

Original

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México

Claudia Cecilia Radilla Vázquez¹, Salvador Vega y León², Rey Gutiérrez Tolentino², Simón Barquera Cervera³, Jorge Armando Barriguete Meléndez⁴, Samuel Coronel Núñez²

¹Estudiante del Doctorado en Ciencias Biológicas y de la Salud. Profesora Investigadora del Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. ²Profesores Investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Departamento de Producción Agrícola y Animal. ³Profesor Investigador del Instituto Nacional de Salud Pública. ⁴Consultor de Obesidad y TCA del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Instituto Nacional de Perinatología e Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Resumen

Fundamento: La adolescencia es una etapa vulnerable para padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA), debido a que los adolescentes muestran insatisfacción corporal y la delgadez se ha convertido en un ideal a seguir. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) y su posible asociación con ansiedad y estado de nutrición en adolescentes.

Métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de una encuesta de hábitos y estilos de vida saludables aplicada a adolescentes de primer año de secundaria, de secundarias técnicas de la Ciudad de México, D.F., en 2013. Se calculó la incidencia de CAR y se determinó la relación con ansiedad y estado nutricional.

Resultados: Se encontró que los adolescentes que presentan ansiedad tienen mayor riesgo de presentar CAR a TCA ($X = 0,31$), en comparación con los adolescentes que no presentaron ansiedad ($X = 0,10$). Igualmente se determinó que el 26% de los adolescentes con obesidad presentaron mayor riesgo de presentar CAR a TCA, con diferencia altamente significativa ($p < 0,01$) con respecto a los estudiantes de peso normal.

Conclusiones: Factores como ansiedad y obesidad determinan mayor riesgo de presentar conductas de riesgo a la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia, no obstante hay pocos estudios acerca de la interacción de los mismos, lo que sugiere realizar y evaluar intervenciones dirigidas a las necesidades específicas de los adolescentes.

Palabras clave: Ansiedad. Adolescentes. Conductas alimentarias de riesgo. Estado de nutrición. Trastornos de la conducta alimentaria.

PREVALENCE OF DISORDERED EATING AND ITS ASSOCIATION WITH ANXIETY AND NUTRITIONAL STATUS OF ADOLESCENTS IN SECONDARY TECHNICAL SCHOOLS IN MEXICO CITY

Abstract

Background: The adolescence is a vulnerable stage for developing disordered eating behavior (TCA), because they show body dissatisfaction, and thinness has become an ideal to be achieved. The aim of this study was to estimate the prevalence of dietary behaviours at risk and the potential association with anxiety and nutritional status in adolescents.

Methods: Cross-sectional study based on a survey of habits and healthy lifestyles applied to adolescents of first grade of technical high schools in Mexico City in 2013. CAR incidence was calculated and the relationship with anxiety and nutritional status was determined.

Results: We found that adolescents with anxiety are at higher risk of presenting (CAR) TCA ($X = 0.31$) compared with teens who did not have anxiety ($X = 0.10$). It was also determined that 26% of obese adolescents had higher risk of presenting CAR to TCA, with highly significant difference ($p < 0.01$) compared to normal weight students.

Conclusions: Factors such as anxiety and obesity increase the risk of developing disordered eating behavior in adolescence. However, there are few studies about the interaction between them, which suggest implementing and evaluating future interventions directed to the specific needs of adolescents.

Key words: Anxiety. Adolescents. Disordered eating. Nutritional status. Eating behavior disorders.

Correspondencia: Salvador Vega y León.
Profesor Investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco. Departamento de Producción Agrícola y Animal.
México.
E-mail: svega@correo.xoc.uam.mx

Fecha Recibido: 22-I-2015.
Fecha Aceptado: 30-III-2015.



Introducción

Los hábitos y modelos alimentarios actuales, han impactado en el vínculo cuerpo-alimentación y los valores estéticos corporales¹. Actualmente, los adolescentes presentan obsesión por un peso bajo y la tendencia a querer alcanzar una figura delgada idealizada, lo que se traduce cada vez más en conductas de riesgo que pueden favorecer el surgimiento de trastornos alimentarios². Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento con rasgos psicopatológicos y una exagerada preocupación por el peso y la figura corporal³⁻⁵.

