

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN JÓVENES MEXICANAS: COMPARACIÓN DE TRES PERÍODOS.

RISK EATING BEHAVIOR IN YOUNG MEXICAN WOMEN: THREE PERIOD COMPARISON

Cecilia Silva, Alejandra Estefanía Hernández Martínez, Karla Edith González Alcántara.

Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Correspondencia: karlaedith@comunidad.unam.mx

Resumen

Con el objetivo de conocer la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en mujeres de 18 a 25 años, entre los años 2005 y 2018, se realizó la comparación de datos que se recabaron en tres períodos: 2005-2006, 2011-2012 y 2017-2018 mediante un diseño transversal descriptivo. Todos los casos se evaluaron con la versión validada para México del Eating Attitudes Test (EAT-40). Los resultados muestran que la prevalencia de las CAR aumentó de 4.8% en el primer período a 9.7% en el tercero. La CAR que apareció con mayor frecuencia fue la preocupación por la delgadez, mientras que las conductas compensatorias presentaron menor frecuencia. La presencia de CAR es un tema que amerita mayor atención y el diseño de intervenciones tempranas. Sin embargo, no han sido estudiadas con la profundidad requerida y los resultados son poco consistentes.

Palabras clave: anorexia, bulimia, trastornos de la conducta alimentaria, epidemiología.

Abstract

In order to establish whether the presence of Risk Eating Behaviors (REB) in women aged 18 to 25 years old has fluctuated between 2005 and 2018, the comparison of data collected in three periods was carried out: 2005-2006, 2011-2012 and 2017-2018, through a descriptive cross-sectional design. All cases were evaluated with the version validated for Mexico of the Eating Attitudes Test (EAT-40). The results found that the prevalence of REB in women has increased from 4.8% in the first period to 9.7% in the third. The most frequent CAR is the concern for thinness, while compensatory behaviors are the least frequent. The presence of REB deserves more attention and the design of early interventions. However, they have not been studied in the required depth and the results are not consistent.

Keywords: anorexia, bulimia, eating disorders, epidemiology.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) por su alta prevalencia, incidencia y mortalidad reportadas, actualmente constituyen un problema de salud pública (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Comúnmente los datos sólo consideran los casos de individuos diagnosticados con TCA, sin embargo, algunas personas realizan conductas alimentarias poco saludables denominadas Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) que generalmente preceden a la aparición del trastorno (Berengui, Castejón & Torregosa, 2016; Ramírez & Zerpa, 2022).

Las CAR se definen como un patrón de alimentación perturbado e insalubre que puede incluir ayuno, omisión de comidas, eliminación de ciertos grupos de alimentos, realización de dietas restrictivas o atracones y pueden estar acompañados de conductas compensatorias como el vómito

auto inducido, el uso de laxantes o el ejercicio excesivo (Bautista-Díaz et al., 2020; Radilla et al., 2015).

Tanto los TCA como las CAR son más comunes en mujeres jóvenes (Bermúdez, Chacón, & Rojas, 2021; Galmiche et al., 2019; Villalobos et al., 2020), además, particularmente entre los 18 y 25 años, puesto que constituye una etapa en la que se desarrollan y consolidan los hábitos que se llevarán a cabo a lo largo de la vida, ya sean saludables o perjudiciales (Canova - Barrios et al., 2018; Jiménez & Ojeda, 2017). De esta forma, si durante esta etapa se llevan a cabo CAR, eventualmente podrían desarrollarse algún TCA. En consecuencia, tal rango de edad constituye también un momento oportuno para establecer hábitos de vida saludables. Por ende, las personas adultas jóvenes, constituyen un grupo de interés para realizar investigaciones sobre condiciones de salud y estilos de vida, por lo que serán el centro de este estudio.

Evaluar las CAR es un problema complejo y, por tanto, es difícil conocer su prevalencia. Posiblemente, el mayor inconveniente radica en que los instrumentos con los que suelen evaluarse cuentan con criterios para determinar la presencia de TCA, pero no para determinar la presencia de CAR. Por otra parte, son varios los instrumentos psicométricos que se utilizan para estos fines, lo que impide comparar resultados y observar el comportamiento de la prevalencia en lo que a las CAR respecta.

Uno de los instrumentos psicométricos utilizados con mayor frecuencia para medir TCA y CAR, es el Test de Actitudes Alimentarias 40 (EAT-40 por sus siglas en inglés), elaborado originalmente por Garner y Garfinkel (1979), conformado por 40 reactivos y validado para población de mujeres mexicanas por Alvarez et al. (2004).

