

Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años(◆)

Claudia Unikel-Santoncini,* Bertha Nuño-Gutiérrez,† Alfredo Celis-de la Rosa,‡
Teresita de Jesús Saucedo-Molina,§ Eva María Trujillo Chi Vacuán,|| Fátima García-Castro,* Juana Trejo-Franco¶

* Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

† Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. IMSS Jalisco.

‡ Unidad de Investigación Clínica. IMSS Jalisco. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

§ Área Académica de Nutrición. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

|| Dirección Médica de Comenzar de Nuevo, AC. Centro de Tratamiento para Trastornos de la Conducta Alimentaria y Fundación para la Educación, Prevención y Tratamiento de Monterrey.

¶ Unidad de Medicina Familiar No 48, Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Juárez.

Disordered eating behaviors: prevalence among Mexican students aged 15-19

ABSTRACT

Objective. To obtain the prevalence of disordered eating (DE) among student female adolescents from public high schools in 17 urban settings in the Mexican Republic, across age, setting and region. **Material and methods.** The sample comprised 4,358 female students 15 to 19 years of age. DE was evaluated with a validated and standardized questionnaire for Mexican adolescents with 2 cutoff points: moderate-DE and high-DE. **Results.** The total prevalence of moderate-DE was 14.2% and 6.8% for high-DE. Significant statistical differences were found only for high-DE across settings, were the Estado de Mexico reached the highest score (12.1%) and Aguascalientes the lowest (2.1%). The north region obtained the highest scores for both moderate (17.2%) and high-DE (9.7%), whereas the center-west region obtained the second place for moderate-DE (15.1%) and the center region for high-DE (11.5%). The center region showed the lowest scores for moderate-DE (11.5%) and the south-southeast region the lowest for high-DE (4.5%). The analysis across age showed a positive relationship for both moderate and high-DE. **Conclusions.** The total prevalence of DE was 6.8%. Age, socioeconomic status and the place of residence seem to be variables that relate to disordered eating.

Key words. Adolescents. Disordered eating. Prevalence. Mexico.

RESUMEN

Objetivo. Estimar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en mujeres adolescentes estudiantes de escuelas preparatorias públicas en 17 localidades urbanas de la República Mexicana por edad, localidad y región. **Material y métodos.** Se incluyeron 4358 mujeres de 15 a 19 años de edad. Se evaluaron las CAR mediante un cuestionario validado y estandarizado para adolescentes mexicanas, con dos puntos de corte: moderado y alto. **Resultados.** La prevalencia total de las CAR-moderado fue de 14.2% y las CAR-alto de 6.8%. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas por estado únicamente en las CAR-alto, en donde el Estado de México alcanzó la prevalencia más alta (12.1%), y la más baja Aguascalientes (2.1%). La región norte obtuvo las puntuaciones más elevadas tanto para las CAR-moderado (17.2%) como para las CAR-alto (9.7%), mientras que la región centro-occidente obtuvo el segundo lugar en las CAR-moderado (15.1%) y la región centro en las CAR-alto (8%). La región centro registró la prevalencia más baja en las CAR-moderado (11.5%) y la región sur-sureste en las CAR-alto (4.5%). El análisis por edad mostró una tendencia ascendente tanto para las CAR-moderado como para las CAR-alto. **Conclusiones.** La prevalencia total de las CAR fue de 6.8%. La edad, el estrato socioeconómico y el lugar de residencia parecen ser variables que se relacionan con las CAR.

Palabras clave. Adolescentes. Conductas alimentarias de Riesgo. Prevalencia. México.

◆ Trabajo presentado en la Conferencia 2010 de la Academy for Eating Disorders, Salzburgo, Austria.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) a nivel mundial se calcula entre 0.3 y 2.2% para anorexia nervosa (AN) y 1-1.5% para bulimia nervosa (BN).^{1,2} La incidencia se estima entre 8 y 12 por cada 100,000 habitantes.^{1,3} En México, la Encuesta Nacional sobre Epidemiología Psiquiátrica de 2001⁴ realizada con población adulta con hogar fijo, reportó únicamente la prevalencia de BN de 1.8% en mujeres ante la ausencia de casos de AN. Más recientemente la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente llevada a cabo en el Distrito Federal,* reportó 0.2% de AN y 0.9% de BN en mujeres en una muestra representativa de 3,005 adolescentes entre 12 y 19 años con hogar fijo.

La obtención del diagnóstico de TCA en estudios a gran escala es una tarea compleja y costosa, por lo que una alternativa para detectar casos en riesgo es a partir del uso de instrumentos de tamizaje que proporcionan un panorama aproximado al que se obtiene mediante la evaluación diagnóstica, con la ventaja adicional de que puede detectar personas con características prodrómicas de los TCA o de las conductas alimentarias de riesgo (CAR).