La conducta alimentaria, es el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas éstas vinculadas a la ingestión de alimentos. Dicha conducta se ve influida por factores de diversa naturaleza, mismos que rebasan por mucho el valor nutricional del alimento y de las necesidades dietéticas del individuo⁶. El culto que rinde al cuerpo la sociedad es cada vez más importante y los mensajes socioculturales de una industria que sobrevalora la delgadez impactan en el comportamiento y pensamiento de adolescentes, induciendo conductas de riesgo para su bienestar físico y psicológico⁷. Una alteración de la imagen corporal o insatisfacción corporal, se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes a las distorsiones en la percepción del tamaño corporal, como un criterio diagnóstico de TCA en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés) y en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) y ha provocado que se estudie como una variable asociada a los trastornos de la conducta alimentaria^{8,9}.

En México se estima que casi el 1% de púberes y adolescentes manifiestan un elevado riesgo de desarrollar un trastorno alimentario¹⁰.

Por otra parte los factores de riesgo, son aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, incrementan la probabilidad de enfermar y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma².

Estudios previos han informado que los grupos más vulnerables a los factores de riesgo asociados con TCA son los adolescentes² debido a su preocupación por su imagen corporal y la apariencia física¹¹, suelen sentirse insatisfechos con su cuerpo, desean perder peso, se someten a dietas restrictivas¹², tienen temor de perder el control sobre la alimentación¹³ y son más frecuentes en mujeres jóvenes¹⁴. Los hombres, refieren también cada vez más insatisfacción corporal, en una serie de encuestas aplicadas a finales del siglo XX entre los lectores de la revista *Psychology Today*, se observó, que la insatisfacción corporal en los hombres aumentó de 15 a 43% en menos de una década¹⁵.

Se han desarrollado diversos instrumentos para detectar factores de riesgo y síntomas de TCA. Entre ellos se encuentra el Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR).

Entre los factores de mayor impacto informados en la aplicación del CAR se encuentran la autoestima baja y la insatisfacción corporal¹⁶.

Otro de los factores de riesgo importantes, es "la preocupación por el peso y la comida", que hace referencia a los sentimientos de culpa que surgen debido a la forma de comer¹⁷.

Previamente a los TCA, se presentan problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social¹⁷. En otro estudio se señala que entre los precursores que influyen se encuentran la autoestima y el afecto negativo (ansiedad y depresión)¹⁸.

Entre las alteraciones que pueden causar las CAR, se encuentran la desnutrición, deficiencia en la dieta de micronutrientes como calcio, hierro y potasio, además alteraciones fisiológicas como osteoporosis, anemia e hipocalcemia⁶.

Por otra parte la ansiedad y la patología alimentaria están estrechamente entrelazados¹⁹, puede ser tal la susceptibilidad de la persona con TCA, que el mismo estrés cotidiano desencadene las conductas propias del trastorno²⁰.

Otra forma en que la ansiedad se relaciona con los TCA, es que pone en relieve la intolerancia a los cambios del estado de ánimo, lo que puede evitar el control de las emociones e involucramiento en conductas disfuncionales, como comer compulsivamente, utilizar purgas, y realizar ejercicio excesivo, como intentos de modular el afecto negativo¹⁹.

Es importante detectar a los adolescentes que se preocupan por su ingestión alimentaria e imagen corporal; cuyo estado de ánimo es influido por la preocupación del peso, la comida, la figura corporal, el autoestima baja y que ante situaciones de ansiedad no expresan sus emociones y tienden a actuar de forma impulsiva^{21,22} con la finalidad de evitar que presenten conductas alimentarias de riesgo como: dieta incorrecta y permanente, restricción de ciertos alimentos, preocupación por el peso, que pueden poner en riesgo su vida. Por lo que el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su posible asociación con ansiedad y estado de nutrición en adolescentes.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal, con aplicación de una encuesta de hábitos y estilos de vida saludables aplicada a adolescentes de primer año de secundaria de 16 escuelas técnicas ubicadas en el Distrito Federal, México, que asistieron en turno matutino (7:00–14:00 horas) y vespertino (14:00–21:00 horas) durante el año 2013.