El EAT-40 evalúa cinco factores: a) Dieta Restrictiva, que mide la realización de conductas en las que se evita comer alimentos considerados altos en calorías; b) Bulimia, que contiene reactivos referentes a la práctica de atracones, conductas compensatorias y culpa tras haber ingerido alimento, c) Motivación para adelgazar, que incluye la preocupación por el peso, el deseo de adelgazar y la práctica de conductas para lograrlo, d) Preocupación por la comida, en la que se identifican pensamientos obsesivos respecto a la alimentación y e) Presión social percibida, que mide la percepción de presión social para aumentar la ingesta o el peso. También se ha mostrado útil como instrumento de tamizaje para la identificación de casos incipientes y de poblaciones de alto riesgo para presentar TCA. En la validación para México se probaron diferentes puntos de corte para distintas condiciones, aunque 28 fue considerado como el más adecuado para el posible diagnóstico de TCA (Anorexia y Bulimia), y 22 para la realización de conductas de riesgo que no llegan a consolidar un cuadro completo de TCA (Alvarez et al., 2004).

Es importante hacer notar que, aunque el EAT-40 es uno de los instrumentos más usados, en pocos estudios se mencionan las prevalencias encontradas en las muestras evaluadas, pues en la mayoría se utiliza para asociar las conductas y las actitudes hacia el peso y la alimentación con otras variables, y pocas indican los datos epidemiológicos observados.

Específicamente en México (con población de jóvenes adultas de entre 18 y 25 años), y tomando en cuenta únicamente las investigaciones en las que se utilizó el EAT-40, existe poca información. En 1995 se reportó que, en una muestra de 522 mujeres con edad promedio de 19.4 años, el 1.62% puntuó por encima del punto de corte de 28, mientras que en 2002, el 4.34% de 888 mujeres con edad promedio de 19 años sobrepasaron dicho

punto de corte, (Mancilla-Díaz et al., 2007) aunque no se menciona la zona geográfica de las participantes.

Posteriormente se observó que el 9.09%, de 88 universitarias del Estado de Yucatán con edad promedio de 20 años, presentaba sintomatología de TCA conforme a un punto de corte de 28 (Bojórquez et al., 2008). También, en un grupo de 243 mujeres con edad promedio de 20.61 años, y el mismo punto de corte, se observó un 13.1% de personas que presentaba puntajes por arriba del mismo (Mancilla-Díaz et al., 2010). El estudio tampoco hace referencia del lugar donde las participantes fueron evaluadas.

En 2012, Mancilla-Díaz et al., reportaron que de 130 universitarias de edad entre 18 y 22 años (con punto de corte de 28), 10.8% presentaba riesgo para desarrollar un TCA. El 4.49% de 289 mujeres de Jalisco con edad promedio de 20.51 años y con punto de corte también de 28, mostraron riesgo de TCA (Franco et al., 2013).

Como puede observarse, los datos no son consistentes probablemente porque las poblaciones tienen características diferentes, en algunas de ellas no se hace mención más que al promedio de edad, más no al rango de esta o incluso no se indica la región en la que fueron recolectados los datos, lo que no permite comparar los resultados (Ortega et al., 2015).

Además, en todas las investigaciones se indica el porcentaje de mujeres que sobrepasan el punto de corte de 28 que corresponde a un posible diagnóstico de TCA, pero no se mencionan datos en lo que se haya evaluado el porcentaje de participantes que realiza CAR sin presentar un cuadro completo de TCA, es decir aquellas cuyos puntajes están entre 22

(riesgo) y antes del 28 (sintomatología), siendo que ese grupo constituye la población en la que debería enfocarse la prevención.

Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo es conocer la presencia de CAR en mujeres de 18 a 25 años y comparar datos que se recabaron en tres periodos entre 2005 y 2018. También se espera detectar las CAR que en cada periodo se presentaron con mayor frecuencia entre las jóvenes y determinar si estas difieren a lo largo del tiempo o si se han mantenido estables.

Se conjetura que habrá un aumento en la presencia de CAR y que las conductas realizadas por las jóvenes serán fundamentalmente las mismas en los diferentes periodos evaluados. Conocer esta información, además de aportar datos que permitan conocer mejor el problema, permitirá diseñar estrategias preventivas y orientar la toma de decisiones a nivel poblacional.

