunas de las características de este trastorno son: el Trastorno emocional de evitación de alimentos (Food Avoidant Emotional Disorder FAED), Alimentación selectiva (Selective o picky eating) y la Disfagia Funcional (Functional Dysfagia). Del trastorno emocional de evitación de alimentos se deriva que la restricción alimentaria que no se debe a la preocupación por la figura o peso corporal como en el trastorno de AN, de la alimentación selectiva emana el rasgo de la evitación de alimentos a causa de las características organolépticas de los alimentos y de la disfagia funcional el miedo a comer por las consecuencias repulsivas.

Con base a lo anterior, este fue reconocido por primera vez en el DSM-IV (APA,1994) con el nombre de trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, como criterios diagnósticos además de la incapacidad para alimentarse (criterio A) se indicaba que esta alteración no se presentaba a causa de alguna enfermedad (criterio B), que no se explicaba por la presencia de otro trastorno mental o por la disponibilidad de alimentos (criterio C) y que el inicio era antes de los 6 años (criterio D).

En la cuarta publicación revisada (DSM IV-TR, APA,) no se establecen modificaciones, sino hasta la quinta versión (DSM-5, APA, 2013); en primer lugar el

nombre cambia por trastorno de evitación/restricción de alimentos y se hacen diversos ajustes en los criterios; al criterio A se le añade que la incapacidad para alimentarse se debe a las características organolépticas de los alimentos y la preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer lo que desencadena la pérdida de peso significativa, la deficiencia nutritiva, la dependencia de alimentación enteral o de suplementos nutritivos y la interferencia en el funcionamiento psicosocial. Asimismo se establece que este trastorno no se produce en el curso de AN y BN, y por último se señala que este trastorno no se explica mejor en presencia de alguna enfermedad o trastorno mental. Los criterios diagnósticos para el TERA con respecto al DSM- 5 se muestran en la tabla 10.

Tabla 10.

Criterios diagnósticos de trastorno por evitación/restricción de alimentos según DSM-5.

Trastorno por evitación/restricción de alimentos
<p>A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños). 2. Deficiencia nutritiva significativa. 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral. 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. <p>B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.</p> <p>C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.</p> <p>D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.</p> <p>Especificar si: En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.</p>

Prevalencia y Sintomatología de Trastorno por evitación/restricción de alimentos en adolescentes.

Se estima que la prevalencia de este trastorno va de 5% a 22.5% en niños y adolescentes (Fisher et al. 2014; Nicely, Lane-Loney, Masciulli, Hollenbeak y Orstein 2014 y Norris et al. 2014). Por otro lado estudios recientes reportan mayor prevalencia de casos con TERA en hombres que en mujeres, asimismo se establece que los pacientes suelen ser más jóvenes que los que tienen AN, que presentan mayor duración de la enfermedad y que están diagnosticados con alguna comorbilidad médica o psiquiátrica (Nakai, Nin, Noma, Teramukai y Wonderlich, 2016; Norris y Katzman, 2015).

Conductas alimentarias características del Trastorno evitación/restricción de alimentos en adolescentes.

En lo que respecta al trastorno de restricción de alimentos Fisher et al. (2014) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar los criterios diagnósticos del DSM-5 TERA en adolescentes y niños con mala alimentación no asociados a la imagen corporal. La muestra fue de 712 participantes de edades entre los 8 a 18 años y se obtuvo que los niños y adolescentes con trastorno por restricción/ evitación de alimentos fueron clínicamente diferentes en comparación con los que tenían Anorexia o Bulimia. Además señalaron que los pacientes con este trastorno eran más jóvenes, tenían una mayor duración de la enfermedad antes del diagnóstico, presentaban, mayor ansiedad que los pacientes con AN y BN y síntomas gastrointestinales severos. Por último también sugieren que los niños y adolescentes con este trastorno son más susceptibles a desarrollar otro trastorno de la alimentación, como AN o BN en edades futuras.

Asimismo Nicely et al. (2014) añade que dentro las causas de la evitación de alimentos están el miedo a tener enfermedades como hipercolesterolemia, obesidad o diabetes por experiencias personales con parientes y no por preocupaciones entorno al cuerpo, además apuntan a la presencia mayor comorbilidad de ansiedad en estos pacientes, así como la presencia de autismo, deterioro cognitivo y problemas sociales.

MÉTODO

Objetivos

General

Identificar la presencia de sintomatología y conductas alimentarias de riesgo relacionadas a trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en adolescentes de 12 a 19.

Particulares

1. Diseñar un instrumento para detectar síntomas y conductas de riesgo asociadas al Trastorno de Pica, Trastorno de Rumiación y Trastorno por Evitación/ Restricción de Alimentos.
2. Evaluar conductas alimentarias y síntomas relacionados a trastornos como: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.
3. Identificar las diferencias que existen por sexo y fase de la adolescencia con respecto a las actitudes asociadas a la imagen corporal.

Descripción de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Nivel socioeconómico	Relación entre el nivel de escolaridad y profesión de los padres (Hollingshead, citado en Vázquez, 1997)	Alto Medio Alto Medio Medio bajo Bajo
Escolaridad	Nivel de estudios de cada participante de acuerdo al sistema nacional.	Secundaria Preparatoria
Sexo	Sexo de cada uno de los participantes	Femenino Masculino
Edad	Años transcurridos desde el nacimiento.	En años cumplidos de 12 a 19 años
Enfermedades en el participante	Presencia de enfermedades crónicas en el participante.	¿Padeces alguna enfermedad? Gastrointestinales Cardíacas Respiratorias Cutáneas Endócrinas Renales Neurológicas Sanguíneas Visuales Opción de respuesta dicotómica
Adicciones en la familia	Padecimiento de adicciones en algún miembro de la familia.	¿En tu familia existe alguna adicción? Opción de respuesta: dicotómica
Adicciones en el participante	Existencia de alguna adicción en el participante.	¿Has consumido droga? ¿Fumas? ¿Tomas bebidas alcohólicas? ¿Fumas marihuana? ¿Usas inhalantes? Opción de respuesta: dicotómica
Imagen corporal: La percepción que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, valoraciones y sentimientos, y el modo de comportarnos a partir de estos (Raich, 2000).		
Evaluación de la apariencia	Sentimientos originados por ser o no ser atractivo físicamente.	Instrumento: MBRSQ Ítems: 5, 11, 21, 30, 39, 42 y 48. Puntuaciones altas: Indican sentimientos positivos y satisfacción con la apariencia. Puntuaciones bajas: Indican infelicidad general con la apariencia física. Valor máximo: 35 Valor mínimo: 7
Orientación de la apariencia	Grado de inversión en la propia apariencia.	Instrumento: MBRSQ Ítems: 1, 2, 12, 13, 22, 23, 31, 32, 40, 41, 49, 50.

		<p>Puntuaciones altas: Representan la importancia en cómo se ven, es decir, si prestan mayor atención a su apariencia y se comprometen en realizar diversas conductas para el cuidado de su apariencia.</p> <p>Puntuaciones bajas: Significa que son apáticos en cuanto su apariencia, el cómo se ven no es de especial importancia y no se esfuerzan mucho para “lucir bien”.</p> <p>Valor máximo:60 Valor mínimo:12</p>
Evaluación del estado físico	Sentimientos por estar físicamente en forma o no.	<p>Instrumento: MBRSQ Ítems: 24, 33, 51.</p> <p>Puntuaciones altas: Refieren a estar físicamente en forma o ser activo y competente atléticamente, además evalúa la regularidad de la práctica de actividades para aumentar o mantenerse en forma.</p> <p>Puntuaciones bajas: Significa estar fuera de forma y atléticamente incapacitado.</p> <p>Valor máximo:15 Valor mínimo:3</p>
Orientación del estado físico	Grado de inversión para estar físicamente en forma o ser atléticamente competente.	<p>Instrumento: MBRSQ Ítems:3, 4, 6, 14, 15, 16, 25, 26, 34, 35, 43, 44 y 53.</p> <p>Puntuaciones altas: Evalúan estar físicamente en forma y las actividades involucradas para mantenerse así.</p> <p>Puntuaciones bajas: No evalúan aptitudes físicas, ni la incorporación de ejercicio físico como estilo de vida</p> <p>Valor máximo:56 Valor mínimo:13</p>
Evaluación de la salud	Sentimientos acerca de la salud física y/o la ausencia de enfermedad física.	<p>Instrumento: MBRSQ Ítems: 7, 17, 27, 36, 45 y 54.</p> <p>Puntuaciones altas: Significa que sienten que sus cuerpos están en buen estado de salud.</p> <p>Puntuaciones bajas: Se refiere a que se sienten poco saludables y experimentan síntomas corporales de enfermedad y vulnerabilidad hacia la enfermedad.</p> <p>Valor máximo:30 Valor mínimo:6</p>
Orientación de la salud	Grado de inversión en un estilo de vida saludable.	<p>Instrumento: MBRSQ Ítems: 8, 9, 18, 19, 28, 29, 38 y 52.</p> <p>Puntuaciones altas: Significa que son conscientes de su salud y tratan de llevar una vida sana.</p> <p>Puntuaciones bajas: Son apáticos acerca de su salud.</p> <p>Valor máximo:40 Valor mínimo:8</p>

Orientación de la enfermedad	Grado de reactividad por llegar o estar enfermo.	Instrumento: MBRSQ Ítems: 37, 46, 47, 55 y 56. Puntuaciones altas: Significan que están atentos a síntomas personales de enfermedad física y son propensos a buscar atención médica. Puntuaciones bajas: No están alertas a los síntomas físicos de enfermedad. Valor máximo: 25 Valor mínimo: 5
Satisfacción de áreas corporales	Satisfacción o insatisfacción con el tamaño o apariencia de algunas áreas del cuerpo.	Instrumento: MBRSQ Ítems: 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69. Puntuaciones altas: Indican satisfacción con la mayoría de las áreas del cuerpo. Puntuaciones bajas: Infelicidad con el tamaño o la apariencia de algunas áreas. Valor máximo: 45 Valor mínimo: 9
Preocupación por el sobrepeso	Refleja ansiedad provocada por el aumento de grasa y peso corporal, dieta y restricción alimentaria.	Instrumento: MBRSQ Ítems: 10, 20, 57 y 58. Valor máximo: 20 Valor mínimo: 4
Auto clasificación del peso	Indica la percepción del peso corporal que va de muy bajo al sobrepeso.	Instrumento: MBRSQ Ítems: 59 y 60. Valor máximo: 10 Valor mínimo: 2
Sintomatología de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos: Conjunto de signos y síntomas característicos de trastornos alimentarios y de a ingestión de alimentos.		
Anorexia Nerviosa (AN)	Conjunto de signos y síntomas característicos de AN. - Restricción de la ingesta energética que conduce a un peso corporal significativamente bajo. - Miedo intenso a ganar peso o a engordar. - Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución	Instrumento: EAT-26 Número de ítems: 26 Valor máximo: 156 Valor mínimo: 1 Punto de corte: ≥ 21 Presencia de sintomatología: Si supera o iguala el punto de corte.
Bulimia Nerviosa (BN)	Conjunto de signos y síntomas característicos de BN. - Episodios recurrentes de atracones con sensación de falta de control sobre lo que se ingiere y práctica de comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso, al menos una vez a la semana durante un mes.	Instrumento: BULIT Número de ítems: 36 Valor máximo: 180 Valor mínimo: 36 Punto de corte: ≥ 88 Presencia de sintomatología: Si supera o iguala el punto de corte.

Trastorno por Atracón (TPA)	<p>Conjunto de signos y síntomas característicos de TPA.</p> <p>- Episodios recurrentes de atracones con sensación de falta de control sobre lo que se ingiere.</p>	<p>Instrumento: QEWP-R Ítems: 1,2,3,4,5 y 6. Valor máximo: 34 Valor mínimo: 0 Presencia de sintomatología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si en la pregunta 1 y 2 selecciona inciso A - Si en la pregunta 3 selecciona alguno de los incisos c, d ó e. - Si en la pregunta 4 contesta con un sí a 3 ó más incisos. - Si selecciona los incisos c y d.
<p>Conductas alimentarias de riesgo: Comportamientos dañinos para el individuo derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida, los cuales están encauzados a la reducción y control del peso corporal (Berengüí, Castejón y Torregrosa, 2016).</p>		
Restricción alimentaria	<p>Reducción o abstinencia en el comer y el beber que puede ir desde la simple evitación de un alimento considerado “engordante” (como el pan o las galletas) o la omisión de un tiempo de comida (generalmente el desayuno o la cena), hasta el ayuno prolongado en el que escasamente se consume agua (Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla, 2008, p.189)</p>	<p>Instrumento: EAT-26 Subescala: Dieta Corresponde a la evitación patológica de alimentos que engordan y preocupaciones de la forma. Ítems:1,6,7,10,11,12,14,16,17,22, 23, 24 y 26. Valor máximo:78 Valor mínimo:13</p> <p>Instrumento:EAT-26 Subescala: Control Oral Habla sobre el autocontrol sobre la alimentación, así como la presión social ejercida por otros para aumentar de peso y alimentarse. Ítems: 2,5,8,13,15,19 y 20 Valor máximo:42 Valor mínimo:7</p>
Atracón alimentario	<p>Episodios frecuentes y recurrentes de ingesta de cantidades extremadamente grandes de comida y una sensación de falta de control sobre estos episodios</p>	<p>Instrumento: EAT-26 Subescala: Bulimia y preocupación por la comida. Relativa a pensamientos sobre la comida y comportamientos bulímicos. Ítems: 3, 4, 9, 18, 21 y 25. Valor Máximo: 36 Valor mínimo: 6</p> <p>Instrumento: BULIT Subescala: Sobreingesta y sensación de pérdida de control Consumo de grandes cantidades de alimento en un periodo corto, que se acompaña de la sensación de no poder para de comer. Ítems: 1,3,4,8,11,12,13,17, 24,28 y 35. Valor máximo: 55 Valor mínimo: 11</p>

		Instrumento: BULIT Subescala: Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta. Sentimientos derivados de la falta de control de lo que se consume Ítems: 10, 14, 16, 20, 23, 26, y 29 Valor máximo: 35 Valor mínimo: 7
Conductas compensatorias	Comportamientos que compensan el exceso de comida ingerida, como vómitos forzados o abuso de laxantes o diuréticos, ayunos y/o exceso de ejercicios o una combinación de estos comportamientos.	Instrumento: BULIT Subescala: Conductas compensatorias Conductas para evitar el aumento de peso como: vómito autoprovocado, uso de laxantes y/o diuréticos Ítems: 15, 30, 27, y 7. Valor máximo: 20 Valor mínimo: 4
		Instrumento: EAT-26 Subescala: Bulimia y preocupación por la comida. Relativa a pensamientos sobre la comida y comportamientos bulímicos. Ítems: 3, 4, 9, 18, 21 y 25. Valor Máximo: 36 Valor mínimo: 6
Ingestión de alimentos no nutritivos	Consumo de sustancias consideradas social y culturalmente como no comestibles.	Instrumento: CuPREA Ítems: 1, 2, 3, 4 Valor máximo: 82 Valor mínimo: 0
Regurgitación	Conducta involuntaria que se caracteriza porque los alimentos que se ingieren regresan a la boca y se vuelven a masticar o escupir.	Instrumento: CuPREA Ítems: 5, 6, 7, 8, 9 Valor máximo: 12 Valor mínimo: 0
Evitación de alimentos	Evitación de una gran variedad de alimentos por el desagrado en algunas de sus características organolépticas.	Instrumento: CuPREA Ítems: 9, 10, 11, 12, 13, 14. Valor máximo: 6 Valor mínimo: 0

Medidas antropométricas: Indicadores que permiten conocer el tamaño, proporción, maduración, forma y composición corporal (Carmenate, Mocada y Waldemar, 2014).