Inicialmente se solicitó la autorización de la Dirección General de Escuelas Secundarias Técnicas del Distrito Federal, que a su vez pidió la cooperación para dicho



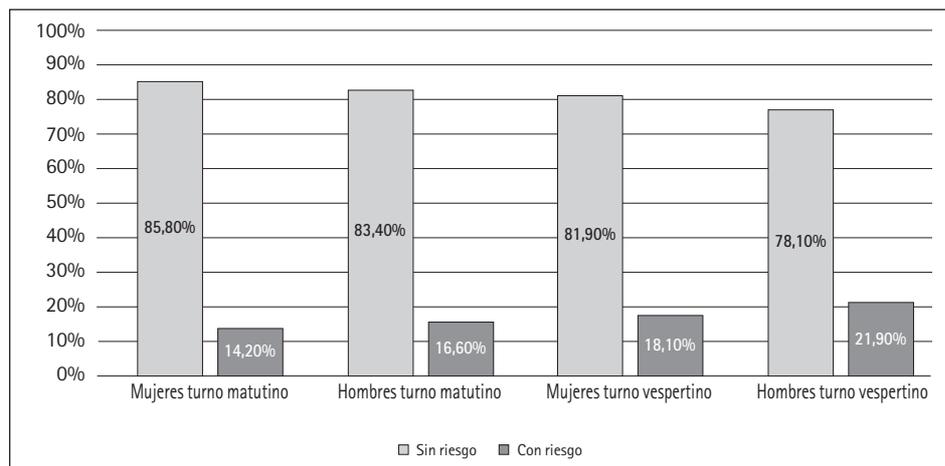


Fig. 1.—Riesgo de presentar trastorno de la conducta alimentaria por género y turno en adolescentes que cursan primer año en Secundarias Técnicas del Distrito Federal, México, 2013.

estudio a los Directores de los 16 planteles, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación. Posteriormente a los padres de los estudiantes se les solicitaron que firmaran las cartas de consentimiento informado y una vez obtenidas se procedió a la aplicación de los cuestionarios.

Se trabajó con una muestra no probabilística a conveniencia, que quedó conformada por 2368 adolescentes, divididos en cuatro grupos: mujeres turno matutino $n = 742$; hombres turno matutino $n = 705$; mujeres turno vespertino $n = 436$ y hombres turno vespertino $n = 485$. La edad tuvo una media de 12,06 años y una desviación estándar de 0,548.

Para la recopilación de los datos, se aplicó a la muestra de estudio el cuestionario denominado CAR²³, que es un autoinforme de fácil aplicación probado en adolescentes y aplicado en las encuestas nacionales ENSANUT 2006 y 2012. El CAR permite identificar el riesgo de presentar alteraciones en las conductas alimentarias, fue elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV y constituido de preguntas con respuestas tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (nunca = 0, algunas veces = 1, frecuentemente (dos veces por semana) = 2, muy frecuentemente (más de 2 veces por semana) = 3), acerca de las principales conductas para bajar de peso en los tres meses previos como son: la preocupación por engordar, la práctica de atracones, la sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, actividad física y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos).

Asimismo se aplicó a los participantes el Cuestionario HAD²⁴ ansiedad de Hamilton. La Escala HAD ansiedad, es un autoinforme para adolescentes que permite identificar la presencia de ansiedad en esta etapa de la vida, el mismo consta de siete reactivos de opción múltiple. Los reactivos están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton. La puntuación de la escala se obtiene sumando los respectivos reactivos. Cuando su punto de corte es de 0 a 7 se califica como normal, de 8 a 10 probable ansiedad y mayor o igual a 11 se determina ansiedad.

Se analizaron todos los datos obtenidos con el programa estadístico SPSS para Windows versión 23.0. Los análisis que se realizaron fueron, estadísticas descriptivas (frecuencias, medias, desviaciones estándar) e inferenciales (prueba t-student para comparación de medias y análisis de correlación).

