

Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo

Bertha Lidia Nuño-Gutiérrez,* Alfredo Celis-de la Rosa,** Claudia Unikel-Santoncini***

* Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, IMSS/Universidad de Guadalajara.

** Unidad de Investigación Clínica, IMSS/Universidad de Guadalajara. ***Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Prevalence and associated factors related to disordered eating in student adolescents of Guadalajara across sex

ABSTRACT

Objective. To determine the prevalence and associated factors to disordered eating (DE) in adolescents by sex. **Material and methods.** A transversal and analytic study was carried out with 1,134 first grade students at a public high school. Self esteem, impulsivity, depressive symptoms, suicidal ideation, entertainment, locus of control, relationship with father/mother, stress and DE were assessed with previously validated and standardized scales. **Results.** A prevalence of 7.2% of risky eating behaviors was obtained; 2.8% for men and 10.3% for women. In men in the risk analysis the association was maintained for impulsivity, depressive symptoms, suicidal ideation and stress. After the multivariate analysis only depression and stress showed any association. In women in the risk analysis, the association was maintained for impulsivity, depressive symptoms, suicidal ideation and stress, and after the multivariate analysis only impulsivity, suicidal ideation and stress maintained the association. **Conclusions.** The prevalence of DE was higher among women. The associated factors in men were depressive symptoms and stress, whilst for women was impulsivity, suicidal ideation and stress.

Key words. Adolescents. Disordered eating (DE). Youth. Eating disorders. Mental health.

INTRODUCCIÓN

Han transcurrido veinte años desde que en México se inició la atención especializada y la investigación sistemática de los trastornos de la

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo (CAR) en adolescentes según sexo. **Material y métodos.** Estudio transversal analítico con 1,134 estudiantes de primer año de bachillerato de una preparatoria pública. Se evaluó autoestima, impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida, recreación, locus de control, relación con padre/madre, estrés y CAR mediante escalas validadas y estandarizadas. **Resultados.** Prevalencia de CAR 7.2%; 2.8% para hombres y 10.3% para mujeres. En los hombres en el análisis de riesgo, retuvieron asociación impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida y estrés. Después del análisis multivariado sólo depresión y estrés retuvieron asociación. En mujeres en el análisis de riesgo, retuvieron asociación impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida y estrés. Después del análisis multivariado sólo impulsividad, ideación suicida y estrés retuvieron asociación. **Conclusiones.** La prevalencia de CAR fue mayor en mujeres. Los factores asociados en hombres fueron síntomas depresivos y estrés, para mujeres impulsividad, ideación suicida y estrés.

Palabras clave. Adolescentes. Conductas alimentarias de riesgo. Jóvenes. Trastornos de conducta alimentaria. Salud mental.

conducta alimentaria (TCA). Si bien en la ciudad de México se concentra la mayor cantidad de centros de tratamiento e investigadores dedicados al estudio de esta problemática, en años recientes se han incrementado el número de centros de aten-

ción en otras regiones del país y los estudios en zonas urbanas y rurales.¹⁻⁸

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2001-2002,⁹ realizada con población de 18-65 años estimó una prevalencia de 1.8% de bulimia nervosa en mujeres y de 0.6% en hombres y no se encontraron casos de anorexia nervosa. Esta prevalencia es similar a la referida en estudios internacionales que fluctúa entre 1 y 1.5% en mujeres en edad de mayor riesgo, es decir, entre 15 y 29 años. Se estima que la prevalencia de bulimia nervosa sobrepasa por lo menos dos veces la de anorexia nervosa y que la de los síndromes parciales excede el doble de los síndromes completos.¹⁰ Los estudios longitudinales sugieren que en la población general ocurre una progresión en el grado de patología alimentaria, de tal forma que quienes realizan dietas para bajar de peso, en ocasiones pueden convertirse en dietistas patológicas y desarrollar un síndrome parcial o completo. La teoría del continuo señala que la mayoría de las personas que llevan a cabo dietas, desarrollan una patología severa, por lo que es importante la detección temprana debido a que se desconoce cuáles individuos la desarrollarán.¹¹

La Encuesta Nacional de Nutrición 2006¹² realizada con 25,166 adolescentes entre 10 y 19 años de zonas urbanas y rurales, reportó una prevalencia nacional de CAR de 0.7% (0.4% en hombres y 0.9% en mujeres), el porcentaje de preocupación por engordar alcanzó 7% en varones y hasta 26% en mujeres; la práctica de atracones fue de 9% en hombres y 12% en mujeres; la práctica de ejercicio excesivo en los hombres alcanzó 2.4%, mientras que en las mujeres se registraron porcentajes hasta de 7% en práctica de ayunos, 2.5% de dietas y ejercicio excesivo y 1% de uso de diuréticos con la intención de bajar de peso. Los mayores porcentajes de preocupación por engordar, atracones y ejercicio excesivo, se encontraron en las regiones norte y centro-occidente a la que pertenece Jalisco.