IMC

Indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar sobrepeso u obesidad en los adultos (OMS, 2006). Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Medidas antropométricas de peso y altura.

Clasificación de acuerdo al IMC

Delgadez extrema	< 16
Delgadez moderada	16- 16.99
Delgadez media	17-18.49
Bajo peso	< 18.50
Peso normal	18.50- 24.99
Sobrepeso	≥ 25
Pre-obesidad	25-29.99
Obesidad	≥30
Obesidad I	30-34.99
Obesidad II	35-.39.99
Obesidad III	≥ 40

Diseño

No experimental de tipo transversal con alcance exploratorio.

Muestra

No probabilística, conformada por 292 participantes (135 de sexo masculino y 157 de sexo femenino), con edades de los 12 a 19 años (\bar{X} = 14.58, DE= 2.01), de escolaridad secundaria y preparatoria, procedentes de instituciones educativas públicas de la zona metropolitana de la ciudad de México (véase tabla 11).

Tabla 11.
Descripción de la muestra.

Escolaridad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Secundaria	85	66	151
Preparatoria	72	69	141
Total	157	135	292
Promedio de edad	14.46	14.72	14.58
Desviación típica	1.900	2.125	2.008

En cuanto al nivel socioeconómico de los participantes se obtuvo que casi el 60% (n=175) tenían nivel económico medio y medio bajo, en comparación de un 6.5% (n=19) que pertenecía al nivel alto, los niveles medio y medio alto lo ocupaban el 33.6% (n=98) de la muestra total (véase figura 3).

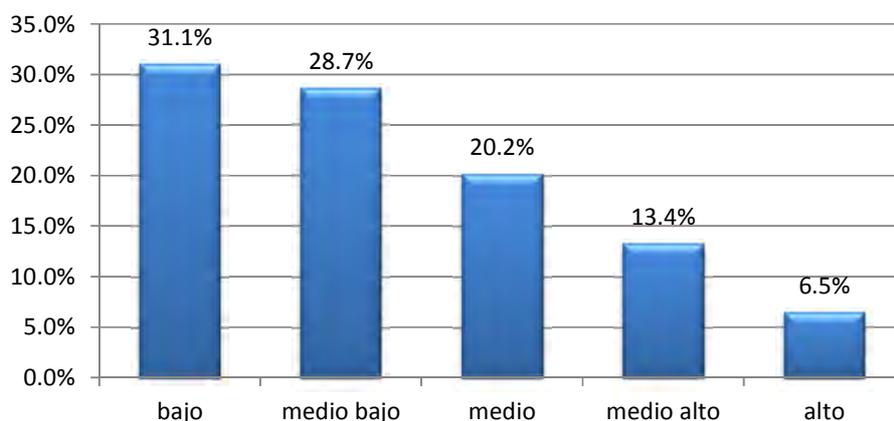


Figura 3. Nivel sociodemográfico de los participantes, rangos obtenidos de Hollingshead (citado en Vázquez, 1997)

Con respecto al tipo de familia la de mayor frecuencia fue la estructura nuclear 55.13% (n=161), seguida por la familia extendida 31.84% (n=92), mientras que la monoparental obtuvo el 11.30% (n=33) y por último la acogida 1.71% (n=5) [véase figura 4].

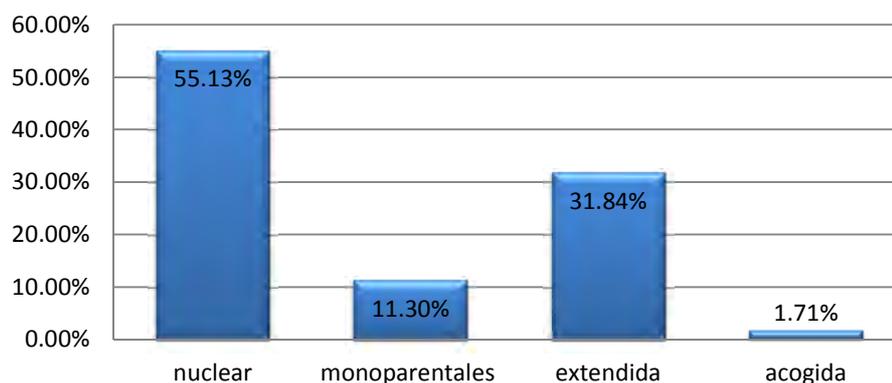


Figura 4. Parientes con los que viven los participantes, clasificación adaptada de "Psicología del desarrollo , infancia y adolescencia", por K. Berger (2006), p.410.

En lo que respecta al índice de masa corporal (IMC) se obtuvo que 56.8% (n=166) de la población es normopeso, es decir su IMC se ubica entre los rangos 18.50 y 24.99, por otro lado 17.2% (n=50) presentó bajo peso que refiere a un IMC < 18.50, en cuanto a los participantes con sobrepeso IMC \geq 25 fueron 18.5% y por último los que mostraron un IMC \geq 30 que indica obesidad, fueron 7.5% (n=22) [véase figura *].

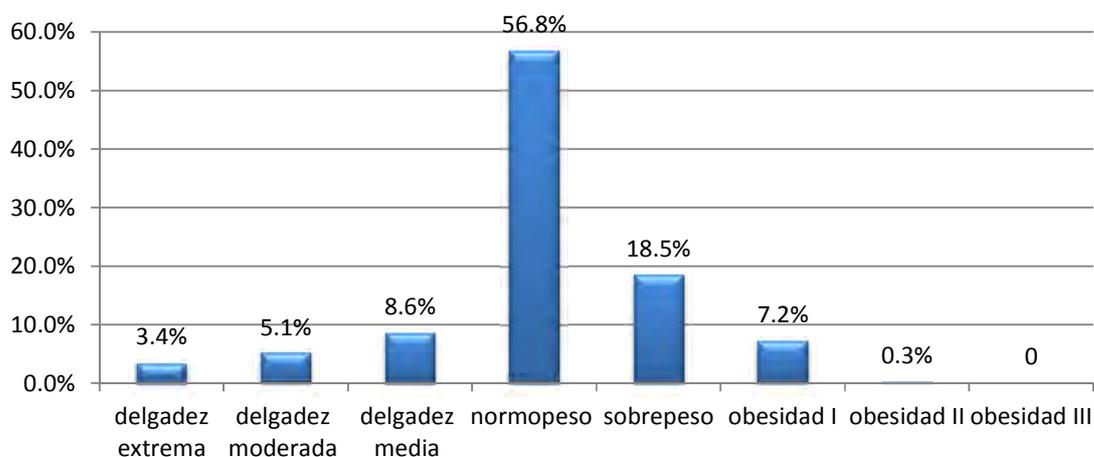


Figura 5. Clasificación de IMC de los participantes de acuerdo a OMS, (2006).

Asimismo, se indagó acerca de las enfermedades que padecían los participantes, donde 88% de la muestra reporta ausencia de enfermedad, mientras que el 6.8% indica la presencia de enfermedades respiratorias, 1.4% gastrointestinales y el 1% sanguíneas (véase tabla 12).

Tabla 12.

Enfermedades crónicas reportadas por los participantes.

Enfermedad	Porcentaje
Ninguna	88%
	(n=257)
Respiratorias	6.8%
(asma, bronquitis)	(n=20)
Gastrointestinales	1.4%
(gastritis, colitis)	(n=4)
Sanguíneas	1%
(anemia)	(n=3)
Neurológicas	.7%
(migraña, epilepsia)	(n=2)
Endócrinas	.7%
(diabetes)	(n=2)
Cardíacas	.3%
(soplo)	(n=1)
Cutáneas	.3%
(vitíligo)	(n=1)
Renales	.3%
(riñón en herradura)	(n=1)
Visuales	.3%
(retinosis pigmentaria)	(n=1)

Con respecto al consumo de drogas por los participantes 22.6% reportó consumir bebidas alcohólicas, 11.6% cigarrillo y 3.1% marihuana (véase tabla 13)

Tabla 13.

Drogas consumidas por los participantes

Droga	Porcentaje
Ninguna	61.9%
	(n=181)
Bebidas alcohólicas	22.6%
	(n=66)
Cigarrillo	11.6%
	(n=34)
Marihuana	3.1%
	(n=9)
Inhalantes	.6 %
	(n=2)

Por otro lado, se investigó sobre adicciones presentadas por algún miembro de la familia de los participantes, la adicción más frecuente fue tabaquismo 8.9%, seguida de alcoholismo 3.1% y drogadicción 2.4% (véase tabla 14).

Tabla 14.
Adicciones presentadas por algún miembro de la familia

Adicción	Porcentaje
Ninguna	84.9% (n=248)
Tabaquismo	8.9% (n=26)
Alcoholismo	3.1% (n= 9)
Drogadicción	2.4% (n=7)
Alcoholismo y tabaquismo	.7% (n= 2)

Y por último, el miembro de la familia que presenta la adicción 3.8% de los participantes indicaron que su padre, 3.1% su tío y el 2.7% algún hermano (véase tabla 15).

Tabla 15.
Miembro de la familia que presenta la adicción

Familiar	Porcentaje
Padre	3.8% (n=11)
Tío	3.1% (n=9)
Hermano	2.7% (n=8)
Madre	1.7% (n=5)
Abuelo	1.7% (n=5)
Primo	1% (n=3)
Padres	1% (n=3)

Instrumentos

Consentimiento informado. Documento en el cual se hizo explícita la invitación para participar en la investigación, señalando los objetivos, procedimiento y la confidencialidad de los datos proporcionados.

Hoja de datos generales. Documento que se utilizó para recabar datos socio-demográficos de cada uno de los participantes.

Test de Actitudes Alimentarias/Eating Attitudes Test (EAT-26); (Garner, Olmsted y Garfinkel, 1982) evalúa conductas alimentarias y síntomas asociados a Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) basándose en actitudes y sentimientos, tiene una escala de tipo liker que va de 1 (nunca) a 6 (siempre) y contiene 26 ítems los cuales están divididos en tres factores que son: dieta, bulimia y preocupación por la comida, y control oral. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo.

Test de bulimia/Bulimia Test (BULIT); (Smith y Thelen, 1984) Este test tiene como objetivo evaluar y detectar sintomatología de Bulimia Nerviosa, posee 36 reactivos con cinco opciones de respuesta que indican la intensidad y la frecuencia, se califican del 1 al 5. Fue adaptado en población mexicana por Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000) donde se obtuvo un punto de corte ≥ 85 y tres factores: sobreingesta, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y conductas compensatorias.

Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado/ Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R); (Spitzer, Yanovski & Marcus, 1993 citado en López, Mancilla Vázquez, Álvarez y Franco, 2011) este cuestionario fue desarrollado para valorar aspectos relacionados al trastorno por atracón (TPA) contiene 12 preguntas, con dos opciones de respuestas tipo likert y dicotómicas, su objetivo es identificar la frecuencia y duración del atracón alimentario, el uso de métodos para controlar el peso, el grado de ansiedad relacionada con el atracón alimentario y la presencia de indicadores conductuales de pérdida de control. Entre sus propiedades psicométricas se encuentran valores de consistencia interna (α de Cronbach) que van de .75 a .79. Se utilizará el cuestionario realizado López et al. (2011) el cual fue validado en población mexicana el cual obtuvo un coeficiente kappa de .60.

Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ); (Brown, Cash y Mikulka, 1990) cuestionario de 69 ítems cuyo objetivo es evaluar aspectos actitudinales, respecto al constructo “imagen corporal”. El MBRSQ contiene diez subescalas estas son: evaluación de la apariencia, orientación de la apariencia, evaluación del estado físico, orientación del estado físico, evaluación de la salud, orientación de la salud, orientación de la enfermedad, satisfacción de áreas corporales, preocupación por el peso y autclasificación del peso. Su consistencia interna es de .75 a .90 en los primeros siete factores y ha demostrado su validez en numerosos estudios donde se le ha correlacionado otros instrumentos que miden imagen corporal. Para la presente investigación se utilizará el instrumento de Velázquez, Vázquez, Mancilla y Martínez, (2014) el cual se validó en población mexicana obteniendo una consistencia interna de .88, en test-retest .86 y su coeficiente de correlación test-retest fue de .85.