Método

Diseño del estudio

Por medio de un diseño transversal descriptivo (Villa, Moreno & García, 2012) se realizó la comparación de tres levantamientos de datos que se realizaron en diferentes periodos de tiempo: entre 2005 y 2006, entre 2011 y 2012, y entre 2017 y 2018, mismos que de ahora en adelante en el texto se considerarán como periodo 1, periodo 2 y periodo 3, respectivamente.

Participantes

Se obtuvo el tamaño de la muestra adecuado, con datos provenientes del portal de estadística universitaria de los años correspondientes (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2019). Se calculó un tamaño

muestral con un nivel de confianza de 95% y un error de 5% y tomando en cuenta la varianza máxima (Morales, 2012).

En los tres períodos, las muestras se conformaron de manera no probabilística e intencional. Se evaluaron 1,475 mujeres en el período 1; 1,729 en el período 2, y 717 en el período 3. Tras eliminar los casos con datos faltantes, los grupos quedaron conformados de la siguiente manera: período 1 = 1,443; período 2 = 1,379 y período 3 = 619.

Debido a la diferencia en el tamaño de las muestras, se decidió equiparar en número las muestras de los períodos 1 y 2 con el número de las participantes del tercer período. Para ello, se seleccionaron al azar 619 participantes de los primeros dos periodos, obteniendo una $N = 1,857$ de mujeres con edades de entre 18 y 25 años. En la Tabla 1 se pueden observar las edades de las participantes.

Tabla 1. *Edad y el tamaño de la muestra de las participantes en cada período*

Períodos	<i>n</i>	Edad	
		<i>M</i>	<i>DE</i>
1	619	19.58	0.82
2	619	19.41	1.59
3	619	20.33	1.60
Total	1857	19.77	1.44

Instrumento

Se utilizó el Test de Actitudes Alimentarias 40 (EAT-40) que originalmente fue elaborado por Garner y Garfinkel (1979) y que en México fue validado

por Alvarez et al. (2004). El instrumento consta de 40 reactivos con una escala Likert con seis opciones de respuesta que van de nunca a siempre. Evalúa las preocupaciones características de los TCA e incluye cinco dimensiones: Dieta restrictiva, bulimia, preocupación por la delgadez, preocupación por la comida y presión social percibida.

Cuenta con una consistencia interna adecuada tanto para personas con TCA ($\alpha = 0.90$) como para personas sin TCA ($\alpha = 0.93$). Su coeficiente de validez global es adecuado ($r = 0.70$) para predecir la ausencia o la presencia de un TCA (anorexia, bulimia y trastornos no especificados).

Para el análisis de los datos, se determinó la presencia de CAR utilizando los puntos de corte propuestos por Alvarez et al. (2004). Esto es, se consideró que las personas que obtuvieron entre 22 y 27 puntos en el puntaje total del instrumento presentaban CAR, mientras que se tomó como 28 puntos o más a quienes posiblemente presentaban ya un TCA.

Procedimiento

Los datos fueron recolectados en diferentes períodos, en una institución pública de educación superior de la Ciudad de México y fueron recabados por el mismo grupo de investigación. Todas las evaluaciones se realizaron con la autorización de directivos, profesores y con el asentimiento informado de las participantes. Para asegurar la comparabilidad de las muestras se probó que existiera homogeneidad de varianzas entre los grupos (Hernández-Ávila, Garrido-Latorre & López-Moreno, 2000) respecto al puntaje total del EAT y, posteriormente, se realizó el análisis estadístico de datos.

Análisis estadístico

Inicialmente se eliminaron de las muestras los participantes con datos perdidos. Para conocer y comparar la presencia de CAR en las tres muestras, se obtuvieron la media y desviación estándar del puntaje total del EAT- 40 para cada período, y se calculó el porcentaje de mujeres que obtuvieron puntajes correspondientes a los puntos de corte del EAT 40. Es decir, el porcentaje de jóvenes que obtuvieron puntajes ≥ 28 que indicaría posible TCA y el porcentaje de las que obtuvieron puntajes entre 22 y 27 que indica las personas que realizan CAR y se buscaron diferencias por medio de análisis de varianza simple o con chi cuadrada entre los tres períodos.

Posteriormente, para determinar si las CAR que realizan las jóvenes se han modificado a lo largo del tiempo o se han mantenido estables en los tres períodos evaluados, se obtuvieron la media y desviación estándar de las sumatorias de los puntajes para cada dimensión del EAT-40 en cada período evaluado y se realizaron análisis de ANOVA simple para conocer las discrepancias entre los periodos. Cuando se observaron diferencias significativas, se realizaron análisis post hoc para conocer entre cuáles períodos se producen las diferencias. Para ello, utilizó la prueba de Tukey cuando había homogeneidad de varianzas entre grupos y la prueba de Games Howell para cuando no había homogeneidad entre varianzas.