Aunque se han realizado algunos estudios en el estado de Jalisco, la mayoría corresponden a tesis de grado de psicología y nutrición que han estimado la prevalencia de CAR y han identificado factores asociados de tipo individual, familiar y social.¹³ Sin embargo, la metodología utilizada ha sido muy variada y poco sistematizada, por lo que las proporciones de CAR y los posibles casos de TCA, varían considerablemente. Los porcentajes encontrados en mujeres varían entre 3% en estudiantes de secundaria,⁵ 14% en estudiantes de preparatoria,⁸ 8%¹⁴ y 16% en licenciatura.⁸ En hombres los porcentajes fluctúan entre 0.2% en estudiantes de secundaria⁵ y 7% en estudiantes de preparatoria.¹⁴

Los modelos explicativos sobre la etiología de los TCA han llegado a la conclusión que se trata de pato-

logías de origen multicausal, en la que se involucran factores de orden sociocultural, familiar, biológico e individual.¹³ Los investigadores en el área han identificado algunos de estos factores como precursores de los mismos, como la autoestima y el afecto negativo (depresión y ansiedad); mientras que otros factores correlacionan de manera importante y juegan el papel de detonadores de la enfermedad, como los estresores ambientales, o algunas características de la personalidad como el estilo de pensamiento, el locus de control o la impulsividad.¹⁰

Si bien existe una larga trayectoria en el estudio de la dinámica familiar en los trastornos alimentarios, más recientemente se ha estudiado la influencia de los comentarios críticos sobre la apariencia física;¹⁵ en particular, algunas prácticas de crianza como el control y la crítica del padre, o la exigencia de la madre, que se estima incrementan el riesgo de CAR, mientras que el afecto materno funge como un factor protector.^{8,16}

Asimismo, se ha encontrado que las personas que presentan CAR suelen tener dificultad en las relaciones interpersonales y tienden a aislarse o a establecer relaciones conflictivas, lo que dificulta establecer redes sociales y de apoyo.¹⁷

Sin embargo, el estudio de estos factores psicosociales se ha realizado de manera aislada y no habían sido explorados en México, por lo que el objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de las CAR y su asociación con factores psicosociales en estudiantes según sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, transversal que incluyó al total de alumnos de primer y segundo semestre de la preparatoria No. 5 de la Universidad de Guadalajara que integra una cohorte y cuya primera evaluación fue en el segundo semestre escolar de 2006.

Para la recolección de los datos se evaluaron nueve indicadores de salud mental mediante una encuesta autoadministrada de 220 preguntas. La variable de desenlace fue CAR evaluada mediante el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo,¹⁸ validado en mujeres adolescentes y jóvenes en el Distrito Federal.¹⁹ Este cuestionario fue desarrollado con base en los criterios diagnósticos del DSM IV. Su consistencia interna fue de 0.83, la sensibilidad de 0.81 y la especificidad de 0.78 con un punto de corte a partir de 10 conductas. Las CAR se definen como aquéllos comportamientos alimentarios que no cumplen con la frecuencia e intensidad de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV.¹⁹ El Cuestionario Breve, incluye una pre-

gunta sobre la preocupación por engordar y nueve sobre conductas alimentarias con el objetivo de perder peso durante los últimos tres meses previos a la aplicación de la encuesta (práctica de dietas, atracones, vómito autoinducido, ayuno, ejercicio excesivo, uso de laxantes, píldoras y diuréticos). Las preguntas se responden con cuatro opciones:

- Nunca o casi nunca.
- Algunas veces,
- Frecuentemente (dos veces por semana).
- Muy frecuentemente (más de dos veces por semana).

Las variables predictoras evaluadas fueron ocho:

1. Estrés cotidiano.^{20,21}
2. Locus de control de suerte;²² afectividad²³ e inter-nalidad.²²
3. Autoestima mediante la escala de Rosenberg,²⁴ validada y re-validada para estudiantes de secundaria y bachillerato mexicanos,^{20,21,25,26}
4. Impulsividad,²⁷ validada para estudiantes adolescentes mexicanos;^{20,21,26}
5. Síntomas depresivos (CES-D),²⁸ validada y re-vali-dada para adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato.^{20,21,29}
6. Ideación suicida,³⁰ que fue validada y re-validada para adolescentes mexicanos estudiantes de secun-daria y bachillerato.^{20,21,29}
7. Recreación mediante la escala de uso del tiempo libre de la Encuesta Nacional de Estudiantes.³¹
8. Relación con padre/madre,²⁷ validadas y re-vali-dadas para estudiantes adolescentes mexicanos.^{20,21}

Todas estas escalas tienen respuestas tipo Lickert y el punto de corte para cada una (presencia/ausencia, alta/baja) se determinó calculando el promedio más/ menos una desviación estándar para cada sexo.²⁰⁻³¹

Adicionalmente se exploraron datos sociodemográficos y del entorno escolar como edad, sexo, semestre, turno, calendario escolar, si era alumno regular o irregular y si había sido estudiante o trabajaba además de estudiar durante el último año previo a la aplicación de la encuesta.