Cuestionario de Pica, Rumiación y Evitación/restricción de Alimentos (CuPREA) este cuestionario se elaboró para la presente investigación, tiene como objetivo evaluar conductas asociadas a pica, rumiación y trastorno por evitación/ restricción de alimentos; contiene 32 preguntas con opciones de respuesta dicotómicas y tipo Liker.

Aparatos

Se utilizaron aparatos calibrados y estandarizados como:

- Estadímetro marca SECA 213: Barra graduada en centímetros con la cual se obtuvo la estatura de los participantes, tiene una precisión de .1mm.
- Báscula TANITA: Báscula digital que se utilizó para tomar el peso de los participantes, tiene capacidad de 200kg y una precisión de 100gramos.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en dos fases la primera consistió en la elaboración del instrumento y la segunda en la recolección de datos, a continuación se detallan.

Fase 1. Elaboración del instrumento

- *Elaboración de ítems.* Se realizaron los ítems de acuerdo a la literatura revisada tomando en cuenta los antecedentes, características y criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos contenidos en el DSM-5.

- *Revisión por expertos en el área.* Una vez elaborados ítems se pidió el apoyo de expertos en el tema para que fueran jueces en la validación del instrumento. Se pidió que señalaran la pertinencia o no de los ítems, así como una propuesta de mejora.
- *Piloteo.* Después de haberse realizado el jueceo y las modificaciones sugeridas, se realizó la aplicación del instrumento a 25 personas que cumplieran con las características de la muestra, con lo cual se verificó que las preguntas estuvieran planteadas con claridad, se hizo la modificación de dos preguntas la número 22 debido a que aparte de las opciones de masticar o escupir, en la aplicación del piloteo mencionaron que tragaban los alimentos que regurgitaban.

Pregunta original: ¿Después de comer regurgitas los alimentos, es decir, los alimentos que has ingerido regresan a tu boca y los vuelves masticar o escupir?

Modificada: ¿Después de comer regurgitas los alimentos, es decir, los alimentos que has ingerido regresan a tu boca y los vuelves masticar, escupir o *tragar*?

Asimismo se modificó la pregunta 26 ya que esta inducía la respuesta

Pregunta original: La regurgitación puede deberse a alguna enfermedad gastrointestinal.

Pregunta modificada: Padeces alguna enfermedad gastrointestinal.

Fase 2. Recolección de datos

- Acceso a instituciones educativas. Se visitaron dos instituciones educativas públicas: la Escuela Secundaria Margarita de Goratari Carvajal de Salinas y el Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No.227 “Otilio Montaña Sánchez”, para la aplicación de los instrumentos. Se realizó una entrevista con los directivos para pedir su consentimiento, explicando en qué consistía la investigación y el número de alumnos que se requerían. Asimismo, se les proporcionó una copia del instrumento, un formato con los objetivos y la justificación de la investigación.
- Presentación de consentimiento informado. Una vez concedido el acceso por los directivos a las instituciones, se presentó el consentimiento informado a los tutores de los alumnos, en el cual se expuso el procedimiento de la investigación, la

importancia de la participación de sus hijos en la investigación y la confidencialidad de los datos proporcionados.

- Aplicación de instrumentos. A los alumnos que se les dio la autorización para participar, se les entregó una batería con los instrumentos mencionados con anterioridad que se respondió en dos sesiones de 45 minutos.
- Toma de medidas antropométricas. Se midieron y pesaron a cada uno de los participantes con la finalidad de obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), cabe mencionar que las medidas fueron tomadas por una antropóloga física.

ANÁLISIS DE DATOS

Al finalizar la recolección de datos, estos fueron capturados y analizados a través del programa SPSS versión 20. En primer lugar se evaluaron las propiedades psicométricas del *Cuestionario de Pica, Rumiación y Evitación/restricción de Alimentos (CuPREA)*, donde se estimó el grado de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach, asimismo se verificó la validez de constructo a través de un análisis factorial, el cual permite identificar las interrelaciones entre variables y agruparlas en factores reduciendo así su multiplicidad inicial a partir de la rotación varimax.

Posteriormente se analizaron los datos por sexo (femenino y masculino) y por fase de la adolescencia (temprana y tardía) de:

- Casos con y sin sintomatología de Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por Atracón (TPA).
- Presencia y frecuencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) para cada uno de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.
- Y por último de aspectos actitudinales de la imagen corporal.

Con respecto a los casos con sintomatología de AN y BN se obtuvieron los porcentajes a través de los puntos de corte de los cuestionarios EAT-26 (≥ 21) y BULIT (≥ 88), mientras que para estimar el porcentaje de casos de sintomatología de TPA se emplearon las preguntas 1 y 2 del cuestionario QEWP-R que indican la presencia de atracones y pérdida de control.

Por otro lado se realizaron comparaciones de las puntuaciones totales y de las subescalas de cada uno de los cuestionarios (EAT-26, BULIT y QEWP-R) en toda la muestra, a partir de un análisis de varianza (ANOVA). Cabe mencionar que para realizar las comparaciones del total y de las subescalas del EAT-26 se utilizó la calificación de “1” a “6” donde “1” representa la opción *nunca* y “6” *siempre* para las preguntas 1-25 mientras que la pregunta 26 se calificó en sentido inverso, debido a que con esta forma de calificar se obtienen resultados más representativos.

En cuanto a las CAR, se evaluó la presencia y frecuencia que se expresa en porcentajes. Las conductas evaluadas para cada trastorno fueron:

- *AN*: restricción alimentaria severa, práctica de dietas, empleo de conductas compensatorias como vómito, uso de laxantes y diuréticos, y ejercicio excesivo.
- *BN*: atracones, práctica de dietas, empleo de conductas compensatorias como vómito, uso de laxantes y diuréticos, y ejercicio excesivo
- *TPA*: presencia de atracones y pérdida de control
- *Pica*: ingestión de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas.
- *Trastorno de Rumiación*: regurgitación
- *Trastorno por evitación/restricción de alimentos (TERA)*: evitación de alimentos por características organolépticas, reducción de la variedad de alimentos y temor a alimentarse.

Y por último para imagen corporal se realizaron comparaciones entre sexo y fase de la adolescencia, de cada una de las subescalas del cuestionario MBRSQ a partir de un análisis de varianza (ANOVA).

RESULTADOS

Propiedades psicométricas CuPREA.

Análisis de confiabilidad

Se realizó por medio del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach que obtuvo un valor de .70, sin embargo cuando se eliminaron seis de los 32, los cuales se presentan en la tabla 16, el Alfa de Cronbach aumentó a .73, lo que indica una consistencia interna aceptable (véase tabla 16).

Tabla 16.

Ítems eliminados a partir del análisis de confiabilidad.

Número de Ítem	Pregunta	Alfa de Cronbach
16	En el último mes has ingerido alimentos no procesados o crudos en cantidades excesivas como <i>chicles</i>	.706
15	En el último mes has ingerido alimentos no procesados o crudos en cantidades excesivas como <i>hielos</i>	.716
27	¿Has dejado de comer o evitas alimentos por ser dañinos para tu salud?	.723
21	¿Has recibido atención médica a causa de los alimentos que has ingerido?	.726
22	¿Padeces alguna discapacidad?	.729
30	¿Consumes suplementos alimenticios?	.732

Análisis de la validez de constructo

Para la construcción de factores se tomaron en cuenta los criterios propuestos por Yela (1997):

- Que el ítem obtuviera una carga ponderal ≤ 0.40
- El ítem fue incluido en el factor donde presentó mayor saturación.
- Todos los ítems de un factor presentaron congruencia conceptual.
- Un factor deberá de estar compuesto por tres o más ítems.

Al realizar el análisis de componentes principales del instrumento arrojó cinco factores, no obstante, se descartó esta opción debido a que no existía congruencia conceptual en los ítems de cada factor, por lo que se procedió a realizar el análisis por separado para el Trastorno de Pica, Trastorno de Rumiación y Trastorno por evitación/restricción de alimentos (TERA)

Pica

El análisis factorial arrojó tres factores los cuales explican 48.93% de la varianza total, el primer factor explica 23.35%, obtuvo un coeficiente alfa de .79 y está compuesto por siete ítems que hablan sobre la ingesta de sustancias no comestibles. El segundo factor explica 14.87% de la variabilidad total, su coeficiente de confiabilidad fue de .64 y al igual que el factor 1 sus cinco ítems hacen referencia a la ingesta de sustancias no comestibles. Por último el tercer factor explica 10.72% de la varianza total, lo constituyen tres ítems que hablan de la ingesta de sustancias crudas o no procesadas, su coeficiente fue de .65 (véase tabla 17).

Tabla 17.

Estructura factorial y cargas ponderales de los ítems que conforman los factores para Pica.

No. de ítem	Factor 1. Consumo de sustancias no comestibles	
2	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>cabello. (tricofagia)</i>	.803
3	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>pintura.</i>	.887
4	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>gis.</i>	.440
10	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>jabón. (saponifagia)</i>	.651
12	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>fósforos quemados. (cautopireiofagia)</i>	.774
14	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>algodón</i>	.757
20	En el último mes has ingerido alimentos no procesados o crudos en cantidades excesivas <i>bicarbonato de sodio.</i>	.622
Factor 2. Consumo de sustancias no comestibles.		
5	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>pegamento.</i>	.558
7	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>objetos de metal.</i>	.742
8	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>papel. (paperofagia)</i>	.792
11	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>materia fecal. (coprofagia)</i>	.745
13	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>pasta de dientes.</i>	.509

Factor 3. Sustancias crudas o no procesadas			
17	En el último mes has ingerido alimentos no procesados o crudos en cantidades excesivas como <i>verduras congeladas</i>		.815
18	En el último mes has ingerido alimentos no procesados o crudos en cantidades excesivas como <i>arroz o pasta cruda</i>		.875
19	En el último mes has ingerido alimentos no procesados o crudos en cantidades excesivas <i>granos de café</i>		.571
Alfa de Cronbach por factor		.79	.64
% varianza explicada		23.35%	14.87%
			10.72%

Cabe mencionar que tres preguntas no se agruparon en ningún factor, estas se presentan en la tabla 18.

Tabla 18.

Ítems que no se incluyen en ninguno de los factores para Trastorno de Pica.

No. de ítem	Pregunta
1	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>objetos de plástico</i> .
4	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>goma</i> .
6	En el último mes has consumido/ingerido sustancias no comestibles como <i>tierra o arcilla</i> .

Trastorno de Rumiación

Se obtuvo un factor que engloba preguntas sobre conductas relacionadas al trastorno de rumiación, contiene tres ítems y tuvo un coeficiente de confiabilidad de .85, su varianza explicada fue de 76.2% (véase tabla 19)

Tabla 19.

Estructura factorial y cargas ponderales de los ítems que conforman el factor para el Trastorno de Rumiación.

No. de ítem	Rumiación	
23	¿Después de comer regurgitas los alimentos, es decir, los alimentos que has ingerido regresan a tu boca y los vuelves a masticar, escupir o tragar?	.953
24	¿Con qué frecuencia has regurgitado?	.981
25	¿La regurgitación se acompaña de náuseas o vómito?	.752
26	Padeces alguna enfermedad gastrointestinal	.783
Alfa de Cronbach por factor		.85
% varianza explicada		76.2%

Trastorno por evitación/restricción de alimentos (TERA)

Para finalizar se obtuvo un factor para TERA, el cual está compuesto por cuatro preguntas, obtuvo un Alfa de Cronbach .61 y las preguntas explican 48.6% de la varianza total (véase tabla 20).

Tabla 20.

Estructura factorial y cargas ponderales de los ítems que conforman el factor para TERA.

No. de ítem	Evitación de alimentos	
27	¿Has dejado consumir alimentos porque te desagrada el olor, sabor y textura?	.502
28	¿Has reducido considerablemente la variedad de alimentos que consumes?	.843
30	Debido a que has reducido la variedad de alimentos que consumes ¿has bajado de peso?	.754
32	¿Temes el tener que comer?	.559
	Alfa de Cronbach por factor	.61
	% varianza explicada	48.6%

Sintomatología de AN, BN y TPA.

A continuación se presentan los casos con sintomatología de AN, BN y TPA, así como el promedio de las puntuaciones totales y de las subescalas de cada uno de los cuestionarios.

Sintomatología de AN

El porcentaje total de casos con sintomatología de anorexia nerviosa fue de 2.74%, el porcentaje mayor de casos se encuentra en mujeres que atraviesan la adolescencia tardía (5.56%) mientras que en menor proporción se encuentran hombres de la adolescencia temprana (1.52%) y tardía (1.45%) [véase tabla 21].

Tabla 21.

Porcentaje de casos con sintomatología de AN.

Instrumento	Punto de corte	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
		Adolescencia		Adolescencia		
		Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
AN (EAT-26)	≥ 21	2.35% (n=2)	5.56% (n=4)	1.52% (n=1)	1.45% (n=1)	2.74% (n=8)

Nota: EAT-26: Cuestionario de Actitudes Alimentarias [Eating Attitudes Test], AN: Anorexia Nerviosa.

Con respecto a la comparación por sexo y fase de la adolescencia del total y de las subescalas del EAT-26 que se muestra en la tabla 22, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas mayores en mujeres de la adolescencia tardía ($\bar{x}=9.67$) y en hombres que atraviesan la adolescencia temprana ($\bar{x}=7.97$), tanto la subescala *bulimia y preocupación por la comida*, como en la subescala *control oral* entre mujeres ($\bar{x}=16.51$) y hombres ($\bar{x}=13.35$) en la adolescencia temprana.

Tabla 22.

Comparación por sexo y fase de la adolescencia de las puntuaciones totales y de las subescalas del EAT-26 en la muestra total.