Finalmente, con el propósito de identificar las CAR más frecuentemente observadas en cada período, los puntajes de cada dimensión evaluada por el instrumento se transformaron en puntuaciones z, para comparar los datos. Con los puntajes z se realizaron análisis de t de Student para muestras relacionadas entre pares de las cinco dimensiones en cada período evaluado.

Consideraciones éticas

Este estudio se realizó en cumplimiento de los principios éticos de participación voluntaria y gestión de datos confidenciales.

Resultados

Comparación de CAR entre los tres períodos

En la Tabla 2 se muestran las medias y desviaciones estándar del puntaje total del EAT-40 obtenidas en los tres períodos evaluados. Al comparar este puntaje entre períodos el ANOVA simple mostró diferencias estadísticamente significativas [$F(2,1854) = 21.099; p < 0.001$].

Para conocer específicamente entre cuáles períodos había diferencias y dado que existía homogeneidad de varianzas entre los grupos ($F = 1.251, p > 0.05$) se realizó un análisis post hoc de Tukey. Este análisis mostró diferencias entre el período 1 y el 3 ($p < 0.001$), así como entre el 2 y 3 ($p < 0.001$), más no entre 1 y 2 ($p > 0.05$).

En la Tabla 2 se pueden observar los porcentajes de jóvenes que podrían presentar un TCA puesto que rebasaron el punto de corte de 28, pero la diferencia entre períodos no es estadísticamente significativa ($\chi^2(2) = 1.87, p > 0.05$).

El porcentaje de jóvenes que obtuvieron entre 22 y 27 puntos en el EAT-40, en cada uno de los períodos, también puede observarse en la Tabla 2. En este caso, la diferencia es estadísticamente significativa ($\chi^2(2) = 17.44, p < 0.01$).

Tabla 2. Puntaje total en el EAT y proporción de participantes que sobrepasan los puntos de corte del EAT

Períodos	Puntaje total en el EAT		Punto de corte del EAT	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	Entre 22 y 27	≥ 28
1	11.54	8.90	4.8%	5.2%
2	12.09	8.58	4.5%	5.7%
3	14.61	9.09	9.7%	6.9%

Nota. CAR = Conductas Alimentarias de Riesgo; EAT = Eating Attitudes Test

Diferencias entre períodos en las dimensiones del EAT

Por medio de ANOVA simple para buscar diferencias entre en las diferentes dimensiones del EAT se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los períodos en cuatro de las cinco dimensiones que evalúa el instrumento (Tabla 3): dieta restrictiva, presión social percibida, preocupación por la comida y bulimia, pero no existen discrepancias en la preocupación por la delgadez (la media y desviación estándar de las puntuaciones en cada dimensión se reportan en la Tabla 3).

Para los análisis post hoc, se utilizó la prueba de Tukey para las dimensiones con homogeneidad de varianzas, es decir, para dieta restrictiva ($F = 5.04$, $p < 0.05$), presión social percibida ($F = 26.15$, $p < 0.05$), preocupación por la comida ($F = 9.76$, $p < 0.05$) y bulimia ($F = 18.11$, $p < 0.05$), mientras que, para la preocupación por la delgadez, que no presentó homogeneidad entre varianzas ($F = .22$, $p > 0.05$), se utilizó el análisis de Games-Howell.

La dimensión dieta restrictiva obtuvo puntajes más altos en el período 3 en comparación con el período 2. Bulimia, presión social percibida y preocupación por la comida mostraron diferencias significativas entre el periodo 1 y 3, así como entre el período 2 y 3. En todos los casos los puntajes más altos se observan en el período más reciente (Tabla 3).

Tabla 3. Descriptivos de cada dimensión de las CAR y diferencias entre periodos

Dimensiones de las CAR	Períodos						F (2,1854)	Pares de periodos con diferencias significativas
	1		2		3			
	M	DE	M	DE	M	DE		
Preocupación por la delgadez	1.02	1.8	1.24	1.8	1.43	2.07	1.14	No se observan diferencias
Dieta restrictiva	0.56	1.21	0.54	1.10	0.91	1.50	4.42*	2 < 3*
Presión social percibida	0.21	0.55	0.27	0.65	0.55	1.01	13.57*	1 < 3* 2 < 3*
Preocupación por la comida	0.21	0.46	0.26	0.53	0.41	0.70	7.59*	1 < 3* 2 < 3*
Bulimia	0.03	0.17	0.04	0.20	0.09	0.39	5.82*	1 < 3* 2 < 3*

Nota. CAR = Conductas Alimentarias de Riesgo.