La aplicación de las encuestas se realizó en los salones de clase por un equipo de profesores de la preparatoria previamente capacitados. La tasa de localización de los alumnos enlistados por salones fue de 93%, ya que hubo alumnos que habían desertado o se habían cambiado de escuela. Hubo casos de alumnos irregulares que cursaban tercer semestre, pero repetían asignaturas de segundo. Una vez que se les explicó el objetivo del estudio a los estudiantes, se les solicitó su

consentimiento informado por escrito. La tasa de aceptación fue de 100%. El proyecto fue presentado y aprobado por las autoridades de la escuela sede del proyecto.

Para el análisis estadístico la muestra estudiada se dividió según el sexo, y para cada sexo se estimó la prevalencia de CAR asociada a cada factor de riesgo estudiado. Para los Odds Ratios (OR) crudos se utilizaron tablas de contingencia 2x2, y la significancia estadística se calculó mediante la prueba de χ^2 con tres grados de libertad. Para los Odds Ratios ajustados se utilizó Regresión Logística³². El nivel de significancia se definió como una $\alpha = 0.05$. Los Odds Ratios se presentan con sus intervalos de Confianza del 95%. Finalmente, con los resultados de la Regresión Logística, en la discusión se presenta un modelo predictivo. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS para Windows versión 15.

RESULTADOS

Se incluyeron 1,134 adolescentes, ninguno de ellos rechazó contestar el cuestionario. Del total, 463 (40.8%) fueron hombres y 671 (59.2%) mujeres; la edad promedio de ambos grupos fue de 15.1 años, con una desviación estándar de 2.2 años; en la muestra es-

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población en estudio.

Característica	Hombres n = 463 (%)	Mujeres n = 671 (%)
Edad (promedio)	15.3	15.0
Semestre		
Primero	168 (36)	225 (33.5)
Segundo	291 (63)	443 (66)
Tercero	4 (0.9)	3 (0.5)
Turno		
Matutino	251 (54)	367 (55)
Vespertino	212 (46)	303 (45)
Ocupación en el último año		
No fue estudiante	105 (23)*	164 (25)*
Sólo estudiaba	256 (55)*	422 (63)*
Estudiaba y trabajaba	89 (19)*	59 (9.0)*
Tipo de alumno		
Regular	417 (90)	618 (92)
Irregular	33 (7)	41 (6)
Conductas alimentarias de riesgo en los últimos tres meses		
Presente	13 (2.8)*	69 (10.3)*
Ausente	450 (97.2)	602 (89.7)

* $p < 0.05$. El valor de significancia estadística corresponde a la comparación de hombres vs. mujeres por medio de un análisis de proporciones y el empleo de la prueba de χ^2 con un grado de libertad.

Cuadro 2. Comparación de las frecuencias de conductas alimentarias de riesgo según opción de respuestas en estudiantes hombre y mujeres de bachillerato del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo.

Conducta alimentaria	Nunca-casi nunca		A veces		Con frecuencia (2 veces por semana)		Muy frecuente (+ de 2 veces por semana)		P*
	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	
Preocupación por engordar	242 (52.3)	164 (24.4)	118 (25.5)	192 (28.6)	43 (9.3)	90 (13.4)	51 (11.0)	212 (31.6)	<0.01
Práctica de atracones	215 (46.4)	359 (53.5)	168 (36.3)	197 (29.1)	41 (8.9)	62 (9.2)	26 (5.6)	40 (6.0)	ns
Sensación de falta de control al comer	346 (74.4)	470 (70.0)	89 (19.2)	125 (18.6)	11 (2.4)	36 (5.4)	6 (1.3)	25 (3.7)	0.01
Práctica de vómito autoinducido	437 (94.4)	602 (89.7)	8 (1.7)	39 (5.8)	2 (0.4)	7 (1.0)	4 (0.9)	4 (0.6)	0.01
Práctica de ayunos	409 (88.3)	522 (77.8)	25 (5.4)	84 (12.5)	10 (2.2)	26 (3.9)	8 (1.7)	22 (3.9)	<0.01
Seguimiento de dietas	369 (79.7)	424 (63.2)	65 (14.0)	145 (21.6)	13 (2.8)	36 (5.4)	6 (1.3)	48 (7.2)	<0.01
Práctica de ejercicio para bajar de peso	323 (50.1)	252 (37.6)	103 (22.2)	225 (33.5)	56 (12.1)	80 (11.9)	62 (13.4)	97 (14.5)	<0.01
Uso de pastillas	431 (93.1)	622 (92.7)	13 (2.8)	20 (3.0)	3 (0.6)	5 (0.7)	4 (0.9)	5 (0.7)	ns
Uso de diuréticos	405 (87.5)	586 (87.3)	14 (3.9)	13 (1.9)	1 (0.2)	2 (0.3)	2 (0.4)	4 (0.6)	ns
Uso de laxantes	397 (85.7)	579 (86.3)	17 (3.7)	15 (2.2)	2 (0.4)	3 (0.4)	3 (0.6)	5 (0.7)	ns