Las CAR se definen como aquellas conductas compensatorias inapropiadas características de los TCA definidos por el DSM IV⁵ y que no cumplen en frecuencia y duración con los requerimientos diagnósticos. Dichas conductas incluyen la preocupación por engordar, los atracones con sensación de falta de control al comer, conductas alimentarias restrictivas (práctica de dietas, ayunos, ejercicio excesivo y consumo de pastillas para adelgazar), y purgativas (uso de laxantes, diuréticos y vómito auto-provocado) que tienen como fin la reducción de peso.⁶

La importancia de estudiar las CAR está relacionada no solamente con el reciente aumento de los TCA, sino también con la epidemia de la obesidad tanto en México como en otras partes del mundo, ya que diversos investigadores^{7,8} han confirmado que este padecimiento está altamente vinculado con patologías, en donde sobresale el trastorno por atracón que es clasificado en el DSM-IV como un trastorno alimentario no especificado (TANE),⁵ tan grave y complicado como la AN o la BN.

Por otro lado, los estudios realizados en adoles-

centes en diversas partes de la República,⁹⁻¹⁴ han reportado porcentajes de 4 y hasta 30%. Esta variación se debe a que las metodologías no son las mismas, y a que los instrumentos de evaluación utilizados muchas veces no son estrictamente validados, por lo que las comparaciones resultan difíciles y poco pertinentes.

Por ello el objetivo del presente estudio, fue estimar la prevalencia de las CAR en mujeres adolescentes estudiantes de escuelas preparatorias públicas en diecisiete localidades urbanas de la República Mexicana por edad, localidad y región.

MÉTODOS

Muestra

La muestra total quedó formada por 4,358 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años ($X_{\text{edad}} = 16.1$, $DE = 1.0$), estudiantes de escuelas públicas de nivel medio superior en localidades urbanas en 17 estados de la República. En el cuadro 1 se indica el tamaño de cada una de las muestras por estado, el año de recopilación de los datos, la edad promedio y la desviación típica.

Instrumento

Para la estimación de las CAR se utilizó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), que fue desarrollado con base en los criterios diagnósticos para TCA propuestos en el DSM-IV⁵ para evaluar la conducta alimentaria en estudiantes.¹⁴ Este instrumento ha sido validado en mujeres en el DF,¹⁵ en el Estado de México** y en el de Hidalgo,¹⁶ en el que se han obtenido valores de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.83, 0.72 y 0.80, respectivamente, con una estructura de tres factores con una varianza total explicada entre 64.7 y 56.1%. La escala consta de 10 preguntas que evalúa: la preocupación por engordar y las CAR en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta. Se califica con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca = 0, algunas veces = 1, frecuentemente -dos veces en una semana- = 2, muy frecuentemente -más de dos veces en una semana- = 3). Se sugieren dos puntos de corte para determinar grados

* Benjet, C, Borges G, Medina-Mora ME, Blanco J, Rojas E, Fleiz C, et al. Epidemiología de los Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes de la Ciudad de México. Trabajo presentado en la XVIII Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, D.F., 2008.

** Unikel C, Gómez Peresmitré G, Bojorquez I. (2008) Manual de aplicación del cuestionario de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Reporte interno. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Proyecto SEP CONACyT SEP-2004-46560.

Cuadro 1. Distribución de la muestra por edad y año de recopilación de los datos por estado.

Estado	n	Edad promedio (DE)	Año de recopilación
Zona Norte			
Chihuahua	300	16.29 (.94)	2008
Nuevo León	287	15.67 (.69)	2008
Tamaulipas	249	16.63 (.94)	2008
Zona Centro-occidente			
Aguascalientes	233	16.38 (.96)	2008
Colima	250	16.60 (.91)	2007-2008
Durango	206	16.06 (.94)	2008
Guanajuato	233	15.07 (.31)	2008
Jalisco	249	15.34 (.57)	2006
Michoacán	302	16.42 (1.06)	2009
Nayarit	239	15.85 (.90)	2009
Zona Centro			
Distrito Federal	185	16.32 (1.25)	2006
Estado de México	297	16.07 (.84)	2009
Hidalgo	280	16.00 (.92)	2008
Zona Sur-sureste			
Chiapas	183	16.28 (1.00)	2008
Guerrero	272	16.51 (1.04)	2009
Oaxaca	264	15.82 (.91)	2008
Veracruz	329	16.63 (.95)	2009
Total	4358	16.1 (1.00)	

de riesgo, el primero 7-10 corresponde a un riesgo moderado (CAR-moderado),¹⁷ y el segundo > 10 corresponde a un riesgo alto (CAR-alto),¹⁵ mientras que las puntuaciones menores a 7, indican la ausencia de riesgo.

Se llevó a cabo un análisis de consistencia interna y factorial de componentes principales con la muestra del presente estudio y se obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0.76 y una estructura de tres factores que explicaron 59.8% de la varianza total (Factor 1: preguntas 1, 5, 6 y 7; Factor 2: preguntas 4, 8, 9 y 10; Factor 3: preguntas 2 y 3).