* $p < .05$

CAR más frecuentemente reportadas en cada período

Con el objetivo de identificar las CAR más frecuentes en cada período, los valores se convirtieron a puntajes z y se compararon con análisis t de Student para muestras relacionadas.

Período 1

En este período, se observa que la dimensión con los puntajes más altos es preocupación por la delgadez, seguido de dieta restrictiva; en el tercer puesto se encuentran presión social percibida y preocupación por la comida y, finalmente, con los puntajes más bajas esta bulimia. Se observaron diferencias significativas en todos los pares posibles de comparación, excepto entre las dimensiones preocupación por la comida y preocupación por la delgadez (Tabla 4).

Período 2

De acuerdo con los puntajes, en este período la frecuencia en la presencia de CAR es la misma que en el período anterior: preocupación por la delgadez, dieta restrictiva, presión social percibida, preocupación por la comida y bulimia. También, de manera similar al período anterior, se advirtieron diferencias en casi todos los posibles pares, excepto entre presión social percibida y preocupación por la comida (Tabla 4).

Período 3

En este lapso nuevamente se observó que las cinco dimensiones mantienen su frecuencia de aparición en el mismo orden que en los períodos anteriores: preocupación por la delgadez en primer lugar, seguida por dieta restrictiva, presión social percibida, preocupación por la comida y bulimia. En este caso todos los pares mostraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación entre dimensiones de CAR en los diferentes periodos evaluados

Pares de CAR que se comparan		Períodos					
		1		2		3	
		<i>Diferencia de medias</i>	<i>t (618)</i>	<i>Diferencia de medias</i>	<i>t (618)</i>	<i>Diferencia de medias</i>	<i>t (618)</i>
Dieta restrictiva vs	Bulimia	0.53	11.65*	0.50	12.21*	0.82	15.18*
	Preocupación por la delgadez	-0.46	-8.64*	-0.70	-10.58*	-0.51	-6.40*
	Preocupación por la comida	0.34	8.15*	0.27	6.91*	0.50	9.21*
	Presión social percibida	0.34	7.00*	0.27	5.88*	0.36	5.42*
Bulimia vs	Preocupación por la delgadez	-0.99	-14.17*	-1.20	-15.39*	-1.34	-16.83*
	Preocupación por la comida	-0.18	-10.71*	-0.22	-11.57*	-0.32	-12.12*
	Presión social percibida	-0.18	-7.83*	-0.22	-8.56*	-0.46	-11.37*
Preocupación por la delgadez vs	Preocupación por la comida	0.81	11.92*	0.97	12.93*	1.01	12.46*
	Presión social percibida	0.81	10.98*	0.97	11.99*	0.87	10.89*
Preocupación por la comida vs	Presión social percibida	0.00	0.01	-0.00	-0.18	-0.14	-3.09*

Nota. CAR = Conductas Alimentarias de Riesgo * $p < .05$

Discusión y conclusión

Como se mencionó en los antecedentes, las investigaciones suelen reportar la prevalencia de TCA, pero no la realización de CAR. Esto es, la atención se centra en las personas diagnosticadas o con posible presencia de TCA, pero se ha puesto poco énfasis en determinar la cantidad de jóvenes que están en riesgo, cuando es un dato relevante para diseñar estrategias que permitan reducir la probabilidad de que se desarrollen enfermedades de índole alimentario entre las personas.

Por el motivo antes mencionado, este estudio tuvo por objetivo conocer la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en mujeres de 18 a 25 años, con datos que se recabaron en tres períodos: 2005-2006, 2011-2012 y 2017-2018. Se eligió este rango de edad puesto que estos años resultan en un buen momento para intervenir en favor del establecimiento de hábitos de vida saludables y para evitar la consolidación de hábitos perjudiciales, puesto que constituye una etapa en la que se desarrollan y consolidan los hábitos que se llevarán a cabo a lo largo de la vida (Canova-Barrios et al., 2018; Jiménez & Ojeda, 2017). No obstante, es importante mencionar que no es del conocimiento de las autoras que exista información con la que se puedan comparar estos resultados pues, como ya se mencionó, los estudios no se centran en las CAR si no en los TCA.