* El valor de significancia estadística corresponde a la comparación de hombres vs. mujeres por medio de un análisis de proporciones y el empleo de la prueba de χ^2 con tres grados de libertad.

Cuadro 3. Factores de riesgo asociado a las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de preparatoria según sexo.

Variable	Hombres						Mujeres					
	Con CAR n = 13	%	Sin CAR n = 450	%	OR	IC 95%	Con CAR n = 69	%	Sin CAR n = 602	%	OR	IC 95%
Autoestima												
Baja	2	15	69	15	1	0.2-4.6	6	9	97	16	0.5	0.2-1.2
Alta	11	85	381	85	1		63	91	505	84	1	
Impulsividad												
Alta	5	38	69	15	3.5	1.0-10.9	23	33	64	11	4.2	2.4-7.4
Baja	8	62	381	85	1		46	67	538	89	1	
Síntomas depresivos												
Presentes	6	46	56	12	6	2.0-18.6	28	41	81	13	4.4	2.6-7.5
Ausentes	7	54	394	88	1		41	59	521	87	1	
Ideación suicida												
Presente	5	38	55	12	4.5	1.4-14.2	24	35	50	8.3	5.9	3.3-10.5
Ausente	8	62	395	88	1		45	65	552	92	1	
Recreación												
Baja	2	15	64	14	1.1	0.2-5.0	13	19	74	12	1.7	0.9-3.2
Alta	11	85	386	86	1		56	81	528	88	1	
Locus de control interno												
Bajo	2	15	72	16	1	0.2-4.3	8	12	68	11	1	0.5-2.3
Alto	11	85	378	84	1		61	88	534	89	1	
Relación cercana con el padre												
Presente	2	15	65	14	1	0.2-5.0	7	10	100	17	0.6	0.3-1.3
Ausente	11	85	385	86	1		62	90	502	83	1	
Relación cercana con la madre												
Baja	3	23	71	16	1.6	0.4-6.0	5	7	64	11	0.7	0.3-1.7
Alta	10	77	379	84	1		64	93	538	89	1	
Estrés												
Presente	6	46	62	14	5.4	1.7-16.5	27	39	77	13	4.4	2.6-7.5
Ausente	7	54	388	86	1		42	61	525	87	1	

Cuadro 4. Análisis de regresión logística de los factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes hombres y mujeres.

Variable	Coefficiente	OR	IC 95%
Hombres			
Síntomas depresivos	1.4	4.0	1.2-13.5
Estrés	1.2	3.4	1.0-11.5
Mujeres			
Impulsividad	1.1	3.0	1.6-5.4
Ideación suicida	1.3	3.8	2.0-7.1
Estrés	1.0	2.8	1.5-5.0

Ecuación predictiva para estimar el riesgo de CAR: para el caso de las mujeres el riesgo de CAR sería igual a $\exp[1.4(\text{síntomas depresivos})+1.2(\text{estrés})]$, y para los hombres sería igual a $\exp[1.1(\text{impulsividad})+1.3(\text{ideación suicida})+1.0(\text{estrés})]$; M donde "síntomas depresivos", "impulsividad" y "estrés" se sustituyen por 1 (uno) en la ecuación cuando la característica está presente, o por 0 (cero) cuando está ausente.

tudiada la edad mínima fue de 15 y la máxima de 20 años. La prevalencia de CAR en los últimos tres meses fue de 7.2% y fue significativamente diferente para hombres (2.8%) y mujeres (10.3%) (Cuadro 1).

Al considerar el sexo en las CAR se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la opción de respuesta –muy frecuente– del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, con proporciones mayores en mujeres en preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer, ayunos, seguimiento de dietas y realización de ejercicio para bajar de peso, con excepción de práctica de vómito inducido que fue mayor en los varones (Cuadro 2).

Tanto en hombres como en mujeres, el análisis de riesgo mostró asociación de CAR con impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida y estrés. Aunque en el caso de los varones la relación con la madre mostró diferencias proporcionales ésta no fue estadísticamente significativa, mientras que para las mujeres, aunque se encontraron diferencias en la autoestima, recreación y relación con el padre, tampoco alcanzaron diferencia significativa (Cuadro 3).