Resultados

La media del riesgo de TCA en la muestra fue de 17% mientras que la desviación estándar fue 0,377. En la figura 1 puede observarse que el grupo de mujeres del turno matutino fue el que presentó menor riesgo de TCA. Por otra parte los hombres del turno vespertino presentaron mayor riesgo de TCA. Se puede observar que los grupos de hombres presentaron más riesgo de padecer TCA que los grupos de mujeres.

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) por género y por turno. Los hombres mostraron mayor riesgo de presentar TCA (19,25%) que las mujeres (16,1%). Al realizarse la comparación por turnos, en el vespertino se observó mayor riesgo de TCA (20,0%) que en el matutino (15,4%)

Respecto al diagnóstico de ansiedad la media total de la muestra fue 58% y la desviación estándar global fue 0,829. En la figura 2 se nota que en los grupos de hombres de los turnos matutino y vespertino, los porcentajes indican ausencia de ansiedad con valores muy similares 66,5% y 66,2% respectivamente. Por otra parte el grupo de mujeres del turno vespertino presentó mayor ansiedad (29,6%) que los otros tres grupos en estadio.

Se encontraron diferencias significativas ($p \geq 0,05$) en ansiedad por género y turno. Las mujeres presentaron mayor ansiedad (25,5%) en comparación a los hombres (20,0%) y en el turno vespertino se presentó mayor ansiedad (25,3%) que en el matutino (20,2%).

En la figura 3 se observa la relación de riesgo de los TCA con relación al estado nutricional de los adolescentes, llama la atención que en el caso de obesidad se detecta mayor riesgo de presentar TCA (26,0%), seguido de

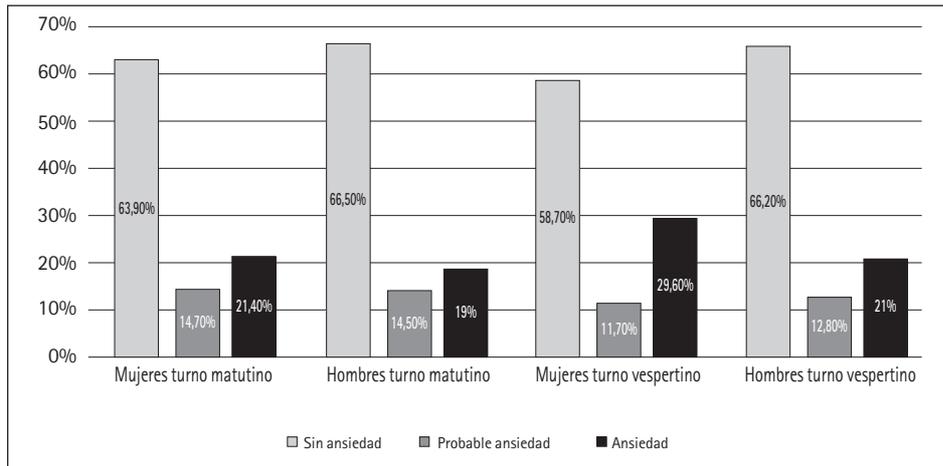


Fig. 2.—Diagnóstico de ansiedad por género y turno en adolescentes que cursan primer año en Secundarias Técnicas del Distrito Federal, México, 2013.

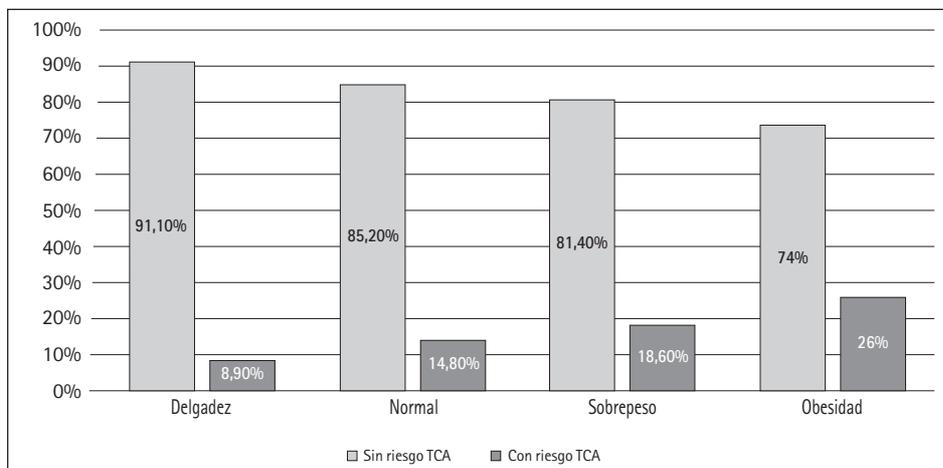


Fig. 3.—Diagnóstico de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria con relación al estado nutricional en adolescentes que cursan primer año en Secundarias Técnicas del Distrito Federal, México, 2013.

