

**DETECCION DE FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN EL  
ESTADO DE NAYARIT, MEXICO.**

Negrete Castellano María América <sup>1</sup>  
Olvera Morales Marco Alanez <sup>2</sup>  
Ibarra Franquez Sonia Nohelia <sup>3</sup>

1 Universidad Autónoma de Nayarit/Cuerpo Académico Estado y Sociedad, Tepic, Nayarit,  
México. america\_nc@hotmail.com

2 Universidad Autónoma de Nayarit. Tepic, Nayarit, México. Alanez12@gmail.com

3 Universidad de Baja California. Tepic, Nayarit, México. sonia.nohelia@gmail.com

**Resumen:** En la actualidad se presenta un fenómeno en relación a las enfermedades no transmisibles como es el caso de los Trastornos de Conducta alimentaria que cada vez resultan más presentes, considerándose un desafío en los sistemas de salud por las repercusiones físicas, psicológicas, sociales y económicas que conlleva. Para acceder a programas preventivos es necesario contar con datos que nos indiquen los factores de riesgo que se involucren en la enfermedad. Se llevó a cabo un estudio para conocer los factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria, en una muestra de 2449 adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 11 y 20 años en el estado de Nayarit, México. El objetivo de la investigación fue detectar los factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del estado. Nuestros resultados nos indican antecedentes de obesidad y Anorexia, distorsión de la percepción del peso, emociones de tristeza y enojo, influencia del modelo estético corporal, preocupación por la comida el peso y la figura y conductas de control de peso como la restricción dietética, vomito autoinducido, uso de laxantes y ejercicio físico excesivo, las chicas presentan puntuaciones más altas y en cuanto al área de residencia, se observa mayor porcentaje en la zona urbana que en la rural. Podemos concluir que de acuerdo a nuestros resultados que los factores de riesgo se encuentran presentes en nuestros adolescentes y que es necesario abordarlos con carácter preventivo para intentar proporcionar estrategias de afrontamiento en nuestros adolescentes.

**Palabras clave:** Factores de riesgo, adolescentes, trastornos de conducta alimentaria.

## I. INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios destacan como factores de riesgo para los TCA la preocupación por el peso y la figura, el género femenino, el neuroticismo, la morbilidad psiquiátrica y el afecto negativo, que se caracteriza por sensaciones de estados emocionales aversivos como nerviosismo, miedo, disgusto o ira que conllevan malestar emocional (1). Los factores de riesgo de un trastorno se determinan después de estudios preliminares que encuentran asociaciones entre el trastorno y variables particulares (2.). Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Connor (2000) proponen como factores que influyen en la aparición de AN y BN el ámbito de la vulnerabilidad personal, ambiental y la dieta.

Se han publicado algunos modelos explicativos sobre los diferentes factores de riesgo para los TCA. Stice, Schupak, Shaw y Stein (1994) mencionan que la insatisfacción corporal de la mujer se basa en la interiorización previa del ideal delgado, los medios de comunicación influyen en la determinación del rol actual, que se asocia más específicamente en la apariencia física. Es importante no olvidar que los padres y los pares potencian el anhelo de poseer un cuerpo delgado. Los mensajes de las personas cercanas incrementan la importancia de los mensajes que envían los medios de comunicación (5).

Raich (1) propone un modelo a partir de diversos estudios y de la revisión de diferentes modelos explicativos de los TCA. Este modelo proviene del conjunto de factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales que pueden favorecer la aparición y el mantenimiento de los TCA. Las presiones socioculturales hacia la esbeltez, junto con la estigmatización de la obesidad, juegan un papel fundamental en el desarrollo de los TCA. La herencia genética, el contexto educativo y un ámbito familiar que valore el modelo de belleza de la esbeltez, la dificultad o la falta de habilidades de afrontamiento, de contacto y de relaciones sociales y una autoestima baja que demande necesidad de valoración y aprobación y la introyección del mito de la Super woman (altos niveles de perfeccionismo y necesidad de aprobación social), aunado con acontecimientos estresantes, podrían llevar a la persona a presentar respuestas inadecuadas, pudiendo asumir la forma de un TCA.

Los comportamientos de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia (tanto temprana como tardía) son difíciles de explicar, si se considera que no obedecen a un fenómeno unidimensional (6). Los adolescentes son el segmento de la población más vulnerable debido a que aún no han desarrollado los criterios y valores suficientes que les permitan hacer frente a la presión de los modelos estéticos vigentes, asociados a un cuerpo cada vez más delgado (7,8). Diversos informes en adolescentes norteamericanos indican que el 65,2% de las chicas y el 37,2% de los chicos estaban intentando perder peso (9), mientras que el 57% de ellas y el 25,3% de ellos realizaban dietas para conseguirlo (10).