El análisis ajustado mediante regresión logística de los factores de riesgo permitió identificar como variables predictoras de riesgo de CAR las siguientes variables ($p \leq 0.05$): síntomas depresivos y estrés en el grupo de hombres, e impulsividad, ideación suicida y estrés en mujeres (Cuadro 4).

DISCUSIÓN

Encontramos una diferencia significativa en la prevalencia de CAR entre hombres y mujeres; 2.8% para

hombres y 10.3% para mujeres. De igual forma, encontramos algunas diferencias en los factores asociados; en hombres síntomas depresivos y estrés y en mujeres impulsividad, ideación suicida y estrés.

La prevalencia que estimamos fue ligeramente mayor a la reportada para mujeres y menor para hombres de acuerdo con la encuesta de Prevalencia del consumo de drogas y alcohol en la población estudiantil del Distrito Federal.³³

Sin embargo, coincidimos con los datos de Hunot⁵ en estudiantes de secundaria y preparatoria, quienes refirieron entre 6 y 10 conductas alimentarias alteradas (10% mujeres y 3.4% hombres), pero definitivamente fue menor a la estimación de 20% de Vázquez⁸ en estudiantes de preparatoria privada con el mismo cuestionario CBCAR. La tendencia relacionada con mayor porcentaje de CAR por nivel socioeconómico, podría ser la esperada, ya que si bien los TCA y CAR se encuentran en poblaciones de todos los niveles socioeconómicos y grupos étnicos³⁴ tienden a ser más prevalentes en niveles socioeconómicos altos, que por lo general son medidos por tipo de escuela (pública-privada)³⁵ o por nivel de marginación.⁷

Por otro lado, el género ha sido reportado en otros estudios como un factor de riesgo para desarrollar CAR y TCA.³⁷ Steiner-Adair³⁷ sugiere que cuando se alcanza la adolescencia, se atraviesan por procesos diferentes; los hombres adquieren musculatura, estatura, voz grave y la incursión en espacios extra-familiares como el trabajo, que son características asociadas al poder, eficacia y autoridad, que van acorde con lo esperado socialmente para ellos, mientras que las expectativas en las mujeres son la asertividad, la independencia y el autocontrol, características que no van de acuerdo con el incremento en la cantidad de grasa corporal, ya que es símbolo de ineficacia, falta de poder y falta de control. Una mujer que tiene control sobre su vida, pero que es obesa, pensará que esta característica contradice su eficacia y su control y la conducirá a tener la creencia que la presencia de sobrepeso hace evidente sus posibles fallas ante los demás.³⁶

Un aspecto fundamental del estereotipo femenino es la preocupación por la apariencia física y la realización de esfuerzos para alcanzar y preservar la belleza. Las mujeres físicamente atractivas son percibidas como más femeninas y dado que es el ideal estético actual, no es de sorprender que las mujeres delgadas sean catalogadas como tales. Se ha reportado que las mujeres adaptan su forma de comer para proyectar una imagen favorable de sí mismas y se estima que en la medida en que una mujer se define a sí misma más en función de su apariencia física y de sus relaciones con los otros,

se encontrará más vulnerable de desarrollar un trastorno alimentario.³⁸

Esta diferencia de comportamientos entre hombres y mujeres la observamos en nuestros hallazgos tanto en la prevalencia de CAR en los últimos tres meses, en el tipo de ocupación en el último año y en los factores asociados a las CAR, sin embargo, los factores comunes en ambos fueron la presencia de una variable relacionada con los síntomas afectivos (síntomas depresivos/ideación suicida/impulsividad), que parecen fungir como un factor predisponente del trastorno, y la presencia de una variable relacionada con los aspectos socioculturales como el estrés cotidiano, que podría ser tanto un factor predisponente, como un factor precipitante de la enfermedad.

Sin embargo, esta hipótesis que sugiere el tipo de rol de cada factor, tendría que explorarse con mayor profundidad con diseños longitudinales que permitan identificar la aparición de factores de riesgo, dado que una de las limitaciones de este estudio fue el diseño transversal que no nos permite enunciar una conclusión contundente a este respecto. Adicionalmente, los resultados de este estudio deben tomarse con cierta cautela, ya que aunque se trata de estudiantes de bachillerato de una típica escuela pública de la Universidad de Guadalajara, no podrían tomarse como representativos de este grupo de edad, ya que una proporción de adolescentes no asisten a las escuelas y por lo tanto las presiones culturales, el estrés, la dinámica de los grupos y la relación con los padres podrían intervenir en la modificación de algunos de los factores evaluados.