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados de manera grupal en los planteles escolares entre los años 2006 y 2009, como parte de proyectos de tesis de grado o como parte de un proyecto más amplio de investigación. En todos los casos, los cuestionarios fueron aplicados por investigadores o por estudiantes de las carreras de psicología o nutrición. En correspondencia con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹⁸ el estudio se

consideró sin riesgo dado que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables en estudio y la recolección de datos fue anónima. Se solicitó autorización de los directivos de cada institución mediante consentimiento escrito o verbal según fuera caso y consentimiento verbal a las participantes, y de acuerdo con la Ley General de Salud¹⁸ no fue necesario solicitar consentimiento a sus padres por el tipo de estudio y procedimiento realizado. Una vez terminada la recopilación de los datos, se entregó un reporte de resultados a las autoridades de los planteles escolares.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las CAR por edad, localidad y región, de cada una de las preguntas del cuestionario y por puntos de corte en el software SPSS versión 17.0. Para obtener la diferencia entre grupos se utilizó Ji cuadrada y el nivel de significancia estadística se determinó con $p \leq 0.05$. Los estados se dividieron por zonas* a partir de la clasificación que utiliza la Encuesta Nacional de Adicciones. Si bien no se incluyeron todos los estados del país se organizaron de esta manera para observar la distribución de los resultados por zonas, de tal forma que se hace referencia a los estados del norte, centro-occidente, centro y sur-sureste.

Se obtuvo el valor de consistencia interna (alfa de Cronbach), para la muestra total y para cada una de las localidades, así como un análisis factorial de componentes principales y rotación oblicua para toda la muestra.

RESULTADOS

Prevalencias totales, por estado, región y edad por puntos de corte

Se encontró una prevalencia total de las CAR-moderado de 14.2 y 6.8% de las CAR-alto. Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas por estado en la categoría de las CAR-alto. En el cuadro 2 se presentan las prevalencias de las CAR según estado, región y puntos de corte utilizados.

* **Norte:** Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas. **Centro-occidente:** Aguascalientes, Nayarit, Jalisco, Colima, Sinaloa, Michoacán, Guanajuato, Durango, San Luis Potosí, Zacatecas. **Centro:** Distrito Federal, Estado de México, Querétaro, Puebla, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos. **Sur-sureste:** Chiapas, Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Oaxaca, Guerrero, Tabasco, Veracruz.

El análisis por estado mostró que las prevalencias más altas de las CAR-moderado las ocuparon Tamaulipas (19.7%), Nuevo León (19.2%) y Aguascalientes (16.3%); mientras que en las CAR-alto, las mayores prevalencias se registraron en el Estado de México con 12.1%; Chihuahua con 11.3%, y Durango y Tamaulipas con 9.2%. Por el contrario Veracruz y Aguascalientes sólo alcanzaron 2.5 y 2.1%, respectivamente (Cuadro 2).

La región norte obtuvo las puntuaciones más elevadas tanto para las CAR-moderado (17.2%) como para las CAR-alto (9.7%), mientras que la región centro-occidente obtuvo el segundo lugar en las CAR-moderado (15.1%) y la región centro en las CAR-alto (8%). La región centro registró la prevalencia más baja en las CAR-moderado (11.5%) y la región sur-sureste en las CAR-alto (4.5%) (Cuadro 2) con diferencias estadísticamente significativas para esta última.

El resultado de este análisis por edad, mostró una tendencia ascendente tanto para las CAR-moderado como para las CAR-alto, aunque en el grupo de las

Cuadro 2. Porcentajes de conductas alimentarias de riesgo según puntos de corte por estado y región.

Estado	Puntos de corte*		
	Sin riesgo 0-6 n = 3408	Riesgo moderado 7-10 n = 613	Riesgo alto 11 y más n = 295
Aguascalientes	81.5	16.3	2.1
Chiapas	79.8	13.7	6.6
Chihuahua	75.3	13.3	11.3
Colima	74.4	17.2	8.4
Distrito Federal	81.6	10.8	7.6
Durango	77.7	13.1	9.2
Estado de México	74.1	13.8	12.1
Guanajuato	82.4	12.0	5.6
Guerrero	80.1	13.2	6.6
Hidalgo	86.4	9.6	3.9
Jalisco	77.9	15.7	6.4
Michoacán	78.6	15.4	6.0
Nayarit	78.2	15.1	6.7
Nuevo León	72.5	19.2	8.4
Oaxaca	89.4	7.2	3.4
* Tamaulipas	71.1	19.7	9.2
Veracruz	82.4	15.1	2.5*
Región			
Norte	73.1	17.2	9.7
Centro	80.4	11.5	8.0
Centro-Occidente	78.6	15.1	6.3
Sur	83.1	12.3	4.5*
Total	79.0	14.2	6.8

* $p < 0.05$. Nota: Se eliminaron los valores perdidos para los análisis por punto de corte.

Cuadro 3. Porcentaje de conductas alimentarias de riesgo según puntos de corte por edad.