En México el panorama alimentario y nutricional es complejo; por un lado se presentan problemas de desnutrición y deficiencias nutricionales y por otro lado también hay obesidad y enfermedades crónicas degenerativas, como resultado en muchos casos de costumbres y hábitos ajenos a la cultura alimentaria en este país (11). En la actualidad nos enfrentamos a efectos innegables de la vida moderna y de la transculturación (12). Los medios masivos de comunicación, la publicidad de las grandes compañías de alimentos y el prototipo de belleza hacia la delgadez nos enfrentan a una paradoja. Por una parte hay problemas relacionados con la ingestión de alimentos y a la vez problemas relacionados con la restricción de alimentos, como la anorexia y la bulimia (11). Los medios masivos de comunicación “venden” un prototipo de belleza hacia una delgadez extrema que no encaja con la mayor

parte de la población y que influye principalmente en los jóvenes, quienes interiorizan que ser extremadamente delgado es sinónimo de belleza, éxito y popularidad, conduciéndolas a llevar a cabo hábitos de alimentación poco saludables (13,14).

## II. MÉTODO

### A. *Objetivo*

Detectar en adolescentes escolarizados del Estado de Nayarit, factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria en el estado de Nayarit, México.

### B. *Procedimiento*

El Estado de Nayarit México está conformado por 20 municipios los cuales a su vez se encuentran distribuidos por 6 regiones, el primer criterio fue seleccionar 2 municipios de cada región, con excepción de la costa norte para la que se seleccionaron 3 municipios por presentar características muy contrastadas, se tomaron en cuenta 27 instituciones. La muestra final consta de 2449 participantes, 1142 chicos (46,6%) y 1307 chicas (53,4%) con edades comprendidas entre los 11 y 20 años ( $M = 15,52$ ;  $DE = 1,79$ ), todos ellos estudiantes de educación secundaria y de bachillerato, con un nivel socioeconómico de un 34,2% bajo, 23,1% medio-bajo, 16,6 % medio, 16,9% medio- alto y 9,1 % alto. Un 84,8% pertenecen al ámbito urbano y un 15,2% al rural.

### C. *Instrumentos*

**Cuestionario de datos demográficos.** Se elaboró un cuestionario para obtener datos sociodemográficos como el sexo, la edad, el lugar de nacimiento y el nivel socioeconómico, basado en el nivel educativo y la ocupación de los padres

**Talla y peso.** Se tomaron las medidas de peso y altura *in situ* con una báscula Seca 761 mecánica de piso; en las zonas urbanas se utilizaron básculas digitales y estadiómetro manual, con el objetivo de calcular el IMC (índice de masa corporal) y el estado nutricional de acuerdo a criterios internacionales que consideran el sexo y la edad (15,16).

**Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)** (17), validación mexicana (18). Es un instrumento de auto-informe de 37 ítems que evalúa actitudes, sentimientos y comportamientos relacionados con la alimentación y la imagen del cuerpo en los últimos 28 días. En la versión original las puntuaciones se distribuyen en cuatro subescalas: restricción, preocupación por la comida, por el peso y por la figura. A partir de la validación mexicana (18), sólo se derivan dos subescalas: R (Restricción) y ESWC (Preocupación por la comida, por el peso y por la figura corporal).

**Eating Attitudes Test (EAT-26)** (19) validación Mexicana (20) y **Children Eating Attitudes Test (CHEAT)** (21, 22). La versión difiere según la edad: en nuestro estudio este instrumento se aplicó a los chicos que cursaban Bachillerato y el ChEAT a los de secundaria que utiliza palabras más fáciles de comprender para su edad. Es una de las medidas más utilizadas para la evaluación de las características anoréxicas: miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos.

**Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-26)** (23, 24). Este instrumento evalúa el impacto que diferentes agentes sociales pueden tener en el desarrollo de las actitudes hacia el cuerpo de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos y la influencia de factores que influyen en la transmisión del modelo estético actual.