No obstante, independientemente del tipo de rol que juegue cada factor en la aparición de las CAR, podríamos proponer que los malestares emocionales, los síntomas depresivos, la ideación suicida y el estrés cotidiano son elementos centrales a los que se deben poner especial atención en la prevención, dado que tienen un efecto de vulnerabilidad en el adolescente en cuanto que inducen o exacerban el sentido de fracaso que lesiona la autoestima, provocan la sensación de pérdida de control y la necesidad de recuperarlo a través del uso de prácticas alimentarias de riesgo que resultan exitosas, en cuanto a que derivan en la baja de peso corporal, lo que trae como consecuencia una sensación de logro, y por lo tanto, la necesidad de continuar con dichas prácticas, lo que finalmente desemboca en un espiral sin control o en la configuración del trastorno alimentario como tal.³⁹

Las frecuencias de conductas por sexo señalaron que una tercera parte de las mujeres y una décima parte de los hombres de la muestra estaban severamente preocupados por su peso corporal. Estos porcentajes

coinciden con lo reportado en estudiantes en el DF con una edad promedio similar;³³ sin embargo, fueron superiores a los arrojados por la Encuesta Nacional de Nutrición 2006,¹² en donde el porcentaje nacional para los varones fue de 7 y de 9% para la región centro-occidente, y de 15 y 16%, respectivamente, para las mujeres. Estas diferencias se pueden deber al tipo de muestra seleccionada (estudiantes en zona urbana) en comparación con una muestra heterogénea de adolescentes a nivel nacional. En la práctica de atracones se encontraron porcentajes similares con los reportados en estudiantes del DF (aproximadamente 6%), mientras que fueron inferiores a los referidos a nivel nacional por la ENSANuT 2006,¹² ya que el promedio en esta encuesta fue de 9% tanto en hombres como en mujeres. Otras conductas como la práctica de ayunos, de dietas y de ejercicio excesivo, fueron mayores en las mujeres, mientras que el vómito autoprovocado y en el uso de pastillas para bajar de peso fue mayor en los hombres. Sin embargo, este tipo de datos tendrán que ser explorados en futuros estudios, así como la equivalencia en los porcentajes entre hombres y mujeres en el uso de diuréticos y laxantes, que en los datos de estudiantes del DF y en los de la ENSANuT 2006, han sido reportados como mayores en mujeres.

El estudio de las conductas alimentarias de riesgo y de los trastornos de la conducta alimentaria han sido típicamente un tema de estudio en mujeres; sin embargo, la literatura en años recientes ha documentado que también tienen presencia en los varones desde edades tempranas, tanto en otras culturas⁴⁰ como en la nuestra.^{41,42} Si bien, los porcentajes reportados en varones son menores a los que se encuentran en mujeres, es importante estudiar el comportamiento específico de los hombres que los lleva a presentar insatisfacción con su imagen corporal y a iniciar la práctica de conductas alimentarias de riesgo.

Un estudio identificó que los hombres con TCA muestran un mayor porcentaje de comorbilidad psiquiátrica, principalmente depresión, consumo de alcohol y mayor grado de insatisfacción con la vida comparada con hombres sin TCA. Aunque también se ha reportado que los hombres con TCA suelen presentar las mismas características que las mujeres con TCA y con síndromes parciales.⁴³

Además de la escasa investigación en varones en este campo, otro de los problemas con los que se enfrenta la investigación de los TCA es la falta de instrumentos específicos para varones con estas características, por lo que los aspectos estudiados han girado en torno a las mismas situaciones evaluadas en las mujeres, lo que no ha permitido obtener un panorama claro de las manifestaciones en ellos,⁴⁴ por lo que el de-

sarrollo de instrumentos para varones es una de las prioridades en investigación.

Por otro lado, el hecho de que los varones estén comenzando a mostrar manifestaciones que eran propias de mujeres, nos lleva a reflexionar si los factores de riesgo de los hombres son específicos y por consecuencia diferentes de las mujeres, pues si bien, las manifestaciones clínicas de los TCA y CAR son similares en hombres y mujeres, es importante conocer los aspectos socioculturales subyacentes, particularmente el cómo afecta a los varones el ideal de belleza, pretendiendo que alcancen una figura corporal esbelta, pero musculosa y el significado social que representa esa apariencia, que está relacionada con un rol de género determinado y un estatus social que es promovido por los medios de comunicación y que es reproducido por la familia y por las instituciones. Bordo⁴⁵ señala que en la medida en que la mujer se ha vuelto independiente y ha procurado sus propios recursos económicos, el hombre ha dejado de ser el principal proveedor y se ha vuelto un recurso más para sí mismo que requiere poseer determinadas características, como el ser atractivo para ser valorado por otro tipo de aspectos. Además de que recientemente la industria de la belleza ha incluido a los hombres y ahora los han vuelto un mercado explotable, por lo que es probable que la prevalencia de las CAR y de los TCA se incrementen en este grupo.