Edad	Puntos de corte*		
	Sin riesgo (0 - 6) n = 3408	Riesgo moderado (7-10) n = 613	Riesgo alto (11 y más) n = 295
15	81.4	12.5	6.1
16	79.0	14.5	6.5
17	76.7	15.3	8.0
18	75.6	17.3	7.1
19	79.7	10.1	10.1

Nota: Se eliminaron los valores perdidos para los análisis por punto de corte.

CAR-moderado disminuyó en el grupo de 19 años; ésta es de 12.5% a los 15 años y de 17.3% a los 18 años. En la categoría las CAR-alto, se observó más claramente la tendencia al incremento con 6.1% en el grupo de 15 años y de 10.1% en el de 19 años, aunque el riesgo no fue estadísticamente significativo (Cuadro 3).

Prevalencias totales, por estado, región y edad por pregunta

El análisis para cada pregunta del CBCAR para la categoría de respuesta más alta (dos o más veces en una semana), mostró que 16.6% de las adolescentes se preocuparon por engordar, 9.6% practicaron ejercicio con la finalidad de bajar de peso, 4.1% practicaron dietas restrictivas, 3.5% reportaron atracones de comida y 2.1% hicieron ayunos. El resto de las CAR se registró en porcentajes menores a dos (Cuadro 4).

El análisis por estado mostró que en Jalisco el porcentaje de preocupación por engordar fue el más elevado (24.5%) y en Nuevo León (23.3%) el menor. En Tamaulipas se registró el porcentaje más elevado de atracones con 7.6% y el menor en Nayarit con 1.7% (Cuadro 4).

En cuanto a las conductas de tipo restrictivo se encontró que en siete de 17 estados evaluados, más de 10% de las adolescentes mencionaron que realizaban ejercicio excesivo para bajar de peso y en el Estado de México alcanzó hasta 17.5%. En Nuevo León y Chihuahua se registraron los porcentajes más elevados de dietas restrictivas (7.7 y 6.3% respectivamente), mientras que el menor porcentaje lo mostró Veracruz con 1.8% con diferencias estadísticamente significativas. Chihuahua y Jalisco mostraron los porcentajes más elevados de práctica de ayunos (4.3 y 4%, respectivamente) mientras que en el Estado de México y Oaxaca fueron los meno-

res (1 y 1.1% respectivamente). En Tamaulipas se registró el mayor consumo de pastillas para bajar de peso (3.6%), seguido del Estado de México y Michoacán (2.4%), Guanajuato (2.3%), en contraste con Hidalgo donde no se registró dicho consumo (Cuadro 4).

En el cuadro 5 se puede observar que en relación a las conductas de tipo purgativo, en el DF se observó el porcentaje más elevado de vómito auto-inducido (2.7%), en comparación con el resto de los estados, en donde los porcentajes fueron inferiores a 2%. En Nuevo León y el Estado de México se registró el mayor porcentaje de uso de diuréticos (1.4 y 1.3% respectivamente) y en siete estados no se registró dicho consumo. Con respecto al uso de laxantes,

los valores más altos fueron Michoacán (1.7%), Nuevo León (1.4%) y Chihuahua (1.3%).

El análisis por región mostró que en los estados del norte las conductas más prevalentes fueron la preocupación por engordar, atracones, sensación de falta de control al comer, ayunos, dietas, uso de pastillas y diuréticos. En tanto el vómito auto-inducido y el uso de laxantes fue más común en la región centro (Cuadro 5).

El análisis por edad señaló que las medidas compensatorias (vómito auto-inducido, uso de laxantes y diuréticos) y las restrictivas (práctica de dietas, ayunos y uso de pastillas) para bajar de peso se incrementaron con la edad; mientras que la preocupación por engordar, la sensación de falta de control al co-

Cuadro 4. Porcentaje de conductas alimentarias de riesgo en la categoría de respuesta dos o más veces en una semana por estado