## III. RESULTADOS

## A. En función del sexo y el área de residencia de la muestra

Las chicas presentan mayor frecuencia de antecedentes de obesidad y AN que los chicos ( $p \leq ,043$ ). Asimismo las chicas se perciben con más sobrepeso y obesidad ( $p = ,001$ ). Tanto las chicas como los chicos consideran tener una salud regular aunque en el sexo femenino es mayor. Las chicas manifiestan mayores porcentajes en las emociones de tristeza y enojo y los chicos en alegría. Al elegir entre los aspectos de “inteligencia”, “salud” y estar “delgado”, las chicas presentan mayor porcentaje en “estar delgado” y los chicos en “inteligencia”. Los chicos se sienten más satisfechos con ellos mismos que las chicas ( $p = ,028$ ) (tabla 1).

Tabla 1: Antecedentes, aspectos personales y estado nutricional en ambos sexos

		Femenino		Masculino		$\chi^2$	$p$	RR*
		$n$	%	$n$	%			
Antecedentes	Obesidad	523	40,20%	412	36,20%	4,10	<b>,043</b>	1,11
	Anorexia	49	3,75%	24	2,11%	5,72	<b>,017</b>	1,78
	Bulimia	26	1,99%	14	1,23%	2,20	,138	1,62
Salud	Buena	810	62,16%	823	72,26%	28,71	<b>&lt;,001</b>	
	Mala	24	1,84%	20	1,76%			
	Regular	469	35,99%	296	25,99%			
Emociones	Tristeza	123	9,45%	48	4,21%	30,25	<b>&lt;,001</b>	
	Alegría	1018	78,19%	966	84,74%			
	Enojo	46	3,53%	26	2,28%			
	Otras	115	8,83%	100	8,77%			
Percepción del peso	Bajo peso	98	7,53%	94	8,26%	34,14	<b>&lt;,001</b>	
	Normal	733	56,34%	757	66,52%			
	Poco sobrepeso	384	29,52%	238	20,91%			
	Mucho sobrepeso	86	6,61%	49	4,31%			
Aspectos	Inteligencia	230	17,83%	275	24,27%	20,05	<b>&lt;,001</b>	
	Salud	982	76,12%	816	72,02%			
	Estar delgado/a	78	6,05%	42	3,71%			
Satisfacción	Sí	920	70,66%	951	83,71%	57,93	<b>&lt;,001</b>	1,18
Estado nutricional	Infrapeso	91	7,14%	50	4,49%	9,13	<b>,028</b>	
	Normopeso	785	61,57%	680	61,04%			
	Sobrepeso	271	21,25%	255	22,89%			
	Obesidad	128	10,04%	129	11,58%			

Respecto al CIMEC, las chicas obtuvieron puntuaciones estadísticamente más altas tanto en la puntuación total como en todos los factores ( $p < ,001$ ) y, por tanto, más desfavorables en las medidas del modelo estético corporal. En las actitudes alimentarias alteradas (CHEAT/EAT) las mujeres presentan una mayor distorsión y en el EDE-Q muestran asimismo una preocupación mayor por la comida, el peso y la figura ( $p \leq ,001$ ) (tabla 2).

Tabla 2: Descriptivos en función de los cuestionarios CIMEC, CHEAT/EAT y EDE-Q en ambos sexos

Test	Escala	Femenino		Masculino		t	p
		M	DE	M	DE		
CIMEC	Total	14,28	12,42	8,01	8,61	14,65	<b>&lt;,001</b>
	factor 1	5,08	4,65	2,82	3,25	14,07	<b>&lt;,001</b>
	factor 2	3,07	4,11	1,57	2,81	10,63	<b>&lt;,001</b>
	factor 3	1,75	1,76	1,05	1,05	10,89	<b>&lt;,001</b>
	factor 4	2,70	2,16	1,33	1,63	17,90	<b>&lt;,001</b>
	factor 5	1,86	1,60	1,31	1,31	9,16	<b>&lt;,001</b>
CHEAT/EAT	Total	7,69	10,89	6,26	6,26	3,42	<b>,001</b>
EDE-Q	Global	0,15	0,36	0,05	0,22	8,69	<b>&lt;,001</b>
	Restricción	0,86	1,15	0,53	0,89	8,05	<b>&lt;,001</b>
	Preocupación	1,34	1,28	0,72	0,86	14,29	<b>&lt;,001</b>

La tabla 3 muestra las conductas alteradas de alimentación en ambos sexos medidas con el EDE-Q. Las chicas presentan mayor porcentaje de restricción dietética, vómito autoinducido y el uso de laxantes, mientras que los chicos utilizan el ejercicio físico como estrategia de control de peso significativamente más a menudo que las chicas ( $p \leq ,027$ ). No hubo diferencias en cuanto a los episodios bulímicos objetivos ( $p \geq ,331$ ), aunque ambos sexos presentan porcentajes elevados.