Así, los resultados de este estudio indican que ha habido un aumento en la prevalencia de CAR entre los años 2005 y 2018. En el periodo 1 (2005-2006), el 4.8% de las participantes presentaron puntajes correspondientes a la presencia de CAR y el porcentaje de participantes del último periodo (2017-2018) con presencia de CAR fue de 9.7%, lo cual coincide con el aumento de personas diagnosticadas con algún TCA en los últimos años (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

También se observó un incremento en la realización de dieta restrictiva, presión social percibida, preocupación por la comida y conductas propias de la bulimia entre los periodos, lo cual concuerda con datos previos respecto al aumento en la sintomatología asociada a los TCA en los últimos años (Galmiche et al., 2019; Villalobos et al., 2020).

En este estudio, y de manera consistente en los tres períodos, la CAR reportada con mayor frecuencia es la preocupación por la delgadez, seguida de dieta restrictiva, presión social percibida, preocupación por la comida y bulimia, lo que puede indicar que los patrones de conducta no han cambiado si no que solamente se ha incrementado la cantidad de jóvenes que los llevan a cabo.

Como ya se mencionó, la preocupación por la delgadez es la CAR más frecuente en los tres períodos, lo cual concuerda con estudios previos que reportan la preocupación por engordar como una de las conductas asociadas a los TCA más comunes (Gutiérrez et al., 2012; Magallanes et al., 2015; Olaiz-Fernández et al., 2006; Padrós-Blázquez et al., 2022; Villalobos et al., 2020). La segunda CAR más frecuente fue la dieta restrictiva, lo que concuerda con estudios previos que la consideran una de las conductas asociadas a los TCA más frecuentes (Bautista-Díaz et al., 2020; Talavera-Rivas et al., 2012). Estos resultados indican que la preocupación por la delgadez y la dieta restrictiva son constantes a través del tiempo y son CAR importantes ya que no muestran diferencias entre periodos lo que implica que siempre están presentes en niveles altos.

Mientras que las siguientes CAR en el orden fueron la presión social percibida (es decir, la percepción de que los demás preferirían que la persona comiera una mayor cantidad de alimentos) y la preocupación por la comida (que alude a pensamientos relacionados con el acto de comer).

Adicionalmente, se debe mencionar que los resultados de este estudio no concuerdan con aquellos en los reportan las conductas bulímicas (compensatorias) como las conductas asociadas a los TCA más frecuentes entre los jóvenes (Bojórquez et al., 2008; Morán et al., 2009; Olaiz-Fernández et al., 2006). De hecho, en este estudio fue la CAR que se presentó con menor frecuencia en los tres períodos, lo que concuerda con lo observado por Padrós-Blázquez et al. (2022).

No obstante, los estudios que presentan el porcentaje de jóvenes que pueden presentar un TCA, son relevantes y no dejaremos de mencionarlos y de comparar los hallazgos con lo observado en los periodos en los que se centra el presente estudio, al realiza el análisis respecto a las conductas propias de los TCA (que sobre pasaron el punto de corte de 28 en el EAT-40). Por ejemplo, antes del primer período evaluado en este estudio, en 1995 se reportó ua prevalencia de 1.6% y en 2002 aumentó esta cifra a 4.3% (Mancilla et al., 2007), mientras que en el primer período de esta investigación que corresponde a 2005-2006 se observó 5.2%, lo que indicaría un posible incremento de TCA en las jóvenes.

Después en 2008 se mencionó una prevalencia de 9.0% (Bojórquez et al., 2008) y en 2010 de 13.1% (Mancilla et al., 2010), aunque en el segundo período de esta investigación que corresponde a 2011-2012 se observó únicamente un 5.7%, por lo que los resultados de este estudio parecieran mostrar datos contrarios al posible incremento esperado.

Posteriormente, en 2012 se observó un porcentaje de 10.8% (Mancilla et al., 2012) y en 2013 de 4.4% (Franco et al., 2013), mientras que en los datos del tercer período de esta investigación que corresponde a 2017-2018 se observó el 6.9%, lo cual de nuevo es menor a los datos encontrados por otros autores.