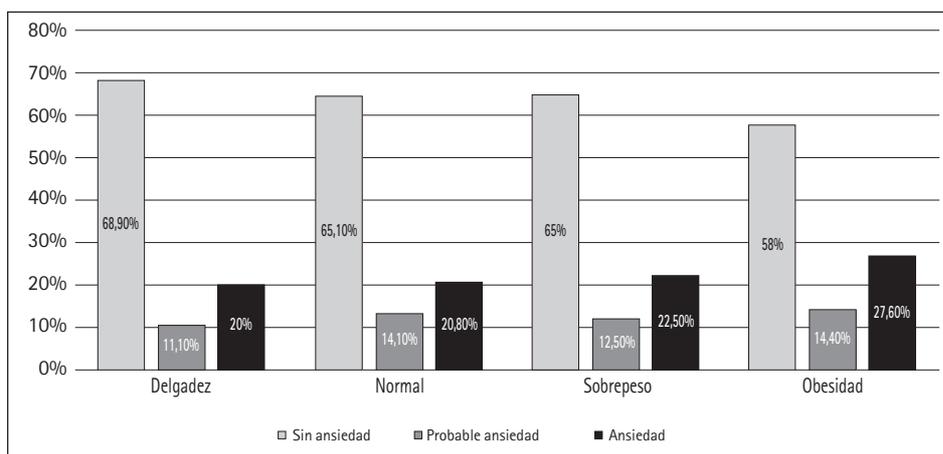


Fig. 4.—Diagnóstico de ansiedad con relación al estado de nutrición en adolescentes que cursan primer año en Secundarias Técnicas del Distrito Federal, México, 2013.

sobrepeso (18,6%) existiendo diferencia altamente significativa ($p < 0,01$).

En la figura 4 se aprecian que los estadios de obesidad y peso normal presentaron más probable ansiedad que en la categoría de delgadez; por otra parte se encontró que en obesidad es más frecuente la ansiedad que en el

sobrepeso, sin embargo no se encontró diferencia estadística significativa ($p \geq 0,05$).

Después de aplicar la prueba t para los TCA y diagnóstico de la ansiedad, se encontró que los adolescentes que presentan ansiedad tienen mayor riesgo de presentar TCA ($X = 0,31$) en comparación con los adolescentes que



Tabla I
Prueba t-Student. Turno en riesgo de TCA

	Media	p	t
Matutino	0,15	0,003	-2,988
Vespertino	0,20		

Tabla II
Prueba t-Student. Diagnóstico de ansiedad con turno y sexo

	Media	p	t
Matutino	0,55	0,035	-2,107
Vespertino	0,62		
Hombres	0,62	0,008	2,656
Mujeres	0,53		

no presentan ansiedad ($X = 0,10$). Existiendo una diferencia altamente significativa ($p < 0,01$), que implica que a mayor riesgo de TCA mayor ansiedad y viceversa.

Al aplicar la prueba t se observó que los adolescentes que acuden a la secundaria por la tarde presentaron mayor probabilidad de TCA ($X = 0,20$) en comparación con aquellos que asisten por la mañana ($X = 0,15$). Existiendo una diferencia altamente significativa ($p < 0,01$) (tabla I).

En la tabla II se encontró también diferencia estadística significativa entre los turnos ($p < 0,05$), y que los adolescentes del turno vespertino presentaron más ansiedad ($X = 0,62$) con respecto a los del turno matutino ($X = 0,55$). En el rubro correspondiente al género, las mujeres mostraron más ansiedad ($X = 0,62$) que los hombres ($X = 0,53$). Existiendo diferencia altamente significativa ($p < 0,01$).