Instrumento EAT-26	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		F
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Total	\bar{x} =50.79 D.E.=15.12	\bar{x} =52.03 D.E.=17.11	\bar{x} =47.59 D.E.=14.38	\bar{x} =47.77 D.E.=14.71	1.47
Subescalas					
Dieta	\bar{x} =25.98 D.E.=9.83	\bar{x} =26.69 D.E.=10.51	\bar{x} =26.27 D.E.=10.52	\bar{x} =24.67 D.E.=9.61	.52
Bulimia y preocupación por la comida	\bar{x} =8.31 D.E.=3.25	\bar{x} =9.67 ^a D.E.=3.92	\bar{x} =7.97 ^b D.E.=3.14	\bar{x} =8.49 D.E.=3.23	3.36*
Control oral	\bar{x} =16.51 ^a D.E.=5.70	\bar{x} =15.67 D.E.=6.17	\bar{x} =13.35 ^b D.E.=4.58	\bar{x} =14.61 D.E.=5.87	4.26*

Nota: EAT-26: Cuestionario de Actitudes Alimentarias [Eating Attitudes Test].

Sintomatología de BN

De la muestra total 3.08% presentó sintomatología de bulimia nerviosa, existe ausencia de casos en mujeres en la adolescencia tardía, mientras que el porcentaje mayor de casos se presenta en hombres en la adolescencia temprana 4.55% (véase tabla 23).

Tabla 23.

Porcentaje de casos con sintomatología de BN.

Instrumento	Punto de corte	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
		Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
BN (BULIT)	≥ 88	3.53% (n=3)	0% (n=0)	4.55% (n=3)	4.35% (n=3)	3.08% (n=9)

Nota: BULIT: Test de bulimia [Bulimia test], BN: Bulimia Nerviosa.

Respecto a la comparación de las puntuaciones totales y de las subescalas del BULIT, se puede observar que no existen diferencias significativas entre sexos ni por fase de la adolescencia (véase tabla 24).

Tabla 24.

Comparación por sexo y fase de la adolescencia de las puntuaciones totales y de las subescalas del BULIT en la muestra total.

Instrumento BULIT	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		F
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Total	\bar{x} =63.26 D.E.=15.53	\bar{x} =64.31 D.E.=11.56	\bar{x} =59.24 D.E.=15.56	\bar{x} =61.59 D.E.=15.83	1.56
Subescalas					
Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación	\bar{x} =17.55 D.E.=6.12	\bar{x} =17.78 D.E.=5.64	\bar{x} =18.09 D.E.=6.56	\bar{x} =18.81 D.E.=7.86	0.51
Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta	\bar{x} =12.24 D.E.=4.85	\bar{x} =11.97 D.E.=4.47	\bar{x} =11.70 D.E.=4.49	\bar{x} =12.12 D.E.=4.37	0.19
Conductas compensatorias	\bar{x} =5.12 D.E.=2.12	\bar{x} =5.07 D.E.=2.04	\bar{x} =5.36 D.E.=2.59	\bar{x} =5.29 D.E.=2.35	0.27

Nota: BULIT: Test de bulimia [Bulimia test]

Sintomatología de TPA

El porcentaje de la muestra total con sintomatología de trastorno por atracón fue de 4.79%, la mayor proporción se presenta en hombres que se encuentran en la adolescencia tardía (7.25%) mientras que la menor se presenta en mujeres en la adolescencia temprana (2.35%) [véase tabla 25].

Tabla 25.
Porcentaje de casos con sintomatología de TPA.

Instrumento	Punto de corte	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
		Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
TPA (QEWP-R)	Preguntas 1 y 2	2.35% (n=2)	5.56% (n=4)	4.55% (n=3)	7.25% (n=5)	4.79% (n=14)

Nota: QEWP-R: Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado [Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised]

En cuanto a la comparación entre sexo y fase de la adolescencia no existen diferencias significativas ni en las puntuaciones totales, ni en las subescalas del instrumento QEWP-R (véase tabla 26).

Tabla 26.
Comparación por sexo y fase de la adolescencia de las puntuaciones totales y de las subescalas del QEWP-R en la muestra total.

Instrumento QEWP-R	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		F
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Subescalas					
Sintomatología TPA	$\bar{x}= .72$ D.E.=1.66	$\bar{x}= 1$ D.E.=2.08	$\bar{x}= .77$ D.E.=1.68	$\bar{x}= .90$ D.E.=1.90	.36
Sintomatología BN no purgativa	$\bar{x}= .88$ D.E.=1.41	$\bar{x}= 1.14$ D.E.=1.55	$\bar{x}= .97$ D.E.=1.27	$\bar{x}= .99$ D.E.=1.55	.42
Sintomatología BN purgativa	$\bar{x}= .55$ D.E.=.93	$\bar{x}= .94$ D.E.=138	$\bar{x}= .68$ D.E.=1.03	$\bar{x}= .59$ D.E.=.99	1.93

Nota: QEWP-R: Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado [Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised]

Por otra parte se obtuvo que 4.45% de la muestra total supero punto de corte en dos o tres cuestionarios, con respecto al EAT-26 y BULIT 1.71% de la muestra total superó punto de corte, mientras en el BULIT y QEWP-R 1.37% (véase tabla 27).

Tabla 27.

Porcentaje de casos que superaron punto de corte en dos o tres instrumentos.

Instrumento	Punto de corte	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
		Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
EAT-26 y BULIT	≥ 21 y ≥ 88	1.18% (n=1)	1.39% (n=1)	3.03% (n=2)	1.45% (n=1)	1.71% (n=5)
EAT-26 y QEWP-R	≥ 21 y Preguntas 1 y 2	0% (n=0)	0% (n=0)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	.34% (n=1)
BULIT y QEWP-R	≥ 88 y Preguntas 1 y 2	2.35% (n=2)	1.39% (n=1)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	1.37% (n=4)
EAT-26, BULIT y QEWP-R	≥ 21, ≥ 88 y Preguntas 1 y 2	0% (n=0)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	2.90% (n=2)	1.03% (n=3)
Total		3.53% (n=3)	4.17% (n=3)	6.06% (n=4)	4.35% (n=3)	4.45% (n=13)

Nota: EAT-26: Cuestionario de Actitudes Alimentarias [Eating Attitudes Test]; BULIT: Test de bulimia [Bulimia test]; QEWP-R: Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado [Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised]

Conductas alimentarias de riesgo

Se evaluó la práctica y frecuencia de conductas compensatorias como vómito, uso de laxantes o diuréticos y ejercicio excesivo, así como la presencia de atracón alimentario, restricción alimentaria y el empleo de dietas. A continuación se presentan los datos obtenidos por fase de la adolescencia y sexo para cada una de las conductas:

Vómito

Se obtuvo que 7.19% de la muestra total reportó vomitar después de comer, los porcentajes más elevados los presentan las mujeres (8.24%) y hombres (9.09%) ambos en la adolescencia temprana, no obstante, a pesar de que los hombres admitieron la práctica de esta conducta, la frecuencia es mayor en mujeres en la adolescencia temprana (3.53%). Por otra parte al indagar sobre si recurrían al vómito como método para bajar de peso el porcentaje se eleva hasta 11.30%, siendo las mujeres de la adolescencia tardía quienes más emplean esta conducta (13.89%), sin embargo, la frecuencia es mayor en hombres en la adolescencia temprana (véase tabla 28).

Tabla 28.

Porcentaje de frecuencia y presencia de vómito para bajar de peso.

Conducta alimentaria de riesgo		Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
		Adolescencia		Adolescencia		
		Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Vómito después de comer	<i>Sí</i>	8.24% (n=7)	5.56% (n=4)	9.09% (n=6)	5.79% (n=4)	7.19% (n=21)
	<i>Frecuencia Dos o más veces a la semana</i>	3.53% (n=3)	1.38% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.37% (n=4)
Vomito para perder peso	<i>Sí</i>	11.76% (n=10)	13.89% (n=10)	9.09% (n=6)	10.14% (n=7)	11.30% (n=33)
	<i>Frecuencia Dos o más veces a la semana</i>	3.53% (n=3)	4.17% (n=3)	4.54% (n=3)	4.35% (n=3)	4.11% (n=12)

Uso de laxantes o diuréticos

Con relación al uso de laxantes para controlar el peso 7.53% admitió utilizarlos, donde la mayoría de casos se encuentra en hombres en la adolescencia temprana 12.12%, asimismo estos mencionan usarlos con mayor frecuencia 6.06%. Con referencia al uso de diuréticos se identificó que 4.45% de la muestra total los utiliza para el control de peso, donde las mujeres en la adolescencia temprana fueron quienes además de admitir su uso (7.06%), reportaron usarlos con mayor frecuencia (2.35%) [véase tabla 29].

Tabla 29.

Porcentaje de frecuencia y uso de laxantes y diuréticos para el control de peso.

Conducta alimentaria de riesgo		Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
		Adolescencia		Adolescencia		
		Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Uso de laxantes para el control del peso	<i>Sí</i>	5.88% (n=5)	2.78% (n=2)	12.12% (n=8)	10.14% (n=7)	7.53% (n=22)
	<i>Frecuencia Una vez al día o más</i>	4.71% (n=4)	1.39% (n=1)	6.06% (n=4)	4.35% (n=3)	4.11% (n=12)
Uso de diuréticos para el control de peso	<i>Sí</i>	7.06% (n=6)	1.39% (n=1)	4.55% (n=3)	4.35% (n=3)	4.45% (n=13)
	<i>Frecuencia Una vez al día o más</i>	2.35% (n=2)	1.39% (n=1)	1.52% (n=1)	1.45% (n=1)	1.71% (n=5)

Ejercicio

Se puede observar que 57.88% de los participantes reportaron realizar ejercicio para quemar calorías en su mayoría mujeres en la adolescencia temprana 65.88%, sin embargo, los hombres en la adolescencia temprana mencionaron realizar ejercicio con mayor frecuencia con la finalidad de quemar calorías 21.21% en comparación de las mujeres en la adolescencia tardía 13.89% (véase tabla 30).

Tabla 30.

Porcentaje de frecuencia y práctica de ejercicio como método para bajar de peso.

Ejercicio para quemar calorías	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
	Adolescencia		Adolescencia		
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Sí	65.88% (n=56)	62.50% (n=45)	57.58% (n=38)	43.48% (n=30)	57.88% (n=169)
Frecuencia Siempre	14.12% (n=12)	13.89% (n=10)	21.21% (n=14)	20.29% (n=14)	17.12% (n=50)

Atracón alimentario

Al respecto se identificó 25% de la muestra presenta atracón alimentario, siendo más admitida por mujeres en la adolescencia tardía (31.94) y más frecuente (10.14%) en hombres en la adolescencia tardía (véase tabla 31).

Tabla 31.

Porcentaje de frecuencia y empleo de atracón alimentario.

Atracón	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
	Adolescencia		Adolescencia		
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Sí	20% (n=17)	31.94% (n=23)	21.21% (n=14)	27.54% (n=19)	25% (n=73)
Frecuencia Una vez al día o más	5.89% (n=5)	5.56% (n=4)	4.55% (n=3)	10.14% (n=7)	6.51% (n=19)

Dieta

En cuanto a la realización de dietas 34.58% de la muestra total afirmó realizarlas. Los hombres en la adolescencia temprana obtuvieron el porcentaje mayor 39.40% en comparación de las mujeres en la adolescencia temprana 30.59%. Con respecto a la frecuencia los hombres en la adolescencia tardía 5.80% reportaron siempre realizar dietas (véase tabla 32).

Tabla 32.

Porcentaje de frecuencia y práctica de dietas como método para bajar de peso.

Dieta para bajar de peso	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Sí	30.59% (n=26)	37.50% (n=27)	39.40% (n=26)	31.88% (n=22)	34.58% (n=101)
Frecuencia					
Siempre	0% (n=0)	1.39% (n=1)	4.55% (n=3)	5.80% (n=4)	2.74% (n=8)

Restricción alimentaria

El porcentaje de la muestra total que indica practicar restricción alimentaria severa fue de 4.45%, el porcentaje más elevado lo obtuvieron en mujeres en la adolescencia temprana (4.71%), mientras que el más bajo lo presentan hombres en la adolescencia tardía (4.35%) [véase tabla 33].

Tabla 33.

Porcentaje de frecuencia y presencia de restricción alimentaria

Restricción alimentaria	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Sí	4.71% (n=4)	4.17% (n=3)	4.55% (n=3)	4.35% (n=3)	4.45% (n=13)

Ingestión de sustancias no comestibles o no nutritivas

En relación a la ingestión de sustancias no comestibles 13.01% de la muestra total indicó consumir una sustancia no comestible siendo más habitual en mujeres en la adolescencia temprana, por otro lado 5.82% señaló consumir dos o tres sustancias del cual se reportan siete casos en hombres en adolescencia tardía, por último 3.42% apuntó al consumo de cuatro o más sustancias donde los casos en su mayoría se presentan en mujeres que atraviesan la adolescencia temprana (n=5) [véase tabla 34].

Tabla 34.
Porcentaje de consumo de sustancias no comestibles.

Consumo de sustancias no comestibles	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
	Adolescencia		Adolescencia		
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
<i>Una sustancia</i>	14.12% (n=12)	13.89% (n=10)	9.09% (n=6)	14.49% (n=10)	13.01% (n=38)
<i>Dos o tres sustancias</i>	2.35% (n=2)	6.94% (n=5)	4.55% (n=3)	10.14% (n=7)	5.82% (n=17)
<i>Cuatro o más sustancias</i>	5.88% (n=5)	1.39% (n=1)	3.03% (n=2)	2.90% (n=2)	3.42% (n=10)

Por otro lado, se identificó que las sustancias no comestibles más ingeridas fueron pasta de dientes 7.19%, plástico 2.05%, papel 1.34% y goma 0.68%. Se puede observar que el mayor consumo es por parte de las mujeres en casi todas las sustancias menos en el consumo de goma que se da en hombres con igualdad de casos (n=1) [véase tabla 35].