Es importante hacer notar que los datos observados en la literatura previa no son totalmente comparables, puesto que en algunos estudios se menciona únicamente el promedio y en otros sólo el rango de edad de sus muestras. Además, en algunos no se mencionan las localidades a las que pertenecen o si los datos provienen de estudiantes o de clínicas especializadas en las que podrían observarse mayores prevalencias que en el estudiantado, además de que las muestras son más pequeñas con respecto a las de este estudio. Lo que es un hecho es que en este estudio se observó que la proporción de participantes que reportan presentar CAR ha aumentado a través del tiempo en mujeres mexicanas, pues de 2005-2006 a 2017-2018 el porcentaje de jóvenes que presentaron CAR (puntuaciones entre 22 y 27 en el EAT-40) pasó de 4.8% a 9.7%.

Es importante resaltar que, aunque en los primeros dos períodos evaluados en esta investigación se observaron porcentajes muy similares de jóvenes que podrían tener un diagnóstico de TCA y que realizaban CAR (por ejemplo, en el período 1, hubo 4.8% de CAR y 5.2% de TCA), en el tercer período se observó que 6.9% podría estar presentando TCA, pero 9.7% estaba realizando CAR, lo que podría ser un indicador de que tal vez sólo un porcentaje pequeño de quienes presentan CAR terminan por desarrollar un TCA, pero además, estos datos reflejan que la cantidad de personas que realizan CAR está aumentando más que el número de quienes desarrollan un cuadro completo de TCA.

En conclusión, la proporción de mujeres jóvenes que realizan CAR ha aumentado en los últimos años y con ello, la probabilidad de que desarrollen TCA. Se puede afirmar que los datos aquí presentados son consistentes, pues fueron obtenidos utilizando el mismo instrumento y en poblaciones con características similares. Sin embargo, se debe mencionar

que una limitación de este estudio es la carencia de suficientes datos sociodemográficos que permitan comparar las muestras.

Aunque tener la certeza de que la proporción de realización de CAR ha aumentado en los últimos años no permite realizar predicciones respecto al número de personas que podrían desarrollar TCA, permite contar con un indicador que pone de manifiesto la importancia de realizar estudios epidemiológicos poblacionales y de contar con un registro de pacientes a nivel nacional que permita establecer la prevalencia e incidencia de TCA en México. Adicionalmente, conocer las CAR más frecuentes, constituye un punto de partida para el diseño de estrategias preventivas cada a vez más eficaces.

Finalmente, los resultados de esta investigación son valiosos por haberse obtenido de datos recabados a lo largo de 13 años, en grupos de mujeres distintos pero con características similares; ponen también de manifiesto la necesidad de seguir invirtiendo recursos en el estudio de los TCA para comprenderlos mejor, generar estrategias de prevención e intervención más efectivas, y de incluir en los protocolos de intervención primaria no sólo a los adolescentes sino también a los jóvenes de todas las edades, a fin de disminuir la probabilidad de que aumente la incidencia de TCA en la población joven, impactando positivamente en otras esferas de su salud física y psicológica.

Referencias

- Alvarez, G., Mancilla, J. M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A., & Mercado, D. (2004). Validity of Eating Attitudes Test: A Study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders, 9*, 243-248. <https://doi.org/10.1007/BF03325077>
- Bautista-Díaz, M. L., Castelán-Olivares, A. I., Martin-Tovar, A., Franco-Paredes, K., & Mancilla-Díaz, J. M. (2020). Conductas alimentarias de riesgo, percepción de prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología, 6*(3), e162. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.162>
- Berengüi, R., Castejon, M. A., & Torregosa, S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>
- Bermúdez, L. V., Chacón, M. A., & Rojas, D. M. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia, 6*(8), e694. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms218a.pdf>
- Bojórquez, R. M., Ávila, M. L., Cortés, M. C., Vázquez, R., & Mancilla, J. M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud, 18*(2), 189-198. <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118205.pdf>
- Canova-Barrios, C., Quintana-Honores, M., Álvarez-Miño, L. (2018). Estilos de Vida y su implicación en la salud de los estudiantes Universitarios de las Ciencias de la Salud: Una revisión sistemática. *Revista Científica, 24*(2). <https://www.researchgate.net/publication/329440741>
- Franco, K., De Jesús, F., López-Espinoza, A., Escoto, M. C., & Camacho, E. J. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastornos del comportamiento alimentarios en mujeres. *Terapia Psicológica, 31*(2), 219-225. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200008>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolachi, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition, 109*, 1402-1413. <https://academic.oup.com/ajcn/article/109/5/1402/5480601>

- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, *Lancet Psychiatry*, 9, 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., & Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Hernández-Ávila, M., Garrido-Latorre, F., & López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42(2), 1-15. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2000.v42n2/144-154>
- Jiménez, O., & Ojeda, R. (2017). Estudiantes universitarios y el estilo de vida. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 4(8), 1-15. <http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/723>
- Magallanes, M., Martínez, A., & Franco, C. (2015). Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción de imagen corporal en secundaria privada. *Revista Iberoamericana de Ciencias*. <http://reibci.org/publicados/2015/julio/1100101.pdf>
- Mancilla-Díaz, J. M., Franco-Paredes, K., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Alvarez-Rayón, G., & Ocampo, M. T. (2007). A two stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, 15, 463-470. <https://doi.org/10.1002/erv.796>
- Mancilla-Díaz, J. M., Lameiras-Fernández, M., Vázquez-Arévalo, R., Alvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., & Ocampo, M. T. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México.

Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 1, 36-47. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v1n1/v1n1a5.pdf>

- Mancilla-Díaz, J. M., López-Aguilar, X., Franco-Paredes, K., Alvarez-Rayón, G., Vázquez-Arévalo, R., Ocampo, M. T., & Amaya-Hernández, A. (2012). Role of peer influence and thin ideal internalization on body dissatisfaction and disordered eating in Mexican girls. *Revista Colombiana de Psicología*, 21(2), 341-351. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80425037005.pdf>
- Morales P. (2012). Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? <https://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%flomuestra.pdf>
- Morán, I. C., Cruz, V., & Iñarritu, M. C. (2009). Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Revista Médica del Hospital General de México*, 72(2), 68-72. <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg092c.pdf>
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M., & Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/informes.php>
- Ortega, M., Alvarez, G. L., Garner, D. M., Amaya, A., Bautista, M. L., & Mancilla, J. M. (2015). Systematic review of disordered eating behaviors: Methodological considerations for epidemiological research. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 51-63. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.001>
- Padrós-Blázquez, F., Pintor-Sánchez, B. E., Martínez-Medina, M. P., & Navarro-Contreras, G. (2022). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo en universitarios mexicanos. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 26(1), 83-91. <https://doaj.org/article/4c3f45fe51a24f22aee8df1eb4beb4f5>
- Radilla, C. C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguete, J. A., & Coronel, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de

- escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 15-21. <https://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.1.5037>
- Ramírez, A., & Zerpa, C. (2022). Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios venezolanos: prevalencia en la ciudad de caracas, 2020. *GICOS: Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud*, 7(1), 11–26. <https://doaj.org/article/3d1fae0881ce477a8b1370191f555861>
- Talavera-Rivas, S., Duarte-Pedraza, L., Gómez-Alonso, C., & Rodríguez-Orozco, A. R. (2012). Alta frecuencia de actitudes de riesgo hacia la alimentación en adolescentes del género femenino que asisten a una unidad de medicina familiar en Morelia, México. *Cuadernos de Atención Primaria*, 18, 79-80. https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL18/vol_4/Cartas_2_Cadernos_Vol18_n4.pdf
- Universidad Nacional Autónoma de México. *Portal de estadística universitaria*. <https://www.estadistica.unam.mx/numeralia/>
- Villa, A. R., Moreno, L., & García, G. S. (2012). *Epidemiología y estadística en salud pública. México*: Mc Graw Hill.
- Villalobos, A., Unikel, C., Hernández-Serrato, M. I., & Bojórquez, I. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Pública de México*, 62(6), 734-744. <https://doi.org/10.21149/11545>

Envió dictamen: 12 abril 2023

Reenvió: 6 julio 2023

Aprobación: 8 agosto 2023

Cecilia Silva. Doctora en Psicología en el campo de conocimiento de Psicología y salud, otorgado por el programa de maestría y doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México adscrita a la División de Investigación y Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con diferentes publicaciones. Nivel “D” del Programa de Primas al Desempeño del Personal Académico de Tiempo Completo (PRIDE) del 2000 – A la fecha. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores en el nivel SNI II del 2017 – 2021. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores en el nivel SNI I del 2022 – 2024.

Alejandra Estefanía Hernández Martínez. Maestra en Psicología con Residencia en Neuropsicología Clínica, otorgado por el programa de maestría y Doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: alehm.4@gmail.com

Karla Edith González Alcántara. Doctora en Psicología en el campo de conocimiento de Psicología y salud, otorgado por el programa de maestría y doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México. División de Investigación y Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Nivel “B” del Programa de Primas al Desempeño del Personal Académico de Tiempo Completo (PRIDE) del 2021 – A la fecha. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores en el nivel Candidato a investigador del 2019 – 2021.