Discusión

Se encontraron en esta investigación varios índices que indican presencia de riesgo en TCA así como de ansiedad entre la muestra estudiada. Esto concuerda con estudios previos que se han llevado a cabo con muestras similares²⁵.

En relación al riesgo de TCA cabe señalar que se encontró que los hombres tienen mayor puntuación en esta variable. Esto se corrobora en los resultados, donde los hombres tuvieron una media de 0,17 en el turno matutino y de 0,22 en el turno vespertino.

Los hombres presentan mayor riesgo de TCA en esta investigación, lo cual ratifica estudios previos realizados en el Distrito Federal, México en el periodo 1997-2003 donde se encontró un incremento general en la proporción de estudiantes que reportaron tres o más conductas alimentarias de riesgo con un incremento importante en hombres de 12-13 años²⁶, los hombres con obesidad presentaron los mayores porcentajes de CAR (15%); que fue el más alto en toda la muestra, indicando que las CAR no son exclusivas del sexo femenino²⁷.

De igual manera Graham (2013) y Lopez (2011) reportan que la prevalencia de CAR está en aumento en varones, debido a que la mayoría de los hombres no están satisfechos con su cuerpo en una de dos maneras: o bien quieren ser más delgados o quieren tener mayor masa muscular; desarrollando problemas de la imagen corporal, el 25% de los hombres había tratado de bajar de peso en la última semana y aproximadamente el 1,5% había informado practicar el vómito auto inducido como medio de control de peso, igualmente reportó que 9% de los varones presentaba CAR y el 22% eran comedores compulsivos^{28,29}.

Otro estudio reveló que aproximadamente el 50% de los hombres presenta insatisfacción corporal y preocupación por su forma de comer, mientras que el 20% presenta CAR. Esto indica una abrumadora presencia de trastornos de comportamientos alimentarios entre los varones³⁰.

Se ha observado un incremento sostenido en el número de hombres que padecen TCA, estimándose actualmente que el sexo masculino representa 1 a 5% de los casos de anorexia nerviosa (AN) y 5 a 15% de los casos de bulimia nerviosa. A diferencia de las mujeres, en los hombres la preocupación está más centrada en ganar masa muscular que en perder masa grasa. El sobrepeso ha sido relacionado con 37% de los casos de TCA, especialmente de bulimia nerviosa, lo que se traduce en que hasta 25% de los adolescentes hombres inicien dietas hipocalóricas³¹. Entre los varones, hay más casos de sintomatología restrictiva, alto consumo de laxantes y niveles más bajos de obsesión por la delgadez, estando caracterizados la mayoría de los casos por un deseo de mayor masa muscular³².

Existe una mayor prevalencia en insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez en mujeres (29,2% y 20,8%, respectivamente) que en hombres (26,7% y 13,3%, respectivamente) y mayor prevalencia de bulimia en hombres que en mujeres (26,7% y 12,5%, respectivamente), sin embargo, no encontraron diferencias estadísticas significativas entre sexo³³.

En este estudio se muestra mayor riesgo de TCA y ansiedad en adolescentes con sobrepeso (18,6% en TCA y 22,5% en ansiedad) y obesidad (26,0% en TCA y 27,6%, en ansiedad), resultado similar al informado en otro estudio donde hace mención que el sobrepeso ha sido relacionado con 37% de los casos de TCA, especialmente de bulimia nerviosa, lo que se traduce en que hasta 25% de los adolescentes hombres inicien dietas hipocalóricas³⁴. También se ha reportado una prevalencia del exceso de peso (sobrepeso + obesidad), de 45,3% en los varones y de 36,1% en las mujeres y el 40% de los varones quería adelgazar, lo que coincidió con la cifra de prevalencia de exceso de peso³⁵.

Otro estudio demostró que los hombres obesos y los que presentan sobrepeso son los más insatisfechos con su imagen corporal y los que presentan mayor ansiedad por adelgazar. Por el contrario, se evidencia menor insatisfacción en los hombres que están en el límite inferior y superior del normopeso; estos junto a los normopeso son





los que presentan menor ansiedad u obsesión por adelgazar⁷.