Tabla 35.
Porcentaje de consumo de una sustancia no comestible.

Sustancia no comestible.	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
	Adolescencia		Adolescencia		
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
<i>Plástico</i>	2.35% (n=2)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	4.35% (n=3)	2.05% (n=6)
<i>Cabello</i>	0% (n=0)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>Pintura</i>	1.18% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>Goma</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	1.52% (n=1)	1.45% (n=1)	0.68% (n=2)
<i>Pegamento</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.45% (n=1)	0.34% (n=1)
<i>Papel</i>	2.35% (n=2)	1.39% (n=1)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	1.37% (n=4)

<i>Gis</i>	1.18% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>Pasta de dientes</i>	15.29% (n=13)	9.72% (n=7)	4.55% (n=3)	7.25% (n=5)	9.59% (n=28)
<i>Algodón</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	0.34% (n=1)

En cuanto a la ingestión de dos o tres sustancias no comestibles las más frecuentes fueron el consumo de papel y pasta de dientes 1.03%, objetos de plástico y pasta de dientes 1.03%, objetos de metal y papel .68, y por último goma, papel y pasta de dientes .68% (véase tabla 36).

Tabla 36.

Porcentaje de consumo de dos o tres sustancias no comestibles

Consumo de dos o tres sustancias no comestibles.	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
	Adolescencia		Adolescencia		
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
<i>Papel y pasta de dientes</i>	1.18% (n=1)	0% (n=0)	1.52% (n=1)	1.45% (n=1)	1.03% (n=3)
<i>Papel y jabón</i>	0% (n=0)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>Plástico y pasta de dientes</i>	0% (n=0)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	2.90% (n=2)	1.03% (n=3)
<i>Cabello y papel</i>	0% (n=0)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>Objetos de metal y pasta de dientes</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.45% (n=1)	0.34% (n=1)
<i>Objetos de metal y papel</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	3.03% (n=2)	0% (n=0)	0.68% (n=2)
<i>Plástico y papel</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.45% (n=1)	0.34% (n=1)
<i>Plástico, pegamento y fósforos</i>	1.18% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>Cabello, papel y pasta dental.</i>	0% (n=0)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.34% (n=1)

<i>Goma, papel y pasta</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	3.03% (n=2)	0% (n=0)	0.68% (n=2)
<i>Plástico, papel y pasta</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>Pegamento, jabón y pasta.</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>Papel, jabón y pasta</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.45% (n=1)	0.34% (n=1)
<i>Tierra, gis y pasta</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	0.34% (n=1)

Ingestión de sustancias crudas o no procesadas

Por otra parte al indagar sobre el consumo de alimentos crudos o no procesados 16.78% mencionó consumir una sustancia, 4.79% dos sustancias y 2.40% tres sustancias. Cabe resaltar que tanto mujeres en adolescencia temprana, como hombres en la adolescencia tardía fueron los que más casos reportaron (n=20) [véase tabla 37].

Tabla 37.

Porcentaje de consumo de alimentos crudos o no procesados sustancias.

Consumo de alimentos crudos o no procesados	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
	Adolescencia		Adolescencia		
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
<i>Una sustancia</i>	14.12% (n=12)	18.06% (n=13)	18.18% (n=12)	17.39% (n=12)	16.78% (n=49)
<i>Dos sustancias</i>	8.24% (n=7)	2.78% (n=2)	1.51% (n=1)	5.80% (n=4)	4.79% (n=14)
<i>Tres sustancias</i>	1.18% (n=1)	1.39% (n=1)	1.51% (n=1)	5.80% (n=4)	2.40% (n=7)

Las sustancias más consumidas crudas o no procesadas fueron verduras congeladas 5.14%, arroz o pasta cruda 5.14% y granos de café 4.45%, dentro del consumo de dos o tres sustancias las más consumidas fueron verduras congeladas y arroz o pasta cruda 3.08%, verduras congeladas, arroz o pasta cruda y granos de café 1.71% y granos de café y arroz (véase tabla 38)

Tabla 38.

Porcentaje de consumo de alimentos crudos o no procesados sustancias.

Consumo de alimentos crudos o no procesadas	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
<i>Verduras congeladas</i>	5.88% (n=5)	1.39% (n=1)	6.06% (n=4)	7.25% (n=5)	5.14% (n=15)
<i>Arroz o pasta cruda</i>	4.70% (n=4)	4.17% (n=3)	9.09% (n=6)	2.90% (n=2)	5.14% (n=15)
<i>Granos de café</i>	2.35% (n=2)	6.94% (n=5)	1.51% (n=1)	7.25% (n=5)	4.45% (n=13)
<i>Bicarbonato</i>	1.18% (n=1)	5.56% (n=4)	1.51% (n=1)	0% (n=0)	2.05% (n=6)
<i>Verduras congeladas y arroz o pasta cruda</i>	2.35% (n=2)	4.17% (n=3)	0% (n=0)	5.80% (n=4)	3.08% (n=9)
<i>Granos de café y arroz</i>	4.70% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.38% (n=4)
<i>Granos de café y bicarbonato</i>	1.18% (n=1)	0% (n=0)	1.51% (n=1)	0% (n=0)	0.68% (n=2)
<i>Verduras congeladas, arroz o pasta cruda y granos de café</i>	1.18% (n=1)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	4.35% (n=3)	1.71% (n=5)
<i>Verduras congeladas, arroz o pasta cruda y bicarbonato</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	1.51% (n=1)	1.45% (n=1)	0.68% (n=2)

Regurgitación

La conducta de regurgitar fue reportada por 1.71% de la muestra total, donde 1.38% indicó realizarla dos o tres veces a la semana, dentro de las causas apuntan a padecer ansiedad 0.34%, enfermedad gastrointestinal 1.03% o el no poder vomitar .34%. Cabe mencionar que esta conducta es más usual en mujeres que atraviesan la adolescencia tardía (véase tabla 39).

Tabla 39.

Porcentaje de presencia y frecuencia de regurgitación.

Regurgitación	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Sí	1.18% (n=1)	4.17% (n=3)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	1.71% (n=5)
Frecuencia					
<i>Un día a la semana</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>2 o3 veces a la semana</i>	1.18% (n=1)	4.17% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.38% (n=4)
Causas					
<i>Me da ansiedad</i>	1.18% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>Enfermedad gastrointestinal</i>	0% (n=0)	4.16% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.03% (n=3)
<i>No puedo vomitar</i>	0% (n=0)	0% (n=0)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	0.34% (n=1)

Evitación de alimentos

Con respecto a la evitación de alimentos a causa de las características organolépticas 35.96% de la muestra total mencionó realizarlo, los motivos fueron por el desagrado del olor y sabor de la comida 24.31%, ser dañino para la salud 4.11%, por alergia .68% y el temor a subir de peso .34% (véase tabla 40).

Tabla 40.

Porcentaje de presencia y causas de evitación de alimentos.

Evitación de alimentos por características organolépticas	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Sí	40% (n=34)	41.67% (n=30)	21.21% (n=14)	39.13% (n=27)	35.96% (n=105)
Causa					
<i>Alergia</i>	0% (n=0)	2.78% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.68% (n=2)

<i>Es dañino para la salud</i>	2.35% (n=2)	2.78% (n=2)	5.56% (n=4)	5.80% (n=4)	4.11% (n=12)
<i>Temor a subir de peso</i>	1.18% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.34% (n=1)
<i>Desagrado del olor y sabor</i>	29.41% (n=25)	23.61% (n=17)	15.15% (n=10)	27.54% (n=19)	24.31% (n=71)

Además 25% de la muestra total indicó haber reducido considerablemente la variedad de alimentos que consumen 10.27% por temor a subir de peso, 5.82% por temor a enfermarse, 4.10% porque reportan no tener hambre, 2.05% porque no les gusta comer y 0.68% porque piensan que algunos alimentos no son buenos (véase tabla 41).

Tabla 41.

Porcentaje de presencia y causas de la reducción de alimentos.

Reducción de la variedad de alimentos consumen	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
	Adolescencia		Adolescencia		
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Sí	34.12% (n=29)	31.94 % (n=23)	15.15% (n=10)	15.94% (n=11)	25% (n=73)
Causa					
<i>Temo a subir de peso</i>	8.24% (n=7)	18.06% (n=13)	4.55% (n=3)	10.14% (n=7)	10.27% (n=30)
<i>Para no enfermarme</i>	8.24% (n=7)	4.17% (n=3)	4.55% (n=3)	5.80% (n=4)	5.82% (n=17)
<i>Tratamiento nutricional</i>	1.18% (n=1)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	4.35% (n=3)	1.71% (n=5)
<i>No me gusta comer</i>	4.71% (n=4)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	1.45% (n=1)	2.05% (n=6)
<i>No me da hambre</i>	7.06% (n=6)	1.39% (n=1)	4.55% (n=3)	2.90% (n=2)	4.10% (n=12)
<i>Algunos alimentos no son bueno para la salud</i>	1.18% (n=1)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.68% (n=2)
<i>Comía en exceso</i>	2.35% (n=2)	0% (n=0)	1.52% (n=1)	0% (n=0)	1.03% (n=3)

Al preguntar sobre si habían experimentado pérdida de peso debido a la reducción de la variedad de alimentos, 14.73% reportó que sí, siendo más frecuente en mujeres en la adolescencia temprana 16.47% que en hombres en la misma fase 7.58% (véase tabla 42).

Tabla 42.

Porcentaje que reporta pérdida de peso.

Pérdida de peso a causa de la reducción de alimentos	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Sí	16.47% (n=14)	18.06% (n=13)	7.58% (n=5)	15.94% (n=11)	14.73% (n=43)

Por otro lado al indagar sobre si presentaban temor al comer 8.56% de la muestra respondió que sí, 7.19% respondieron que por temor a subir de peso, mientras que 1.03% contestó que por temor a no controlar lo que comen (véase tabla 43).

Tabla 43.

Porcentaje de presencia y causas del temor a comer

Temor a comer	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Sí	9.41% (n=8)	19.44% (n=14)	1.52% (n=1)	2.90% (n=2)	8.56% (n=25)
Causa					
<i>Subiré de peso</i>	8.24% (n=7)	16.67% (n=12)	1.52% (n=1)	1.45% (n=1)	7.19% (n=21)
<i>Controlo lo que como</i>	1.18% (n=1)	2.78% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.03% (n=3)

De igual forma se analizó si los casos que presentan sintomatología de AN, BN y TPA consumía sustancias no comestibles, crudas o no procesadas. Se obtuvo que cinco casos con sintomatología de AN mencionaron consumir sustancias no comestibles como papel, pegamento, gis, jabón, cabello, pintura, bicarbonato y granos de café, por otro lado tres casos con sintomatología de BN indicaron consumir pasta dental, verduras congeladas

y arroz o pasta cruda y por último once casos con sintomatología de TPA mencionaron consumir verduras congeladas, objetos de metal, papel, materia fecal, arroz o pasta cruda granos de café, bicarbonato y pasta de dientes (véase tabla 44).

Tabla 44.

Porcentaje de casos con sintomatología de AN, BN y TPA que consumen sustancias no comestibles, crudas o no procesadas.

Instrumento	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
	Adolescencia		Adolescencia		
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
Sintomatología de AN y consumo de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas	2.35% (n=2)	1.39% (n=1)	1.51% (n=1)	1.44% (n=1)	1.71% (n=5)
Sustancias consumidas	<i>Papel, pegamento, gis y jabón.</i>	<i>Cabello</i>	<i>Pintura, jabón y bicarbonato.</i>	<i>Granos de café</i>	
Sintomatología de BN y consumo de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas	0% (n=0)	0% (n=0)	1.51% (n=1)	2.90% (n=2)	1.03% (n=3)
Sustancias consumidas			<i>Pasta dental</i>	<i>Verduras congeladas y arroz o pasta cruda.</i>	
Sintomatología de TPA y consumo de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas	2.35% (n=2)	2.78% (n=2)	3.03% (n=2)	7.25% (n=5)	3.77% (n=11)
Sustancias consumidas	<i>Verduras congeladas, objetos de metal, papel y materia fecal.</i>	<i>Arroz o pasta cruda y verduras congeladas</i>	<i>Verduras congeladas, metal, papel, granos de café y bicarbonato.</i>	<i>Objetos de metal, pasta de dientes, papel, verduras congeladas y arroz o pasta cruda.</i>	

Con respecto a aquellos casos que superaron punto de corte en dos o tres instrumentos se presentó consumo de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas; de los que superaron punto de corte en EAT-26 y BULIT, tres casos mencionaron consumir papel, pasta de dientes, granos de café y arroz o pasta cruda, para aquellos que superaron punto de corte en BULIT y QEWP-R, únicamente dos casos de los cuatro casos señalaron consumir objetos de plástico y pasta dental y por último todos casos que superaron punto de corte en EAT-26, BULIT y QEWP-R señalaron consumir tierra, gis, pasta dental, plástico, verduras congeladas, arroz o pasta cruda y bicarbonato (véase tabla 45).

Tabla 45.

Porcentaje de casos que superaron punto de corte en dos o tres instrumentos (EAT-26, BULIT, QEWP-R) que consumen sustancias no comestibles, crudas o no procesadas.

	Mujeres (n=157) Adolescencia		Hombres (n=135) Adolescencia		Muestra total (N=292)
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
EAT-26 y BULIT consumo de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas	1.18% (n=1)	1.39% (n=1)	1.51% (n=1)	0% (n=0)	1.03% (n=3)
Sustancias consumidas	<i>Papel y pasta de dientes</i>	<i>Granos de café</i>	<i>Arroz o pasta cruda</i>		
BULIT y QEWP-R consumo de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas	1.18% (n=1)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.68% (n=2)
Sustancias consumidas	<i>Objetos de plástico</i>	<i>Pasta dental</i>			
EAT-26, BULIT y QEWP-R y consumo de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas	0% (n=0)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	2.90% (n=2)	1.03% (n=3)
Sustancias consumidas		<i>Tierra, gis y pasta dental.</i>		<i>Plástico, verduras congeladas , arroz o pasta cruda y bicarbonato</i>	

Además se analizó si los casos con sintomatología de AN, BN y TPA presentaban regurgitación sin embargo ningún caso presentó tal conducta, no obstante al examinar los casos que rebasaron punto de corte en dos o en los tres cuestionarios se obtuvo que un hombre en la adolescencia temprana que rebasó punto de corte tanto en EAT-26 y QEWP-R presentaba regurgitación, así como una mujer en fase tardía que rebasó punto de corte en los tres cuestionarios (véase tabla 46).