Tabla 3: Conductas alteradas de alimentación en ambos sexos

Frecuencia semanal	Conducta alimentaria	N	Femenino	N	Masculino	$\chi^2$	p	RR*
Alguna (1)	Restricción dietética	270	20,66%	138	12,08%	32,27	<b>&lt;,001</b>	1,71
	Episodio bulímico objetivo	412	31,57%	354	31,03%	0,08	,772	1,02
	Episodio bulímico subjetivo	215	16,48%	140	12,26%	8,73	<b>,003</b>	1,34
	Vómito autoinducido	67	5,13%	32	2,80%	8,51	<b>,004</b>	1,83
	Laxante	53	4,06%	28	2,45%	4,9	<b>,027</b>	1,65
	Diurético	40	3,07%	33	2,89%	0,06	,799	0,94
	Ejercicio	300	22,99%	328	28,72%	10,49	<b>,001</b>	0,80

Regular ( $\geq 2$ )	Restricción dietética	79	6,04%	42	3,68%	7,27	<b>,007</b>	1,64
	Episodio bulímico objetivo	264	20,23%	213	18,67%	0,95	,331	1,08
	Episodio bulímico subjetivo	16	1,23%	7	0,61%	2,46	,117	2,00
	Vómito autoinducido	45	3,45%	15	1,31%	11,58	<b>,001</b>	2,62
	Laxante	36	2,76%	14	1,23%	7,12	<b>,008</b>	2,25
	Diurético	28	2,15%	13	1,14%	3,75	,053	1,88
	Ejercicio	230	17,62%	278	24,34%	16,71	<b>&lt;,001</b>	0,72
Extremo	Restricción dietética	48	3,67%	18	1,58%	10,21	<b>,001</b>	2,33
	Ejercicio	97	7,43%	121	10,60%	7,51	<b>,006</b>	0,70

\* Categoría de referencia: sexo masculino

En cuanto a las comparaciones en función del área de residencia, se observa que en el área urbana los porcentajes de antecedentes de obesidad son más altos que en el área rural, así como la percepción del peso considerando el bajo peso, sobrepeso y obesidad ( $p \leq ,002$ ). En el estado nutricional los valores de infrapeso, sobrepeso y obesidad también son más altos en el área urbana ( $p = ,005$ ). Por otra parte el área rural presenta porcentajes más altos en la percepción de una salud regular ( $p < ,001$ ) (tabla 4).

Tabla 4: Antecedentes, consideraciones personales y estado nutricional en las áreas rural y urbana

		Rural		Urbano		$\chi^2$	$p$	RR*
Medidas		$n$	%	$n$	%			
Antecedentes	Obesidad	112	30,11%	823	39,82%	12,57	<b>&lt;,001</b>	1,00
	Anorexia	9	2,41%	64	3,09%	0,50	,480	1,28
	Bulimia	6	1,61%	34	1,64%	0,00	,965	1,02
Salud	Buena	202	54,30%	1431	69,13%	32,24	<b>&lt;,001</b>	
	Mala	7	1,88%	37	1,79%			
	Regular	163	43,82%	602	29,08%			
Emociones	Tristeza	25	6,76%	146	7,05%	0,99	,802	
	Alegría	303	81,89%	1681	81,13%			
	Enojo	13	3,51%	59	2,85%			
	Otras	29	7,84%	186	8,98%			
Percepción peso	Bajo peso	22	5,91%	170	8,22%	14,59	<b>,002</b>	
	Normal	260	69,89%	1230	59,51%			
	Poco sobrepeso	72	19,35%	550	26,61%			
	Mucho sobrepeso	18	4,84%	117	5,66%			

Aspectos	Inteligencia	76	20,7%	429	20,9%	0,01	,993	
	Salud	274	74,5%	1524	74,2%			
	Estar delgado/a	18	4,9%	102	5,0%			
Satisfacción	Sí	281	75,3%	1590	77,0%	0,49	,484	1,02
Estado nutricional	Infrapeso	18	4,8%	123	6,1%	12,66	<b>,005</b>	
	Normopeso	258	69,2%	1207	59,9%			
	Sobrepeso	60	16,1%	466	23,1%			
	Obesidad	37	9,9%	220	10,9%			

\* Categoría de referencia: área rural

\*\* Restricción dietética extrema ( $\geq 3$ /semana)

\*\*\* Ejercicio extremo ( $\geq 5$ /semana)

Las puntuaciones de preocupación por la comida, el peso y la figura así como la conducta restrictiva y las actitudes alteradas presentan valores más altos en el área urbana ( $p \leq ,048$ ). En la influencia del modelo estético corporal no hubo diferencias entre el área urbana y rural ( $p \geq ,080$ ).