Respecto al alto porcentaje de riesgo de TCA en hombres encontrados en este estudio, con relación al encontrado en la literatura, puede explicarse considerando que la edad de la muestra estudiada (12 a 13 años) es más susceptible a este tipo de patología, ya que la preocupación por el control del peso y la imagen corporal lleva a los preadolescentes a desarrollar mayores CAR, afectando su calidad de vida³⁶.

Respecto a la ansiedad, las mujeres del turno vespertino presentaron mayores índices con un 29,6% en el rubro de ansiedad, estos resultados fueron significativos al aplicar la prueba t por turnos; este grupo presentó una media de 0,894 en ansiedad y se afirma que es algo relevante, sin embargo en un estudio previo se alude que los hombres con trastorno de atracones han mostrado mayores ocurrencias de los síntomas del trastorno de ansiedad que en las mujeres³⁷. También se ha demostrado que la ansiedad en los hombres es uno de los predictores más consistentes de los trastornos de la alimentación³⁸.

En un estudio realizado en el 2009 con estudiantes universitarios españoles se encontró relación significativa entre la dimensión perfeccionismo socialmente prescrito (creencia de que otros te aceptan si eres perfecto) y niveles altos de ansiedad ($r = 0,35$; $p < 0,05$), lo que sugiere por la correlación positiva entre ansiedad y TCA encontrada en esta investigación, que la ansiedad ante situaciones sociales donde la persona percibe que su cuerpo puede ser evaluado, así como la fobia social, son factores de riesgo para el desarrollo de los TCA²⁵.

Conclusión

Existen pocos estudios en hombres y en los últimos años se ha notado que ha aumentado la prevalencia de hombres con TCA, por lo que realizar más estudios, podría ayudar a detectarlos tempranamente para poder hacer intervenciones que reviertan este problema que afecta cada vez más a los preadolescentes.

Asimismo se determinó que las conductas alimentarias de riesgo están asociadas con la ansiedad y el estado de nutrición de los adolescentes y que los que presentan ansiedad tienen mayor presencia de riesgo de TCA e igualmente entre mayor es el IMC existe mayor ansiedad y riesgo de TCA.

Se recomienda ampliar el estudio para identificar los factores que predisponen la ansiedad y su relación con la presencia de conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes en especial del sexo masculino de secundarias técnicas en México Distrito Federal.

Agradecimientos

El presente artículo forma parte de los productos del proyecto de tesis del Doctorado en Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X.

Conflicto de intereses

Los autores expresan que no hay conflictos de intereses al redactar el manuscrito.

Referencias

1. Figueroa-Rodríguez A, García-Rocha O, Revilla-Reyes A, Villarreal-Caballero L; Unikel-Santocin C. Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48: 31-8.
2. Saucedo T, Unikel C. Validity of a multidimensional questionnaire to measure risk factors associated to eating disorders in Mexican pubescents. *Rev Chil Nutr* 2012; 37: 60-9.
3. Monterrosa A, Boneu D, Muñoz J, Almanza-Obredor PE. Trastornos del comportamiento alimentario: Escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Rev Cienc Biomed* 2012; 3: 99-111.
4. Elizathe L, Murawski B, Guido A, Rutzstein G. Propiedades Psicométricas del Children's Eating Attitudes Test (ChEAT): una escala de identificación de riesgo de trastornos alimentarios en niños. *Evaluar* 2012; 11: 18-39.
5. Portela M, Costa H, Mora M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp* 2012; 27: 391-401.
6. Lora C, Saucedo T. Conductas Alimentarias de Riesgo e Imagen Corporal de acuerdo al Índice de Masa Corporal de una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2006; 29: 60-7.
7. Míguez M, De la Montaña J, González J, González Rodríguez M. Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutr Hosp* 2011; 26: 472-9.
8. Moreno M, Ortiz G. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia psicológica* 2009; 27: 181-9.
9. Behar A, Vargas F, Cabrera V. Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2011; 49: 26-36.
10. Hernández A, Gómez G, Cuevas C. Relación entre dieta-atracción y práctica de actividad física. *Psicología y Salud* 2012; 22: 99-106.
11. Vaquero R, Alacid F, Muyor J, López-Miñarro PA. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp* 2013; 28: 27-35.
12. Piñeiros S, Molano J, López C. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Rev Colomb Psiquiat* 2010; 39: 313-28.
13. Barrios F. Adolescere. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia* 2013; 1: 102-10.
14. Bojorquez I, Saucedo T, Juárez F, Unikel-Santoncini C. Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro* 2013; 29: 29-39.
15. Ibáñez J, Baile J. Diseño y construcción de la Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Varones: estudio piloto con adolescentes. *Psicología y Salud* 2014; 24: 131-8.
16. Altamirano M, Vizmanos B, Unikel C. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 30: 401-7.
17. León R, Gómez G, Platas S. Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental* 2008; 31: 447-52.
18. Nuño B, Celis A, Unikel C. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Rev Invest Clin* 2009; 61: 286-93.
19. Fitzsimmons E, Bardone Cone A. Coping and Social Support as Potential Moderators of the Relation Between Anxiety and Eating Disorder Symptomatology. *Eat Behav* 2011; 12: 21-8.
20. Ruiz A, Vázquez R, Mancilla J, Viladrich i Segués C, Halley Castillo ME. Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/ Mexican Journal of Eating Disorders* 2013; 4: 45-57.