Tabla 46.

Porcentaje de casos que superaron punto de corte en dos o tres instrumentos (EAT-26, BULIT, QEWP-R) que presentan conducta de regurgitar.

	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		Muestra total (N=292)
	Adolescencia		Adolescencia		
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
EAT-26 y QEWP-R, y regurgita	0% (n=0)	0% (n=0)	1.51% (n=1)	0% (n=0)	.34% (n=1)
EAT-26, BULIT y QEWP-R, y regurgita.	0% (n=0)	1.39% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	.34% (n=1)

Imagen corporal

La imagen corporal fue evaluada a través del cuestionario MBRSQ en la subescala *evaluación de la apariencia* los hombres en la adolescencia tardía tuvieron puntuaciones significativamente más altas $\bar{x}=24.33$ que las mujeres de la adolescencia temprana $\bar{x}=22.15$, con respecto a la subescala *orientación de la apariencia* existen diferencias significativas entre sexos, ya que las puntuaciones son más elevadas en las mujeres que en los hombres sin importar la fase de la adolescencia.

De igual forma en las subescalas *evaluación del estado físico* y *orientación del estado físico* las puntuaciones fueron significativamente mayores en los hombres que en las mujeres en la adolescencia temprana y por último en subescala *orientación de la enfermedad* existen diferencias entre las mujeres de la adolescencia temprana y tardía, ya que estas últimas presentan puntuaciones significativamente menores $\bar{x}=14.99$ en comparación a las mujeres en la adolescencia temprana $\bar{x}=16.66$ (véase tabla 47).

Tabla 47.

Comparación entre sexo y fase de la adolescencia de las subescalas del cuestionario MBRSQ.

Subescalas del cuestionario MBRSQ	Mujeres (n=157)		Hombres (n=135)		F
	Adolescencia		Adolescencia		
	Temprana (n=85)	Tardía (n=72)	Temprana (n=66)	Tardía (n=69)	
<i>Evaluación de la apariencia</i>	$\bar{x}=22.15^a$ D.E.=4.69	$\bar{x}=23.06$ D.E.=5.49	$\bar{x}=22.35$ D.E.=5.50	$\bar{x}=24.33^b$ D.E.=4.71	2.711*
<i>Orientación de la apariencia</i>	$\bar{x}=41.60^a$ D.E.=6.71	$\bar{x}=41.63^a$ D.E.=6.23	$\bar{x}=38.08^b$ D.E.=9.03	$\bar{x}=38.20^b$ D.E.=6.71	5.638*
<i>Evaluación del estado físico</i>	$\bar{x}=9.58^a$ D.E.=2.66	$\bar{x}=9.94$ D.E.=2.33	$\bar{x}=10.86^b$ D.E.=2.52	$\bar{x}=10.81^b$ D.E.=2.43	4.921*
<i>Orientación del estado físico</i>	$\bar{x}=43.15^a$ D.E.=6.79	$\bar{x}=43.35$ D.E.=6.14	$\bar{x}=46.38^b$ D.E.=7.86	$\bar{x}=46.39^b$ D.E.=6.88	5.004*
<i>Evaluación de la salud</i>	$\bar{x}=20.87$ D.E.=3.02	$\bar{x}=20.21$ D.E.=3.05	$\bar{x}=21.55$ D.E.=3.94	$\bar{x}=21.48$ D.E.=3.00	2.582
<i>Orientación de la salud</i>	$\bar{x}=25.82$ D.E.=4.35	$\bar{x}=25.54$ D.E.=4.10	$\bar{x}=25.64$ D.E.=4.41	$\bar{x}=25.35$ D.E.=4.67	.156
<i>Orientación de la enfermedad</i>	$\bar{x}=16.66^a$ D.E.=3.60	$\bar{x}=14.90^b$ D.E.=3.59	$\bar{x}=15.47$ D.E.=3.76	$\bar{x}=15.80$ D.E.=3.46	3.272*
<i>Satisfacción con las áreas corporales</i>	$\bar{x}=29.20$ D.E.=9.19	$\bar{x}=30.96$ D.E.=8.85	$\bar{x}=30.62$ D.E.=8.90	$\bar{x}=30.70$ D.E.=8.56	.639
<i>Preocupación por el sobrepeso</i>	$\bar{x}=9.73$ D.E.=3.35	$\bar{x}=9.75$ D.E.=3.36	$\bar{x}=8.98$ D.E.=3.53	$\bar{x}=9.17$ D.E.=3.24	.959
<i>Autoclasificación del peso</i>	$\bar{x}=5.74$ D.E.=1.56	$\bar{x}=6.15$ D.E.=1.36	$\bar{x}=5.73$ D.E.=1.39	$\bar{x}=6.00$ D.E.=1.14	1.645

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue identificar la presencia de sintomatología y conductas alimentarias de riesgo asociadas a trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en adolescentes de 12 a 19 años. Por lo que como primer objetivo particular se planteó el diseñar un instrumento para detectar conductas alimentarias de riesgo asociadas a *Pica*, *Trastorno de rumiación* y *el Trastorno por Evitación/Restricción de Alimentos*, debido a que en la literatura no se encontró ninguno para su evaluación.

En cuanto al *Cuestionario de Pica, Rumiación y Evitación/restricción de Alimentos* (CuPREA), inicialmente se constituyó por 32 ítems de los cuales se eliminaron 6 y 3 no cargaron en ningún factor, con lo cual su coeficiente alfa de Cronbach quedó en .73. Asimismo, se observó que las propiedades psicométricas de este cuestionario mejoraban si se analizaban las preguntas específicas para cada uno de los trastornos, por lo que se procedió de esta manera.

En el caso del *Trastorno de Rumiación*, la confiabilidad aumento para las 4 preguntas que lo conforman, estas indagaron sobre la conducta de regurgitar y su frecuencia, además mostraron una adecuada consistencia interna con un Alfa de Cronbach de .85 y una varianza explicada de 76.2%. Para el *Pica* se emplearon 15 preguntas, las cuales se agruparon en tres factores, que explican 48.9% de la varianza total y obtuvieron un Alfa de Cronbach de .73, estas evalúan el consumo de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas y su frecuencia. Por último para el *Trastorno por evitación/restricción de alimentos*, se utilizaron 4 ítems que abordan tópicos como la evitación de alimentos por las características organolépticas, las implicaciones sobre la salud de ciertos alimentos y la causas por las cuales esto produce. La varianza explicada fue 48.6% y su Alfa de Cronbach de .61.

En general el cuestionario CuPREA resultó ser una buena herramienta para la detección de conductas centrales de los trastornos abordados, teniendo mayor consistencia interna el apartado de Rumiación y mostrando mayores carencias las preguntas que abordan Evitación/Restricción de alimentos, por lo que es recomendable la construcción de nuevas preguntas que indaguen sobre los factores que predisponen, desencadenan y mantienen las

psicopatologías estudiadas, así como de las posibles consecuencias que se derivan de cada trastorno.

Como segundo objetivo particular se estableció evaluar sintomatología y conductas alimentarias de riesgo de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

De forma general se obtuvo que 10.62% de la muestra total presentó sintomatología de AN, BN y TPA, del cual 5.14% corresponde a mujeres y 5.48% a hombres, el porcentaje es similar tanto en hombres como mujeres, lo cual difiere de la literatura, ya que se ha reportado que los porcentajes de sintomatología son más elevados en mujeres que en hombres (Barriguete et al. 2009; Vázquez et al. 2005; Vázquez et al. 2004; Álvarez et al. 2003). Una de las causas que explicarían este resultado es que en la presente investigación se toma en cuenta la sintomatología de trastorno por atracón (TPA), donde existen reportes (Mitchison y Mond 2015; Sierra-Baigrie, Lemos-Giraldez y Fonseca-Pedrero 2009) que apuntan que la mayoría de casos con este trastorno se da en hombres.

Por otro lado, se obtuvo que 3.82% de mujeres y 1.48% de hombres presentaron sintomatología de AN, lo anterior es parcialmente similar a lo hallado en otros estudios (Vázquez et al. 2005; Vázquez et al. 2004; Álvarez et al. 2003) donde se observa que la sintomatología de AN es más frecuente en mujeres que en hombres. No obstante, los porcentajes que reportan son más altos en comparación a los de esta investigación, esto podría deberse a:

- Que el porcentaje de casos, efectivamente halla descendido y sean menos los casos con sintomatología.
- Que no se hallaron estudios nacionales específicos en población adolescente, por lo que realmente no se encontraron datos para comparar.
- Por otro lado existen estudios realizados en adolescentes por Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral (2015) y Barriguete-Meléndez et al. (2009), sin embargo, proporcionan porcentajes generales y no hacen distinción entre sintomatología de AN o BN.
- Otra de las causas podría deberse al tiempo transcurrido entre estas investigaciones, ya que estudios realizados por Vázquez et al, (2005); Vázquez et. al. (2004) y Álvarez, et al. (2003) son de hace más de 10 años y quizá estos datos hayan cambiado.

Por otro lado, 1.91% de mujeres y 4.44% de hombres presentaron sintomatología de BN, sin embargo, existe evidencia que la sintomatología de BN es más frecuente en mujeres (Vázquez et al., 2005; Vázquez et al., 2004). Asimismo es importante mencionar que las mujeres en la adolescencia tardía presentaron ausencia de casos, este dato difiere a lo reportado en la literatura, ya que según el DSM-5 (APA, 2013) el trastorno de BN es más frecuente en mujeres que atraviesan la adolescencia tardía, por lo tanto, sería importante realizar más estudios para poder confirmar estos resultados y saber qué ha cambiado

Por último, 3.82% de mujeres y 5.93% de hombres presentaron sintomatología de TPA, esto se asemeja a lo dicho por Sierra-Baigrie, Lemos-Giraldez y Fonseca-Pedrero (2009) quienes afirman que la sintomatología de TPA es mayor en hombres. No obstante una de las causas que justificarían el alto porcentaje de hombres con sintomatología de BN y TPA, es que ambos comparten la conducta de atracón alimentario, la cual es fundamental para la clasificación de aquellos con y sin sintomatología.

En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo relacionadas a los trastornos de AN BN y TPA se evaluaron las conductas purgativas como: vómito, uso de laxantes y diuréticos y conductas para la reducción de peso como: el ejercicio excesivo y restricción alimentaria, además se evaluó la frecuencia del atracón alimentario

Las conductas más empleadas por la muestra fueron el ejercicio para quemar calorías 57.88%, la práctica de dietas 34.58%, el atracón alimentario 25% y el vómito para perder peso 11.30%. Sin embargo, al indagar sobre la *frecuencia*, el porcentaje disminuía, es decir, que cuando se examinó sobre si practicaban *siempre* ejercicio para quemar calorías y empleaban *siempre* dietas para bajar de peso los porcentajes descendieron a 17.12% y 2.74% respectivamente, asimismo cuando se preguntó sobre si recurrían al atracón alimentario *una o más veces al día* 6.51% de la muestra total mencionó realizarlo y con respecto al vómito para perder peso 4.11% reportó emplearlo *dos o más veces a la semana*. Lo anterior muestra que la frecuencia con la que se practican estas conductas es trascendental, ya que, el empleo excesivo o compulsivo de estas conductas podría ser un indicador de la presencia de trastornos como AN, BN y TPA.

Por sexo los porcentajes fueron muy similares para la práctica de *ejercicio excesivo para quemar calorías*, los hombres obtuvieron un porcentaje de 17.83% mientras que las

mujeres 14.01%, en la literatura existe discrepancia con respecto a la frecuencia por sexo, debido a que estudios reportan que esta es más común en hombres (Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral 2014) y otros en mujeres (Nuño-Gutiérrez, Celis-de la Rosa y Unikel-Santoncini 2009). Al parecer la práctica de ejercicio es una conducta socialmente muy aceptada, lo importante sería dar cuenta del ejercicio patológico, ya que se realiza de manera excesiva (provocando lesiones) y con fines compensatorios (quema de calorías).

En cuanto al *atracción alimentario* 7.41% de los hombres y 5.73% de mujeres reportaron platicarlo *dos o más veces por semana*, al respecto Nakai et al. (2015) y Nuño-Gutiérrez, Celis-de la Rosa y Unikel-Santoncini (2009) encontraron que esta conducta es más frecuente en mujeres que en hombres, no obstante, se debe aclarar que en esta etapa existe un consumo mayor de alimentos por parte de los hombres debido a los cambios físicos que se experimentan, lo anterior, es confirmado por (Shomaker et al. 2010), si bien esta ingestión de alimentos mayor de lo normal en varones podría ser vista como un “atracción alimentario”, sin embargo, no debe olvidarse su carácter patológico en el no poder parar de comer.

Asimismo, se obtuvieron porcentajes similares entre hombres y mujeres en la conducta de *vómito para perder peso*, el porcentaje en hombres fue de 4.44% y para las mujeres fue de 3.82%, los porcentajes elevados en hombres pudieran deberse a que la sintomatología de BN fue mayor en estos y el vómito es una conducta central del trastorno de BN. Lo anterior es preocupante porque esta conducta es altamente nociva para la salud, entre sus complicaciones físicas está la dilatación de las glándulas salivales, erosión del esmalte dental, deshidratación entre otras; asimismo esta predice trastornos como AN y BN.