Solo se hallaron valores significativamente más altos en el área urbana en la conducta de episodios bulímicos objetivos y en el ejercicio físico extremo ( $p \leq ,016$ ). Para el resto de conductas no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas áreas ( $p \geq ,052$ ).

#### IV. CONCLUSIONES

Hablar de trastornos de alimentación cuando no se tiene el conocimiento y la sensibilidad que se requiere para abordarlos, puede resultar un tanto difícil de detectar y de comprender dado que puede pasar desapercibida, podríamos de una forma un tanto metafórica compararla con un amigo invisible que se encuentra en situaciones cotidianas, ocultándose en actividades aparentemente sanas y socialmente aceptadas que se alimentan de la aceptación y reconocimiento de la población, que ha terminado familiarizándose con ella formando parte de nuestra vida diaria.

Los trastornos de conducta alimentaria se encuentran presentes a nivel mundial y en los distintos niveles socioeconómicos, se establece como una enfermedad no transmisible que cada vez va extendiéndose con consecuencias muy graves en cuanto a las repercusiones de salud y estilos de vida. Nuestros resultados nos alertan y nos proporcionan información que es necesario tomar en cuenta para abordarlos e intentar realizar programas que integren estos aspectos dado que lo que está implícita la calidad y bienestar personal, social y económica.

#### REFERENCIAS

1. Raich RM. Anorexia, Bulimia y otros trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide; 2011.
2. Agras, W. S. Introduction and overview. En W.S. Agras (ed.), The Oxford handbook of eating disorders. Nueva York: Oxford University Press; 2010.
3. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., y O'Connor, M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. Archives of General Psychiatry 2000, 57(7), 659-665.

4. Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., y Stein, R. I. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology* 1994, 103(4), 836-840.
5. Toro, J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel; 2004.
6. Shapiro, R., Siegel, A. W., Scovill, L. C., y Hays, J. Risk-taking patterns of female adolescents: What they do and why. *Journal of Adolescence* 1998, 21(2), 143-159.
7. Roberts, R. E., Attkisson, C. C., y Rosenblatt, A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1998, 155(6), 715-725.
8. Sherman, C., y Sorosky, A. Trastornos en la alimentación. Bulimia. Obesidad y anorexia nerviosa. Buenos Aires: Nueva Visión; 1988.
9. Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance-United States, 2007. *Surveillance Summaries*, 57, 1-131.
10. Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., y Eisenberg, M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association* 2006 , 106(4), 559-568
11. Torrero, E. P., y Urbiola, M. I. H. La alimentación en el México prehispánico y actual: su influencia en la condición nutricional. *Historia, Realidad y Proyecciones*. Querétaro: Publicación del Consejo de Ciencia; 2010.
12. Rebato Ochoa, E. M. Las nuevas culturas alimentarias: globalización vs. etnicidad. *Osasunaz* 2009, 10, 135-147.
13. Pérez-Gil R. S., y Romero Juárez, G. Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropo-lógica. *Estudios Sociales* 2008, 16(32), 79-111.
14. Pérez-Gil, S. E., y Romero, G. Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública de México* 2010, 52(2), 111-118.
15. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal* 2000; 320(7244): 1240-1243.
16. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: International survey. *British Medical Journal* 2007; 335(7612): 194-197.
17. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders* 1994; 16(4): 363-370.
18. Penelo E, Negrete A, Portell M, Raich RM. Psychometric Properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Norms for Rural and Urban Adolescent Males and Females in Mexico. *PloS One* 2013; 8(12): e83245.
19. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Validation of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979; 9(2): 273-279.
20. Álvarez G., Vázquez R., Mancilla J.M, Gómez PG. Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 2002; 19(1), 47-56.
21. Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. (1988). Reliability testing of a children's version of The Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988; 27(5):541-543.



- 22.** Sancho C, Asorey O, Arijá V, Canals J. Psychometric characteristics of the children's eating attitudes test in a Spanish sample. *European Eating Disorders Review* 2005; 13(5); 338-343.
- 23.** Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994, 89(3), 147-151.
- 24.** Toro, J., Castro, J., Gila, A., y Pombo, C. Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 2005, 13(5), 351-359.