Por último a manera de conclusión podemos señalar que este estudio identificó una prevalencia de CAR mayor en las mujeres que en los hombres y aunque los factores asociados fueron diferentes en hombres (síntomas depresivos y estrés) y mujeres (impulsividad, ideación suicida y estrés), todos ellos remiten a sintomatología afectiva, por lo que una forma de prevención directa implica la atención de la afectividad de los adolescentes.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a las autoridades de la Escuela Preparatoria No. 5 de la Universidad de Guadalajara por su apoyo en la realización del proyecto; Dr. Eduardo A. Madrigal de León, Mtro. José Manuel Jurado Parres, Mtra. Esperanza Castro Medina, así como a los profesores que participaron en el trabajo de campo y captura de datos: Leticia Casillas Ochoa, Víctor Justo Hernández Ochoa, María de los Ángeles Iturralde García, David Luna Salazar, Alma Delia Nares Santana, María de los Ángeles Puente Rodríguez, Eduardo Valeriano Galeana y Sabina Eloísa Velasco Pineda.

Agradecemos la participación de Joel Fonseca León en la elaboración de la base de datos y captura, así

como la de Juan Ramón Ibarra Benavides de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente del IMSS.

Asimismo, queremos agradecer a los becarios del Verano de Investigación Científica 2007 de la Academia Mexicana de Ciencias por su entusiasta participación: Raquel Patricia Becerra Casimiro, Rafael Cruz Ruiz, Emma Cecilia Cuadras Berrelleza, Alma Denisse Guerrero Rentería, Juana Ivonne Lomelí Montes, Fidel Martínez De la Cruz, Aurora Pérez Quiroz y Alejandro Rubio López.

REFERENCIAS

1. Álvarez G, Vázquez R, Mancilla JM, Gómez Peresmitré G. Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT 40) en mujeres mexicanas. *Rev Mex Psicol* 2002; 9: 47-56.
2. Bojorquez I, Unikel C. Presence of disordered eating among Mexican teenage women from a semi urban area: its relation to the cultural hypothesis. *Eur Eat Disord Rev* 2004; 12: 197-202.
3. Chávez AM, Macías LF, Gutiérrez R, Martínez C, Ojeda D. Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses. *Acta Universitaria* 2004; 14: 17-24.
4. Escobar A. Prevalencia y factores asociados al conglomerado de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 11 a 24 años del estado de Morelos. Tesis de Maestría en Ciencias de la Salud. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2004.
5. Hunot CME. Panorama epidemiológico de las alteraciones de la conducta alimentaria en estudiantes de una escuela secundaria y preparatoria de la zona metropolitana de Guadalajara en noviembre de 1999. Tesis de Maestría en Nutrición Humana. México: Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco: 2001.
6. Saucedo Molina TJ, Escamilla Talón T, Portillo NI, Peña IA, Calderón RZ. Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *Rev Invest Clin* 2008; 60(3): 231-40.
7. Unikel C, Vázquez M, García F, Ocampo R. Risky eating behaviors, psychosocial correlates and socioeconomic status in Mexican adolescents. Seattle, WA: Memories Conference of the Academy for Eating Disorders; 2008.
8. Vázquez M. Estudio de conductas alimentarias de riesgo en mujeres estudiantes de preparatoria y universidad y su relación con factores familiares y de personalidad. Tesis de Maestría en Salud Mental Pública. México, D.F.: Facultad de Medicina; 2006.
9. Medina Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4): 1-16.
10. Polivy J, German P. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol* 2002; 53: 187-213.
11. Shisslak CM, Crago M, Estes LS, Polivy J, Herman P. Causes of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1995; 18: 209-19.
12. Barriquete JA, Unikel C, Aguilar Salinas C, Córdoba Villalobos JA, Shamah T, Rivera Domarco J, Hernández Avila M. Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents: results of a population based nationwide survey (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006). *Salud Publica Mex* 2008. En prensa.
13. Garfinkel PE, Garner DM. Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. New York: Brunner/Mazel; 1982.