Con respecto al Trastorno de Pica, se evaluó la conducta de *ingestión de sustancias no comestibles, crudas o no procesada*, donde 22.26% de la muestra total afirmó consumir *sustancias no comestibles* como el plástico 2.05%, papel 1.37%, pasta de dientes 7.19% entre otras. Asimismo, 23.97% reportó ingerir *sustancias crudas o no procesadas* como granos de café 18.84%, verduras congeladas 5.14% y arroz o pasta cruda 5.14%, esto coincide con lo expresado por Delaney, Eddy, Hartmann, Becker, Murray y Thomas (2015) quienes encontraron que el consumo de sustancias tanto no comestibles (chicles y plástico) como crudas o no procesadas (comida congelada, pasta cruda y hielo) se presenta

en población adolescente. Estos hallazgos indican que la ingestión de sustancias no comestibles, no es una conducta que únicamente se realice en la infancia, esta pudiera iniciar en la infancia y continuar en la adolescencia, no obstante esta es una interrogante para futuras investigaciones.

En cuanto al Trastorno de Rumiación, se evaluó la *conducta de regurgitar* donde 1.71% de la muestra total la practica, los motivos fueron por enfermedades gastrointestinales (1.03%) lo cual eliminaría el diagnóstico de Trastorno de Rumiación, ya que la regurgitación no se produce a causa del trastorno en si, sino por una afección gastrointestinal (APA, 2013), también mencionaron ansiedad (.34%) como uno de los motivos, esto es relevante ya que esta asociación pudiera ser un eje de investigación para futuros trabajos y por último mencionaron la incapacidad de vomitar (.34%), lo anterior pudiera tener relación con el trastorno de bulimia nerviosa, debido a que se ha visto que algunos casos con este trastorno emplean la regurgitación como método para bajar de peso e incluso en la presente investigación se halló que el .34% de muestra con sintomatología de BN presentaba regurgitación.

Por otro lado, las conductas que se evaluaron con relación al Trastorno de evitación/restricción de alimentos fueron la *evitación de alimentos a consecuencia de las características organolépticas*, donde 24.31% de la muestra total evitaban los alimentos por el desagrado del olor y sabor, asimismo 25% de la muestra reportó la *reducción en el consumo de la variedad de alimentos*, las razones fueron para no enfermarse (5.82%) o porque consideraban que algunos alimentos no eran buenos para su salud (.68%). Lo anterior coincide con lo dicho por Nicely et al. (2014) quienes mencionan que dentro las causas de la evitación de alimentos están el miedo a tener enfermedades como hipercolesterolemia, obesidad o diabetes.

Además otra razón por la que reducían la variedad de alimentos que consumían, fue por el temor a subir de peso (10.27%), no obstante, esta no es característica del TERA debido a que la restricción alimentaria en este trastorno no se realiza por una cuestión que involucre insatisfacción con el peso o con la imagen corporal como en los trastornos de AN y BN, lo anterior es confirmado en un estudio realizado por Fisher et al. (2014), donde indican que el TERA es clínicamente diferente al trastorno de AN y BN, también sugieren que niños y adolescentes con este trastorno son más susceptibles a desarrollar otro trastorno

de la alimentación, como AN o BN en edades futuras, por tal motivo el diagnóstico y tratamiento de TERA en edades tempranas resulta fundamental.

Por otro lado, al analizar si los casos con sintomatología de AN, BN y TPA presentaban conductas relativas a trastornos de pica, rumiación y TERA se identificó que cinco casos con AN, tres casos con BN y once casos con TPA consumían sustancias no comestibles y que dos casos que rebasaron punto de corte en dos o en tres cuestionarios (EAT-26, BULIT y QEWP-R) regurgitaban, lo anterior se realizó debido a que Eckern, Stevens y Mitchell, (1998) y Delaney et al. (2015) sugieren que pacientes con AN, BN y TPA consumen sustancias no comestibles y también presentaban regurgitación, si bien, en el presente estudio no se realiza un diagnóstico pero se podría decir que en los participantes con sintomatología de AN, BN y TPA también emplean estas conductas con el propósito de control de peso

Y por último, como tercer objetivo particular se estableció comparar aspectos actitudinales de la imagen corporal por sexo y fase de la adolescencia. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cinco subescalas del cuestionario MBRSQ, las cuales se mencionan continuación: *evaluación de la apariencia, orientación de la apariencia, evaluación del estado físico, orientación del estado físico y orientación en la enfermedad.*

Las subescalas *evaluación y orientación de la apariencia* hablan de los sentimientos con respecto a la apariencia y el empleo de conductas encaminadas al cuidado de esta, en esta investigación se obtuvo que los hombres que atraviesan la adolescencia tardía experimentan mayores sentimientos positivos y satisfacción con su apariencia en comparación a las mujeres en la adolescencia temprana, una causa probable es que las mujeres en la adolescencia temprana recientemente hayan o estén experimentando cambios propios de la pubertad, lo cual según Jones y Smolak (2011) es un factor que podría explicar la insatisfacción o malestar con la imagen corporal. Asimismo, se halló que a las mujeres dan más importancia a su apariencia y realizan más conductas para cuidar de ella, esto es similar a lo dicho por Thomaes, Poorthuis y Nelemans (2011), quienes apuntan que las mujeres suelen dar demasiada importancia a su apariencia física, evaluar su físico negativamente y suelen ser más críticas entre si que los hombres.

Por otro lado, con respecto a las subescalas orientación y evaluación del estado físico que abordan los sentimientos por estar físicamente en forma y el grado de inversión para estar o ser atléticamente competente, se encontró que las mujeres expresan no estar en forma y no ser atléticas, en comparación a los hombres tanto de la adolescencia temprana como tardía, estos resaltan la importancia de realizar actividades para aumentar la fuerza física, participar en deportes y mejorar o tener una buena resistencia física, lo cual concuerda con lo dicho por Tatangelo, McCabe y Ricciardelli (2015) quienes mencionan que el deporte está estrechamente relacionado con la percepción de los hombres sobre su imagen corporal, ya que esta funge como contexto para que estos hablen abiertamente sobre su apariencia y también funciona como medio para demostrar su musculatura, su fuerza, resistencia y dureza.

Por último, con respecto a la subescala *orientación de la enfermedad* las diferencias se presentan entre mujeres en la adolescencia temprana y en la etapa tardía, las primeras señalan estar más atentas a síntomas de enfermedad física mientras que las mujeres en la adolescencia tardía mencionan estar menos alertas a síntomas físicos de enfermedad y buscar en menor medida atención médica.

En términos generales se observó que las mujeres están más preocupadas por su apariencia física y estas suelen presentar menos sentimientos positivos entorno a su apariencia, mientras que los hombres evalúan su apariencia de forma más positiva y centran su preocupación en ser competentes atléticamente y destacar en algún deporte.

CONCLUSIONES

- El instrumento CuPREA resultó ser una herramienta adecuada para la evaluación de conductas alimentarias de riesgo asociadas a los trastornos de: Pica, Rumiación y Evitación/restricción de alimentos. No obstante, es indispensable realizar más preguntas o modificar las ya existentes, de tal forma que se mejore los estadísticos de validez y confiabilidad.
- La sintomatología de AN, BN y TPA fue similar tanto en hombres (5.48%) como en mujeres (5.14%), no obstante, los porcentajes en hombres son elevados en comparación a lo reportado anteriormente en la literatura nacional e internacional.
- La sintomatología más frecuente fue la de TPA (4.79%), siendo mayor en hombres (2.74%).
- Con respecto a la prevalencia de sintomatología en adolescentes, existen pocos estudios a nivel nacional que la abordan y no hacen una distinción por sexo.
- Las conductas alimentarias de riesgo relacionadas a AN, BN y TPA presentadas en mayor proporción por la muestra fueron: el ejercicio excesivo 17.12%, atracón alimentario 6.5%, restricción alimentaria severa 4.45% y vómito 4.11%.
- Se puede observar que en la adolescencia se presentan conductas que se creían propias de la infancia como: el consumir sustancias no comestibles 22.26%, crudas o no procesadas 23.97%, regurgitación 1.71%, evitación de los alimentos por características organolépticas 24.31% y la reducción de la variedad de alimentos porque estos pudieran provocar una enfermedad 5.82% o ser dañinos para la salud .68%.
- Los participantes que presentan sintomatología de AN, BN y TPA, también consumen sustancias no comestibles, crudas o no procesadas y regurgitan, por lo que debe considerarse esto para estudios futuros.
- En relación a la imagen corporal se obtuvo que los hombres experimentan mayor satisfacción con su apariencia y que practican actividades deportivas para mantenerse en forma. Por otro lado las mujeres reportan darle más importancia su apariencia y realizan más conductas encaminadas al cuidado de esta.

REFERENCIAS

- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000) Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género, *Psicothema*, 12 (4), 525-532.
- Alvarez, G. L., Mancilla, J. M. & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Revista Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A. Haro, M. y Mancilla, J. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y salud*. 13(2), 245-255.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-III-R)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Ávila, J. y Jáuregui, J. (2015) Dietary risk behaviors among adolescents and young people of Nuevo Leon, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 1-12.
- Barriguete, J. Unikel, C. Aguilar, C., Córdoba, J., Shamah, T., Barquera, S., Rivera, J. y Hernández, M. (2009). *Salud Pública de México*. 51(4), S638-S644.
- Bastiani, A., Graber, J.A. y Brooks- Gunn, J. (2006) Pubertal processes an physiological growth in adolescence. En G.R. Adams y M.D. Berzonsky (eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence*, (pp.25-43), Reino Unido: Blackwell Publishing.
- Berengüi, R., Castejón, M. A. y Torregrosa, M. S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>.
- Berger, K. (2006). Adolescencia. En K. Berger (ed), *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia* (7 ed.) (pp. 429-499), Madrid: Medica Panamericana.
- Birmingham, C. y Firoz, T. (2006). Ruminación en trastornos de la alimentación: Revisión de literatura. *Eating Weight Disorders*, 11, e85- e89.
- Bourges, H. (2001). La alimentación y la nutrición en México. *Comercio Exterior*, 51(10), 897-904.
- Bourges, H. (2002) Alimentos obsequios de México al mundo. En D. Alarcón y H. Bourges (eds.), *La alimentación de los mexicanos* (pp.97-134), México: Colegio Nacional.
- Bourges, H. (2004) *Nutrición y vida*. México: CONACULTA.

- Brown, T. A., Cash, T. F. y Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment Body-Self Relation Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.1990.9674053>.
- Bruening, M., Eisenberg, M., MacLehose, Nanney, M., Story, M. y Naumark-Sztainer, D. (2012). Relationship between, adolescents and their friends eating behaviors: breakfast, fruit, vegetable, whole-grain and dairy intake, *Journal of the academy of nutrition and dietetics*, 112(10), 1608-1613.
- Bulik, C. (2002) Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 11, 201-218.
- Burke, N.L., Schaefer, L.M., y Thompson, J.K. (2012). Body image. En V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 365-371. New York: Academic Press
- Byrad, R. (2014). A review of the forensic implications of Pica. *Journal of Forensic Sciences* 59(5), 1413-1416. doi: 10.1111/1556-4029.12520
- Calado, M.O. y Lameiras, M. F. (2014) Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso. ¿Son los medios de comunicación tan influyentes?. Valencia: Tirant Humanidades.
- Carmenate, L, Moncada, F.A. y Waldemar, E. (2014). Manual de medidas antropométricas, Recuperado de: <http://www.repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/8632/>
- Cash, T. F. (1994). Body image attitudes: Evaluation, investment and affect. *Perceptual and motor skills*, 78, 1168-1170.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, (1), 1-5. DOI: doi:10.1002/eat.10264
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. En T.F Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 334-342). USA: Elsevier Academic Press.
- Cash, T.F., Melnyk, S. E. y Hrabosky, J.I. (2004). The assessment of body image investment: An Extensive Revision of the appearance schemas inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 305-316.
- Chávez-Rosales, E., Camacho, E., Maya, M., y Márquez, O. (2012). Conductas alimentarias y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 29-37.
- Chinchilla, A. (2003) Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona: Masson.
- Coleman, J.C. & Hendry, L. B. (2003). Desarrollo físico. En J. Coleman & L. Hendry, *Psicología de la adolescencia* (31-43), Madrid: Morata.
- Craig, R., Mehriens, W. & Clarizo, H. (1988). Disponibilidad cognoscitiva. En R. Craig, W. Mehriens & H. Clarizo (eds), *Psicología Educativa*. (pp.54-67) México: Limusa.
- Cruz, R. Ávila, M., Cortés, M., Vázquez, R., y Mancilla, J. (2008) Restricción alimentaria y conductas de riesgo alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y salud*, 18(2), 189-198.

- Davison, T.E. (2012). Body Image in Social Contexts. En T. Cash (ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 243-249) USA: Elsevier Science & Technology. doi:10.1016/B978-0-12-384925-0.00023-7
- Delaney, C., Eddy, K., Hartmann, A., Becker, A., Murray, H. & Thommas, J. (2015). Pica and Rimination among Individuals Seeking Treatment for Eating Disorders or Obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 48 (2), 238-248.
- Dorian. L. & Garfinkel, P.E. (2002). Culture and body image in western society. *Journal of Eating and Weight Disorders*, (7)1, 1-19. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11930981#>
- Eckern, M. Stevens, W. y Mitchell, J. (1998). The relationship between rumination and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 414-419.
- Erhard, D. (1982) Pica and nutrition. *Annual Review of Nutrition*, 2, 303-322.
- Esquivel, R., Martínez, M y Martínez, J. (2014). Generalidades sobre la nutrición. En R. Esquivel, M. Martínez y J. Martínez (eds.) *Nutrición y salud* (pp. 1-10), México: Manual Moderno.
- Feldmann, J. y Middleman, A. (2002). Adolescent sexuality and sexual behavior. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 14(5), 489-493.
- Fisher, M., Rosen, D., Ornstein, R., Mammel, K., Katzman, D., Rome, E., Callahan, T., Malizio, J., Kearney, S. y Walsh, T. (2014) Characteristics of avoidance restrictive food intake disorder in children and adolescents: A “New Disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55, 49-52.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2011). *La adolescencia: una época de oportunidades*. Nueva York: UNICEF. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Executive-Summary_SP_01122011.pdf
- Fortenberry, J. D. (2013) Sexual Development in Adolescents. En D. S. Bromberg y W. T. O’Donohue (eds.), *Handbook of child and Adolescent Sexuality* (pp.171-192). Reino Unido: Academic Press.
- Franco, K., Martínez, A., Díaz, F., López-Espinoza, F., Aguilera y Valdés. (2010) Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 102-111.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*. 86(6), 436-443. doi:10.1016/j.rchipe.2015.07.005
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878. DOI: 10.1017/S0033291700049163
- Garrison, W. & Felice, M. (2009). Adolescents. In W., Carey, A., Crocker, W., Coleman, E., Elias, & H., Feldman(eds). *Developmental-Behavioral Pediatrics* (pp.62-73). Philadelphia: Mosby Elsevier.