Estado	Preocupación por engordar n = 4,354	Atracones n = 4,352	Sensación de falta de control al comer n = 4,347	Vómito auto-inducido n = 4,355	Ayunos n = 4,352	Dietas n = 4,352	Ejercicio n = 4,350	Uso de pastillas n = 4,357	Uso de diuréticos n = 4,356	Uso de laxantes n = 4,356
Aguascalientes	12.9	3.0	0.9	-	0.9	2.1	5.6	0.4	-	0.4
Chiapas	13.1	3.3	0.5	0.5	2.2	3.3	9.3	0.5	-	-
Chihuahua	20.0	5.0	4.0	1.0	4.3	6.3	11.0	2.0	1.0	1.3
Colima	15.2	2.8	3.2	1.2	1.6	4.0	12.0	1.6	0.8	1.2
Distrito Federal	14.6	3.8	2.2	2.7	2.2	2.7	9.7	0.5	0.5	0.5
Durango	17.0	4.4	1.5	1.0	2.9	4.4	9.7	1.0	-	1.0
Estado de México	20.9	3.4	2.7	1.0	1.0	6.1	17.5	2.4	1.3	2.4
Guanajuato	18.0	3.0	1.3	0.9	2.1	5.6	12.9	2.1	0.4	0.9
Guerrero	11.8	3.3	1.5	1.1	1.8	2.6	7.0	0.7	-	0.7
Hidalgo	11.1	2.5	0.7	0.7	1.4	2.1	6.4	-	-	0.7
Jalisco	24.5	4.4	2.4	0.4	4.0	4.8	10.8	0.4	-	0.4
Michoacán	19.2	4.7	2.4	0.7	1.3	4.0	12.1	2.3	0.7	1.7
Nayarit	17.7	1.7	1.3	1.3	2.1	3.8	12.2	1.7	0.4	0.8
Nuevo León	23.3	3.1	2.1	0.3	3.8	7.7	9.8	1.7	1.4	1.4
Oaxaca	7.2	3.0	1.9	0.8	1.1	1.9	7.2	0.8	0.4	0.4
Tamaulipas	21.7	7.6	2.2	-	2.4	5.2	6.4	3.6	0.8	0.8
Veracruz	12.5*	1.8	0.3	-	1.2	1.8*	3.7*	0.3	-	-
Total	16.6	3.5	1.8	0.8	2.1	4.1	9.6	1.3	0.5	0.9

* p < 0.05. Nota: las frecuencias totales varían en función de los valores perdidos.

Cuadro 5. Porcentaje de conductas alimentarias de riesgo en la categoría de respuesta dos o más veces en una semana por región y edad

	Preocupación por engordar n = 4,354	Atracones n = 4,352	Sensación de falta de control al comer n = 4,347	Vómito auto-inducido n = 4,355	Ayunos n = 4,352	Dietas n = 4,352	Ejercicio n = 4,350	Uso de pastillas n = 4,357	Uso de diuréticos n = 4,356	Uso de laxantes n = 4,356
Región										
Norte	21.7	5.1	2.6	0.5	3.6	6.5	9.2	4.4	1.1	1.2
Centro	15.7	3.0	1.8	1.8	1.4	3.8	11.5	1.0	0.7	1.3
Centro-occidente	17.9	3.5	1.9	1.9	2.1	4.1	10.5	1.4	0.4	0.9
Sur	11.1*	2.8	1.1	1.1	1.5*	2.3*	10.8*	0.6*	0.1	0.3
Edad										
15	16.4	3.3	1.4	0.6	1.9	3.7	9.0	1.4	0.3	0.9
16	15.8	3.3	1.8	0.6	2.2	4.0	9.3	1.3	0.3	0.7
17	17.4	3.3	2.2	1.1	2.3	4.9	11.6	1.2	0.9	0.9
18	19.6	3.9	2.3	0.8	2.0	3.1	7.9	1.4	0.6	1.4
19	10.1	-	1.4	1.4	2.9	5.8	5.8	2.9	2.9*	2.9

* p < 0.05. Nota: las frecuencias totales varían en función de los valores perdidos.

mer y los atracones se incrementaron hasta los 18 años, pero disminuyeron a los 19 años de edad. Por otro lado, la práctica excesiva de ejercicio registró la proporción más alta a los 17 años (11.6%) y disminuyó ligeramente a los 15 y 16 años de edad (9%) y la inferior se registró a los 18 y 19 años de edad (8%) (Cuadro 5).

DISCUSIÓN

El estudio identificó que la prevalencia nacional de las CAR-alta fue de 6.8%, la región norte alcanzó la prevalencia más alta (9.7%) y la sur-sureste la más baja (4.5%). Al comparar los resultados de nuestro estudio con los de la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal del 2006* se encontró una prevalencia menor (6.8 vs. 8.1%) pero muy similar a la obtenida para el Distrito Federal en nuestro estudio (7.6%).

Este resultado podría explicarse porque se trata de mujeres de escuelas públicas, en donde es de esperarse una prevalencia menor que cuando se estudian muestras que incluyen a mujeres estudiantes tanto de escuelas públicas como privadas. Investigaciones mexicanas en las que han comparado estudiantes de ambos sectores educativos como referente del nivel socioeconómico,^{19,20} han mostrado que el mayor porcentaje se refleja en las estudiantes de escuelas privadas; aunque algunos estudios extranjeros²¹⁻²³ y nacionales,^{6,24} y en poblaciones no urbanas,^{10,25-27} han reportado que las CAR se observan tanto en diferentes niveles socioeconómicos, como en poblaciones urbanas y rurales. No obstante, en México todavía se observa que en los grupos minoritarios o más marginados, o en aquellos que no tienen posibilidad de recibir educación, estas conductas se presentan en un número más reducido, en comparación con los porcentajes obtenidos en mujeres adolescentes estudiantes y en población privilegiada en cuanto al acceso a servicios y educación.²⁸

La práctica de dietas hipocalóricas o restrictivas como consecuencia de la insatisfacción corporal, generada en gran parte por la presión social ejercida por la cultura de la delgadez,²⁹ suele ser una de las puertas de entrada para desarrollar los TCA.³⁰⁻³¹ Asimismo, esta práctica puede formar parte de un círculo vicioso, mantenido por la búsqueda de la delgadez, el cual genera síntomas de afecto negativo

como depresión, lo que a su vez favorece que las jóvenes añadan otras conductas alimentarias inapropiadas que pudiesen afectar de manera directa su estado nutricional llevándolas a un bajo peso o incluso hasta una desnutrición, o bien, al extremo de la obesidad,³² por lo que es fundamental contar con datos que determinen su detección precoz.