21. Pascual A, Etxebarria I, Cruz M, Echeburua E. Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Int J Clin Health Psychol* 2011; 11: 229-47.
22. Camarillo Ochoa N, Cabada Ramos E, Gómez Méndez A, Munguía Alamilla E. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev Esp Méd Quir* 2013; 18: 51-5.
23. Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México* 2004; 46: 509-15.
24. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, Peri J. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatría Facultad de Med Barna* 1986; 13: 233-8.
25. Rodríguez M, Rojo L, Ortega E, Sepúlveda A. Adaptación de la escala multidimensional del perfeccionismo a estudiantes universitarios españoles. *Ansiedad y Estrés* 2009; 15: 13-27.
26. Unikel C, Bojórquez I, Villatoro J, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora Icaza ME. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1977-2003. *Rev Invest Clín* 2006; 58: 15-27.
27. Saucedo T, Unikel C. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalgüenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental* 2010; 33: 11-9.
28. Graham-Hinners M. K. Degrees of Disordered Eating and Perfectionism in College Students: A Comparison of Sex and Athletic Status. ProQuest LLC. 2013.
29. Lopez A. Sociocultural Factors and Acculturation Related to Disordered Eating and Body Image Dissatisfaction Among Latino Youth. ProQuest LLC. 2011.
30. Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P., Suris, J. Disordered eating behaviors: What about boys? *J Adolesc Health* 2009; 44: 111-7.
31. Salas, F., Hodgson, M. I., Figueroa, D., Urrejola, P. 2011. Características clínicas de adolescentes de sexo masculino con trastornos de la conducta alimentaria: Estudio de casos clínicos. *Rev Med Chile* 2011; 139: 182-8.
32. Alba JG, Canales IS, Casas EE, Asencio EN. Body image and risk of eating disorders among undergraduate spanish students: gender differences. *Revista de Orientación Educativa* 2012; 50: 31-46.
33. Aliaga L, De La Cruz T, Vega J. Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del Distrito de Independencia, Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* 2010; 73: 52-61.
34. Salas F, Hodgson M, Figueroa D, Urrejola P. Características clínicas de adolescentes de sexo masculino con trastornos de la conducta alimentaria. Estudio de casos clínicos. *Rev Med Chile* 2012; 139: 182-8.
35. Redondo C, Carrasco M, Rivero L, Salcines Medrano R, Sobaler Castañeda S, Noriega Borge MJ et al. Autoimagen en las dos primeras fases de la adolescencia y factores relacionados. *Bol Pediatr* 2014; 54: 5-13.
36. Urzúa A, Avendaño F, Díaz S, Checure D. Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Rev Chil Nutr* 2010; 37: 282-92.
37. Feltman K, Ferraro F. Preliminary Data on Risk Factors and Disordered Eating in Male College Students. *Curr Psychol* 2011; 30: 194-202.
38. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Teplinsky C, DeAntonio M. Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa? *Int J Eating Disord* 2006; 39: 570-5.