- Gayou-Esteva, U. Ribeiro-Toral, R. (2014) Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 115-123.
- Giménez-Dasi, M. (2008). El desarrollo del pensamiento. En B. Delgado (coord.), *Psicología del desarrollo: Desde la infancia a la vejez* (pp. 97-111) España: McGraw-Hill.
- Gowers, S. (2005). Development in adolescence. *Psychiatry*, 4, 1-9, doi:10.1383/psyt.4.6.6.66353
- Grulee, C.G. (1917). Ruminación en el primer año de vida. *American Journal of diseases of children*, 14(3), 210-218. doi:10.1001/archpedi.1917.01910090055005
- Gull, W. W. (1997), V.-Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). *Obesity Research*, 5: 498–502. doi:10.1002/j.1550-8528.1997.tb00677.x
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015) Adolescent eating disorder: update on definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25, 177-196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>
- Hidalgo, M.I., Ceñal, M.J., & Güemes, M. (2014) La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine*, 11(61), 3579-3587. doi:10.1016/S0304-5412(14)70818-2
- Hubert, J. (1982) Anorexia nervosa and a bearded female saint. *British Medical Journal*, 285, 18-25.
- Hurlock, E.B. (2002). Los cambios puberales. En E. Hurlock (ed.) *Psicología de la adolescencia* (pp.44-78). Buenos Aires: Paidós.
- Iglesias, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 17(2), 88-93. Recuperado de: <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescente,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf>
- Imray, J. (1843) On the Mal d'Estomac, or Cachexia Africana, amongst the Negroes of Dominica. *Provincial Medical and Surgical Journal*, 6 (150), 409. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.s1-6.150.409>
- Jones, D.C. y Smolak, L. (2011) Body image during adolescence: A developmental perspective. En B. Bradford y M.J. Prinstein (eds.) *Encyclopedia of adolescence* (pp. 77-86) New York: Elsevier. doi:10.1016/B978-0-12-373951-3.00005-3.
- Khan, S., Hyman, P., Cocjin, J. y Di Lorenzo, C. (2000). Ruminación syndrome in adolescents, *The Journal of Pediatrics*, 136 (4), 528-531.
- Kimmel, D.C. & Weiner, B.I. (1995). Thinking makes it so: cognitive development. En D., Kimmel & B., Weiner, *Adolescence. A developmental transition* (pp.105-141). Canada: John Wiley & Sons.
- Lemos, S. (1996). Factores de Riesgo y Protección en Psicopatología en Niños y Adolescentes. En J. Buendía (ed.), *Psicopatología en Niños y Adolescentes* (pp. 25-51). España: Pirámide.

- Levine, M.P. & Smolak, L. (2002). Body Image Development in Adolescence. En T. Cash & T. Pruzinsky, *Body Image: A handbook of theory research, and clinical practice* (pp.74-82). New York: The Guilford Press.
- López, X., Mancilla, J. M., Vázquez, R., Alvarez, G. L. & Franco, K. (2011). Un estudio exploratorio sobre propiedades psicométricas del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QEWP-R). *Revista Psicología.com*, 1-11.
- Machado, A. (2010). El desarrollo del pensamiento en el adolescente y formación de conceptos. En A. Machado (ed.) *Psicología del adolescente, problemas de la psicología infantil* (pp. 11-44). Moscú: Pedagógica.
- Malcolm, A., Thumshirn, M., Camilleri, M., y Williams, D. (1997). Ruminant Syndrome. *Mayo Clinic Proceedings*, 72, 646-652.
- MANUAL%20ANTROPOMETRIA.pdf?sequence=1
- Merycism, (1914) *The Lancet*, (2) 4743, 244-245. doi:10.1016/S0140-6736(01)08593-2
- Mitchison, D., y Mond, J. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *Journal of eating disorders* 3(20), 2-9. DOI 10.1186/s40337-015-0058-y
- Moosavi, J. (2009). The place of Avicenna in the history of medicine. *Journal of Medical Biotechnology*, 1 (1), 3-8.
- Moreno, M. y Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190.
- Muuss, R. E. (2004). Psicología biogenética de la adolescencia según G. Stanley Hall. En R. Muuss (ed.), *Teorías de la adolescencia* (pp.9-27). Barcelona: Paidós.
- Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., Teramukai, S. y Wonderlich, S. (2016) Characteristics of avoidance restrictive food intake disorder in a cohort of adult patients. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 528-530. doi: 10.1002/erv.2476.
- Nakai, Y., Noma, S., Nin, K., Teramukai, S. y Wonderlich, S. (2015) Eating disorder behaviors and attitudes in Japanese adolescents girls and boys in high schools. *Psychiatry Research*, 722-724.
- Nasser, M. (1993). A prescription of vomiting: Historical Footnotes. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 129-131.
- Nicely, T., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C y Ornstein, R. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2(21), 2-8.
- Norris, M. L. y Katzman, D. K. (2015) Change is never easy, but is possible: Reflections on avoidant/restrictive food intake disorder two year after its introduction in the DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 57, 8-9.
- Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Espetigue, W. y Henderson, K. (2014). Exploring Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder in Eating Disordered Patients: A Descriptive Study. *International Journal of Eating Disorder*, 47(5), 495-499.

- Nuño-Gutierrez, B., Celis- de la Rosa, A., y Unikel-Santocini, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de investigación clínica*, 61(4), 286-293.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2015). Salud de los adolescentes. Recuperado de: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Parry-Jones, B. (1994). Merycism or rumination disorder. A historical investigation and current assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 303-314.
- Parry-Jones, B. y Parry Jones, W. (1992) Pica: symptom or eating disorder? A historical assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 160, 341-354.
- Pearce, J. (2004) Richard Morton: Origins of Anorexia nervosa. *European Neurology*, 52, 191-192.
- Pearce, J. (2006) Sir William Withey Gull (1816–1890). *European Neurology*, 55 (52), 53-56.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1997). Preadolescente y las operaciones proporcionales. En J. Piaget & B. Inhelder (eds.), *Psicología del niño* (14 ed.)(pp.131-148). Madrid: Moratas.
- Raich, R. (2000). ¿Qué es la imagen corporal? En R. Raich (ed.), *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo* (pp. 17-26). Madrid: Pirámide
- Referencia a nivel socioeconómico
- Reyes, A. (1986). Anorexia nerviosa: Informe de tres casos. *Revista Médica Hondureña*, 54 (4), 286-294).
- Ricciardelli, L.A. (2012). Body Image Development. En T. Cash (ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 180-186) USA: Elsevier Science & Technology. doi:10.1016/B978-0-12-384925-0.00028-6
- Rice, P.F. (2000). Maduración sexual y desarrollo físico. En P. Rice (ed.), *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura* (pp. 87-107). Madrid: Prentice Hall.
- Rojo, L. y Cava, G. (2003) Anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel, 17-33.
- Ros, R., Morandi, T., Cozzetti, E., Lewintal, C., Cornella, J. y Surís, J. (2001). La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En C. Buil, I. Lete, R. Ros y J. De Pablo (coords.) *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* (pp. 27-83), España: Sociedad Española de Contracepción.
- Russell, G. (2006). Bulimia Nerviosa: Perspectiva histórica. En F.J. Vaz (ed.) *Bulimia nerviosa: perspectivas clínicas actuales* (pp. 1-10), Madrid: Ergon.
- Saenz, M. (2003) Cuerpo y género. *Norte de Salud Mental*, 17, 17-21.
- Santrock, J. W. (2006). Adolescencia. En J. Santrock (ed), *Psicología del desarrollo: El ciclo vital* (10 ed.) (pp. 384-462), Madrid: Mc Graw-Hill.
- Schroeder, K. y Sonnevile, K. (2016). Adolescent Nutrition. En G. Smithers (ed.) *Encyclopedia of Food and health* (pp. 43-50). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-384947-2.00008-8>
- Serrato, G. (2000) Anorexia y bulimia: Trastornos de la conducta Alimentaria. Madrid: Libro-Hobby-Club, 19-30.

- Sierra-Beigrie, S., Lemos-Giraldez, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2009). Binge eating in adolescents: Its relation to behavioural problems and family-meal patterns. *Eating Behaviors*, 10, 22-28.
- Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502. doi:10.1016/0005-7967(94)90136-8
- Smink, F., Hoeken, D., Oldehinkel, A. y Hoel, H. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 610-619.
- Smith, M. C. y Thelen, M. H. (1984). Development and Validation of a Test for Bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (5), 863-872.
- Soh, N., Walter, G., Robertson, M., y Malhi, G. (2010). Charles Lasègue (1816–1883): beyond anorexie hystérique. *Acta Neuropsychiatrica*, 22, 300-301.
- Shomaker, L., Tanofsky-Kraff, M., Savastano, D., Kozlosky, M., Columbo, K., Wolkoff, L., Zoccca, J., Brady, S., Yanovski, S., Crocker, M., Ali, A. y Yanovski, J. (2010). Puberty and observed energy intake: boy, can they eat!. *American Journal Clinical Nutrition*, 2-7.
- Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. and Nonas, C. (1991). Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 627–629.
- Stunkard, A. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284-295. DOI: 10.1007/BF01575455
- Sturmey, P. y Williams, D. (2016) Pica in individuals with developmental disabilities. En J. Matson (ed.) *Epidemiology* (pp.19-28), USA:Springer. DOI 10.1007/978-3-319-30798-5
- Tatangelo, G.L. McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2015). Body Image. En J. D. Wright, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 735-740). USA: Elsevier.
- Thomaes, S., Poorthuis, A. y Nelemans, S. (2011) Self-Esteem. En B. Bradford y M.J. Prinstein (eds.) *Encyclopedia of adolescence* (pp.316-324)New York: Elsevier. (doi:10.1016/B978-0-12-373951-3.00037-5).
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. y Tantleff-Dunn, S. (2002). *Exacting Beauty, theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. USA: American Psychological Association.
- Thompson, J.K., Schaefer, L.M. y Menzel, J.E. (2012). Internalization of thin-ideal and muscular-ideal. En T.F Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 499-504). USA: Elsevier Academic Press.
- Toro, J. (1996) *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia y sociedad*. Barcelona: Ariel, 18-47.

- Toro, J. (2010). Adolescencia y pubertad. En J. Toro (ed.), *El adolescente en su mundo: riesgo, problemas y trastornos* (pp.33-44). España: Pirámide
- Turón, G. (2014). Revisión histórica y concepto de los trastornos de la conducta alimentaria. En G. Morandé, A. Blanco y M. Graell (coords.) *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral* (pp.11-17), Madrid: Médica Panamericana.
- Van der Berg, P. (2012). Body weight and body image in children and adolescents. En T. Cash (ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 270-274) USA: Elsevier Science & Technology. doi:10.1016/B978-0-12-384925-0.00045-6
- Van Deth, R. y Vandereycken, W. (1995). Was late-nineteenth-century nervous vomiting an early variant of bulimia nervosa? *History of Psychiatry*, 5, 333-347.
- Vandereycken, W, (2002). History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En C. Fairburn y K. Brownell (eds.) *Eating disorders and obesity* (151-161). New York: Guilford Press.
- Vázquez, R. (1997). *Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa* (Tesis doctoral) Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.
- Vázquez, R., Galán, J., López, X. Álvarez, G., Mancilla, M., Caballero, A. y Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire in mexican women. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2 (1), 42-52.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G. y Mancilla, J. (2006). La evaluación del trastorno por atracón. En E. Caballo (ed.) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp.235-246). España: Pirámide.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Franco, K. y Mancilla, J. (2004) Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados , 12(3),415-427.
- Vázquez, R., López, X., Ocampo, T. y Mancilla-Díaz, J. (2015) Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 6(2), 108-120.
- Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C., López, X., Álvarez, G., Ruiz, A. y Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (1), 53-63.
- Velázquez, H. J., Vázquez, R., Mancilla, J. M. y Ruíz, A. O. (2014). Propiedades Psicométricas del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBRSQ). *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5 (2), 107-114.
- Vo, M., Lau, J. y Rubinstein, M. (2016). Eating disorders in adolescent and young adult males: presenting characteristics. *Journal of adolescent health*, 59, 379-400.
- Weissmann, P. (2005). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 35 (6), 1-7. Recuperado de: http://www.rieoei.org/psi_edu23.htm

- Wertheim, E. H. y Paxton, S. J. (2012). Body Image Development-Adolescent Girls. En T. Cash (ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 187-193) USA: Elsevier Science & Technology. doi:10.1016/B978-0-12-384925-0.00029-8
- Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial. Un método de investigación en psicología y pedagogía*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Zacáres, J. J. e Iborra, A. (2015). Self Identity Development during Adolescence across cultures. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 21, 433-438, <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.23028-6>.
- Ziolko, H. (1995). Bulimia: A historical outline. *International Journal of Eating Disorders*, 20 (4), 345-358.