En este sentido y dado que las CAR han sido evaluadas en cuatro ocasiones en estudiantes del Distrito Federal como parte de las Encuestas sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal⁶ con el CBCAR,¹⁵ se ha podido observar que de 1997¹⁴ a 2006* ha habido un incremento en las mujeres de 3.4 a 8.1%, por lo que tal vez sería oportuno pensar en realizar intervenciones preventivas, orientadas tanto a fortalecer patrones alimentarios adecuados, como a resistir la presión de la influencia de la delgadez²⁹ y de los estereotipos de belleza centrados en aspectos de orden físico, así como en atender el malestar emocional que esto provoca.³²

Por otro lado, la comparación de la prevalencia a nivel regional coincide con lo reportado en la ENSANUT 2006,²⁴ en cuanto que la región norte mostró las mayores cifras y la región sureste las menores, tal vez porque la región norte ocupa la prevalencia más alta de obesidad a nivel nacional,³³ así como una mayor abundancia de alimentos. Adicionalmente pensamos que está relacionado con la cercanía a EU por el tipo de dieta que es alta en carnes y alimentos de comida rápida y un mayor nivel de ingreso per cápita y por tanto mayor Índice de Desarrollo Humano.³⁴ Este hecho está vinculado con hallazgos previos en México^{14,35} y en otros países³⁶ acerca de la relación entre obesidad y las CAR/TCA, ya que diversas investigaciones al respecto indican que a mayor sobrepeso/obesidad, existe una mayor insatisfacción con la figura y el peso corporal, y mayor seguimiento de CAR, por lo tanto este indicador debe ser considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de TCA.³⁷

Con respecto a las conductas específicas, nuestros resultados coinciden con los de la ENSANUT 2006²⁴ en cuanto a que la preocupación por engordar fue la manifestación más prevalente y con un porcentaje similar; sin embargo, en la ENSANUT 2006, el atracón fue la conducta que se presentó en segundo lugar seguido de la sensación de falta de control al comer y en tercer lugar los ayunos. La práctica exce-

* Villatoro JA, Gutiérrez M, Quiroz N, Moreno M, Gaytán L, Gaytán F, Amador N y Medina-Mora ME (2007) Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, D.F.

siva de ejercicio ocupó el sexto lugar en la ENS-ANUT 2006, mientras que en este estudio, la práctica de ejercicio ocupó el segundo lugar, seguido de la práctica de dietas y en cuarto lugar el atracón. Estas discrepancias en los resultados podrían obedecer a diferentes razones como el rango de edad estudiado, así como al tipo de muestra seleccionada.

La relación de las CAR con la edad fue similar a la reportada previamente en diversos estudios en muestras de mujeres mexicanas,^{6,24,35} esto se puede inferir, ya que al analizar cada una de las preguntas por separado, se observa que a partir de los 17 años tienden a incrementarse los porcentajes, con excepción de la práctica excesiva de ejercicio que es mayor de los 15 a los 17 años. Es importante hacer hincapié en que algunos de los porcentajes alcanzaron a duplicar su valor entre los 15 y los 19 años (vómito auto-inducido, uso de pastillas), triplicarse (laxantes) o incluso incrementarse 10 veces (uso de diuréticos). El hecho que la práctica de ejercicio de manera excesiva se presente a edades más tempranas, puede deberse a que se trata de una conducta socialmente aceptada y promovida como estrategia para alcanzar un mejor estado de salud y como un "modo natural" de controlar el peso corporal, y de mejorar la figura. Además entre los 15 y 17 años de edad se transita por la adolescencia intermedia donde la preocupación por la imagen corporal, la crisis por la adolescencia y la influencia de los estereotipos de belleza, pudieran reflejarse en la tendencia ascendente para las CAR.

Este tipo de conductas como el ejercicio o las dietas restrictivas, denominadas por algunos autores como "normativas", pueden ser la puerta de entrada para el desarrollo de un TCA, por lo que es muy importante monitorear a las adolescentes que se involucran de forma obsesiva en este tipo de actividades.