14. Ocampo NY. Detección de Sintomatología de Anorexia y Bulimia Nerviosa en Jóvenes: Análisis en dos Escuelas Preparatorias de Guadalajara, Jalisco, México. Tesis de Maestría en Cooperación y Bienestar Social. Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénega: 2008.
15. Neumark Sztainer D, Falkner N, Story M, Perry C, Hannan PJ, Muler S. Weight teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *Int J Obes* 2001; 26: 123-31.
16. Unikel C, Aguilar J, Gómez Peresmitré G. Predictors of eating behaviors in a sample of Mexican women. *Eat Weight Disord. Studies Anorexia, Bulimia Obes* 2005; 10: 33-9.
17. Dare C, Crowther C. Psychodynamic models of eating disorders. In: Szmuckler G, Dare C, Treasure J (eds.). *Handbook of eating disorders*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd: 1995, p.125-39.
18. Unikel C, Villatoro JA, Alcántar E, Fleiz C, Hernández S. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Rev Invest Clin* 2000; 52(2): 140-7.
19. Unikel C, Bojorquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública Mex* 2004; 46: 509-15.
20. González Forteza C. Estresores psicosociales y respuestas de enfrentamiento en los adolescentes: Impacto sobre el estado emocional. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología, UNAM: 1992.
21. González Forteza C. Factores protectores y de riesgo de depresión e intento de suicidio en adolescentes. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM; 1996.
22. La Rosa J. Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. Tesis para obtener el título de Doctor en Psicología Social. México: Facultad de Psicología, UNAM; 1986.
23. Andrade PP. Influencia de los padres en el locus de control de los hijos. Tesis para obtener el título de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM: 1984.
24. Rosenberg M. *Society and the adolescent self image*. Princeton NJ: Princeton University Press; 1965.
25. González Forteza C, Salgado de Snyder N, Andrade PP. Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental* 1993; 16(3): 16-21.
26. González Forteza C, Andrade PP, Jiménez TA. Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental* 1997; 20(1): 27-35.
27. Climent CE, Aragón LV, Plutchick R. Predicción del riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria. *Bol Sanit Panam*, 1989; 107(6): 568-73.
28. Radloff L. The CES D Scale: A self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385-401.
29. González Forteza C, Jiménez Tapia A, Gómez Castro C. Indicadores psicosociales asociados a la ideación suicida en adolescentes. Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Anales* 1995; 6: 135-9.
30. Roberts E. Reliability of the CES D: Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Res* 1980; 2: 125-34.
31. Villatoro J, Medina Mora ME, Amador N, Bermúdez P, Hernández H, Fleiz C y Cols. Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del DF: medición otoño 2003. Reporte Global. México: INP SEP; 2004.
32. Kleinbaum DG, Klein M. *Logistic Regression. A self learning text*. 2nd. Ed. New Cork: Springer; 2002.
33. Unikel C, Bojorquez I, Villatoro JA, Fleiz C, Medina Mora ME. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev Invest Clin* 2006; 58(1): 15-27.
34. Gordon RA. Eating disorders east and west: a culture bound syndrome unbound. In: Nasser M, Katzman MA, Gordon RA (eds.). *Eating disorders and cultures in transition* New York: Taylor & Francis; 2001, p. 1-16.
35. Ávila L, Rodríguez MV, Ortiz L. Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal en niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.: 1997.
36. Striegel Moore RH y Cachelin FM. Etiology of eating disorders. *Couns Psychol* 2001; 29(5): 635-61.
37. Steiner Adair C. Trabajo presentado en el Simposium "The psychology of women and the treatment of eating disorders" En la Conferencia Internacional de Trastornos Alimentarios, Nueva York: Citado en Brown C y Jasper K. (1993) Why weight? Why women? Why now? In: *Consuming Passions. Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders*. Brown C, Jasper K (ed.). Toronto: Second Story Press; 1990, p. 16-35.
38. Striegel Moore R. Etiology of binge eating: a developmental perspective. In: Fairburn CG, Wilson GT (eds.). *Binge Eating Nature. Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press; 1993.
39. Lask B. Aetiology. In: *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* Bryan Lask & Rachel Bryant Waugh (eds.). New York, Brunner Routledge; 2000.
40. Ricciardelli LA, McCabe MP, Williams RJ, Thompson JK. The role of ethnicity and culture in body image and disordered eating among males. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 582-606.
41. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Álvarez Rayón LG, Mancilla Díaz JM, Oliva Ruíz A. Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Ensen Invest Psicol* 2006; 11: 185-97.
42. Gómez Peresmitré G, Granados A, Jáuregui J, Tafoya S, Unikel C. Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino. *Rev Psicol Contemp* 2000; 7(1): 4-15.
43. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, Kennedy SH. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry* 2001; 158(4): 570-4.
44. Ricciardelli LA, McCabe MP. Weight and shape concerns of boys and men. In: Thompson K (ed.). *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.
45. Bordo S. *The male body*. New York: Farrar, Straus and Giroux; 1999.

Reimpresos:

Dra. Claudia Unikel-Santoncini

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
 Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"
 Calz. México Xochimilco 101,
 Col. San Lorenzo Huipulco,
 14370, México, D.F.
 Tel.: 4160 5160.
 Correo electrónico: unikels@imp.edu.mx

Recibido el 1 de diciembre de 2008.
 Aceptado el 9 de junio de 2009.