Particularmente nos llamó la atención que en el DF se registró el mayor porcentaje de la práctica del vómito auto-inducido, el cual duplica los porcentajes del resto de los estados. Esta conducta compensatoria es característica de la BN y de la AN y de los TANES de tipo purgativo, por lo que este dato podría ser un indicador de la presencia de este síndrome en las adolescentes del DF, el cual aparece en etapas más avanzadas de la enfermedad. Por otro lado, se podría especular acerca de algunas de las formas diferenciadas en las que se manifiestan las CAR en las distintas regiones del país, como la antes mencionada en el DF, o el uso de pastillas, laxantes y diuréticos en ciertos estados de la República a diferencia de otros.

Dado el desconocimiento de datos de otros estados de la República Mexicana en muestras similares, resulta imposible llevar a cabo comparaciones adicionales que permitieran contrastar los hallazgos, con excepción de un estudio realizado en la ciudad de Pachuca, Hidalgo, en el que se incluyó una muestra de 464 mujeres estudiantes universitarias, de 15 a 23 años de edad y en donde la prevalencia de las CAR fue de 8.4% (9.0% en preparatoria; 7.9% en licenciatura). Igualmente se analizó el comportamiento de cada uno de los indicadores del CBCAR en las submuestras, en la categoría de respuesta "muy frecuentemente", y se encontró que la preocupación por engordar, los atracones, la falta de control al comer, el ejercicio excesivo, el vómito auto-inducido, el uso de laxantes y de pastillas fue mayor en las estudiantes de preparatoria, mientras que los ayunos, las dietas y el uso de diuréticos fue mayor en las estudiantes de licenciatura.¹⁶

Una de las limitaciones del presente estudio es que los datos no provienen de una muestra representativa de estudiantes de preparatoria pública, tampoco se incluyeron mujeres de escuelas privadas, ni se consideraron todos los estados de la República Mexicana. No obstante, se trata de una muestra conformada de forma homogénea de mujeres en un determinado rango de edad. Asimismo, el hecho de que sean mujeres estudiantes de escuelas públicas, significa abarcar un sector de la población que hace no mucho tiempo era considerado invulnerable para el desarrollo de los TCA debido a la idea que prevalecía sobre la especificidad de los TCA como enfermedades de las clases acomodadas de países desarrollados.²¹

A pesar de estas limitaciones, dentro de las principales aportaciones de este trabajo, además de contar con una evaluación multicéntrica adicional a la ENSANUT 2006, está la de proporcionar un panorama de la situación epidemiológica de estas conductas en uno de los grupos más vulnerables como lo es el de mujeres adolescentes, junto con la de haber constatado que la influencia de los estereotipos de belleza contemporáneos ha penetrado a las diferentes clases sociales, por lo que las CAR y los TCA no pueden seguir considerándose un problema de salud de un sector específico.

Otra valiosa aportación es la de proporcionar resultados a partir del análisis diferenciado con dos puntos de corte, CAR-alto (> 10) que corresponde a posibles casos de TCA y CAR-moderado (7-10), que nos permite identificar a las adolescentes que se encuentran en una etapa prodrómica del desarrollo de un TCA. La ventaja de hacer esta categorización

radica en la necesidad de detectar a las personas que aún sin manifestar los síntomas de un TCA, puedan recibir una atención específica para impedir el desarrollo de alguno de estos padecimientos, lo cual evitaría el gasto emocional y social que los caracteriza.

Por último, el hecho de que las estudiantes hayan contestado la encuesta en sus propias escuelas y dentro de su horario escolar, nos permitió recoger datos en su ambiente natural, por lo que no pensamos que sus respuestas tengan implicaciones que deban considerarse.

En síntesis, el estudio encontró que las CAR-alta se presentan en siete de cada cien estudiantes. La región norte fue la que mostró los valores más elevados, con diez por cada cien y la sur-sureste la más baja con cinco de cada cien. No obstante y dado que la prevalencia parece ir en aumento⁶ es importante comenzar a pensar en desarrollar intervenciones derivadas de la investigación con la finalidad de evitar que el problema nos rebase.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la invaluable colaboración de las siguientes personas: Lic. Emma Ixhel Arreola Pineda, Dra. Ana María Chávez Hernández, Lic. Riguel Carolina Díaz Sandoval, Lic. Marisa Fernández de García, Lic. Rebeca Fernández Villaescusa, Lic. Ana Cristina Figueroa Rodríguez, Lic. Silvia Edith Gómez López, Ing. Edith Gómez López, Lic. Karina Gutiérrez Garza, Ing. Elia Cuevas Nívar, Lic. Osiris Alejandra García Rocha, Psic. Ubeldi Méndez Gómez, Psic. Blanca Edith Pintor Sánchez, Médico Especialista Gisell María Ostiguín González, Lic. Issa Ramírez González, Lic. Ana Laura Revilla Reyes, Médico Especialista Laura Elena Rivera Moreno, Mtra. Brenda Rodríguez Aguilar, Médico Especialista Salvador Ruíz Pérez, Lic. Fabiolina Silva Tello, Mtra. Leticia Villarreal Caballero, Lic. Jessica Zaragoza Cortés.

REFERENCIAS

1. Hoek H. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 389-94.
2. Hudson J, Hiripi E, Pope H, Kessler R. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 348-58.
3. Keski-Rahkonen A, Hoek H, Susser E, Linna M, Sihvola E, Raevuori A, Bulik C, Kaprio J, Rissanen A. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1259-65.
4. 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: 1-16.

5. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4a. Ed. Texto revisado. Washington DC: Masson; 2000.
6. Unikel C, Bojórquez I, Villatoro J, Fleiz C, Medina-Mora M. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev Invest Clin* 2006; 58(1): 15-27.
7. Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: Binge eating and the night eating. *Int J Obes* 2003; 27(1): 1-12.
8. García-Camba E. En: García-Camba de la Muela E (ed.). Trastorno por atracón. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Madrid: Masson; 2002, p.141-55.
9. Aguilera-Barreiro MA, Millán-Suazo F. Mapa nutricional y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Querétaro, Qro., México. *Revista Salud Pública y Nutrición* 2006; 7(1). Recuperado <http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/articulos/articuloadolescentes.htm>.
10. Austin JL, Smith JE. Thin ideal internalization in Mexican girls: A test of the sociocultural model of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 448-57.
11. Chávez AM, Macías LF, Gutiérrez R, Martínez C, Ojeda D. Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses. *Acta Universitaria* 2004; 14:17-24.
12. 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.
13. Nuño B, Celis A, Unikel C. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según género. *Rev Invest Clin* 2009; 61: 286-93.
14. Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora M, Fleiz C, Alcántar E, Hernández S. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Rev Inv Clin* 2000; 52: 140-7.
15. Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública Mex* 2004; 46: 509-15.
16. Saucedo-Molina TJ, Unikel SC. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez, e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental* 2010; 33: 11-19.
17. Altamirano MB. Conductas alimentarias de riesgo y su asociación con autoestima, insatisfacción corporal y estado nutricional en mujeres adolescentes de preparatoria del Estado de México. Tesis para obtener el grado de maestra en psicología de la salud. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México: 2009.
18. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de la Investigación para la Salud. Título Segundo. Capítulo I. Artículos 17 y 23. México: 1998.
19. Aguilar Y, Rodríguez AR. Relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes del nivel medio superior. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 1997.
20. Rivera L. Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes alimentarios en mujeres de 16 a 19 años. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México; 1997.
21. Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: A review of Eating Disorders and socioeconomic status. *Int J Eat Disord* 1996; 20: 1-12.

22. Marlowe K. A preliminary study of EAT and BITE scores for one school year in Bermuda: Increased early anorexic measures related to socio-economic factors. *Int J Soc Psychiatry*. 2005; 51 (1): 5-12.
23. Rodríguez A, Novalbos JP, Martínez JM, Escobar J, Castro AL. Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorders of eating behavior. *Eur J Clin Nutr* 2001; 58: 846-52.
24. Barriguete JA, Unikel C, Aguilar-Salinas C, Córdoba-Villalobos JA, Shamah T, Rivera-Dommarco 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 Pública Méx* 2009; 51 (Suppl. 4): S638-S644.
25. 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.
26. Pérez-Gil SE, Vega-García LA, Romero-Juárez G. Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo? *Salud Pública Méx* 2007; 49: 52-62.
27. Tinat K. ¿Existen la "anorexia" y la "bulimia" en el medio rural? Nuevas representaciones y prácticas alimentarias entre los jóvenes de Patamban, Michoacán. *Revista de Estudios Sociológicos de El Colegio de México, XXVI* 2008; 78:647-67.
28. Araujo M. Re-definiendo el espacio urbano y rural en México: ¿es posible una mejor caracterización de la diversidad municipal? México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2005.
29. Toro J. Medios de Comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En: Mancilla-Díaz JM, Gómez Pérezmitré G (eds.). *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. México: Manual Moderno; 2006, p. 203-27.
30. Saucedo-Molina TJ, Gómez Pérezmitré. Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2004; 31(2): 69-74.
31. Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51(4): 518-25.
32. Stice E. A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology mediating effects of dieting and negative affect. *J Abnormal Psychol* 2001; 1: 124-35.
33. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
34. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de Desarrollo humano Municipal en México 2000-2005. Recuperado [http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2008/IDH/IDH_Municipal_en_Mexico_2000-2005\[1\].pdf](http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2008/IDH/IDH_Municipal_en_Mexico_2000-2005[1].pdf). 2008.
35. Unikel C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas Alimentarias de Riesgo y Distribución del Índice de Masa Corporal en Estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002; 25(2): 49-57.
36. The McNight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McNight longitudinal risk factor study. *Am J Psychiatry* 2003; 160(2): 248-54.
37. Stice E, Whitenton K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Dev Psychol* 2002; 38: 669-78.

Reimpresos:

Dra. Claudia Unikel-Santoncini

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

Recibido el 10 de noviembre de 2009.

Aceptado el 19 de abril de 2010.