



LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Mercedes Rocío Raposo Hernández¹, Josefa Belén Murcia Liarte², José Antonio Ortega Fernández³, Inés Bello Pombo², Ángela Lorente Murcia², Trinidad Ortuño Campillo⁴, Silvia Bravo Gómez², Ana Luisa González Galdámez¹, Isabel Martínez Pérez⁵, Aída Inmaculada Navarro Hernández⁴

1. MIR Psiquiatría. Centro de Salud Mental de Cartagena-HGUSL.
2. PIR Centro de Salud Mental de Cartagena-HGUSL.
3. Psicólogo Clínico CSM Cartagena.
4. Psicólogo Clínico SMS.
5. Psiquiatra Residencia psicogeriátrica Virgen del Valle

merrapher@hotmail.com

RESUMEN

En las últimas décadas, los TCA han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y tratamiento específico. Se trata de patologías de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales que afectan mayoritariamente a niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Se trata de procesos que pueden iniciarse sutilmente y pasar desapercibidos en un primer momento. El objetivo de este trabajo es analizar las características clínicas y epidemiológicas más frecuentemente asociadas que permitan una mejor detección de los trastornos de la conducta alimentaria, así como el abordaje diagnóstico más apropiado y la orientación terapéutica con mayor efectividad en estos cuadros.

La metodología seguida ha consistido en una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible sobre el tema objeto de estudio en guías y revistas de Psiquiatría, así como en la base de datos PubMed. Los resultados extraídos de la búsqueda sistemática sugieren que los trastornos de la conducta alimentaria surgen como resultado de tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Hay que tener en cuenta la carga genética y los antecedentes familiares, la insatisfacción con el peso corporal que da lugar a una restricción de la dieta y las consecuencias multidisciplinares de este trastorno (físicas, psicológicas y sociales) como factores perpetuantes. Debemos tener en cuenta la coexistencia de comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo (depresión) y trastornos del control de los impulsos.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo (American Psychiatric Association, 2000). Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y predisponen a los individuos a la desnutrición o a la obesidad (American Dietetic Association. J Am Diet Assoc 2006) y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura (Herpertz- Dahlmann B.,2009). Se consideran los TCA, la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y el trastorno alimentario no especificado (TANE). La AN se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo, el individuo rechaza mantener un peso superior al peso saludable para su altura, lo que motiva la adopción de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, a saber: la actividad física vigorosa y restricción drástica de la ingesta de alimentos. Además, la AN puede estar asociada también a atracones de comida y/o conductas purgativas, denominada AN del tipo bulímico. La otra categoría, la BN, se manifiesta por episodios de consumo excesivo de alimentos seguido por conductas compensatorias con el fin de minimizar o eliminar los efectos del exceso a través de purgas, ayuno o ejercicio. Por último, los TANE, incluyen el trastorno por atracón y otros TCA que no cumplen con los criterios clínicos de AN o BN. Las personas con trastorno por atracón tienen episodios de ingesta de comida en la que se consumen grandes cantidades de alimentos en un corto período, junto con la ausencia de conductas compensatorias inadecuadas y la sensación de ansiedad, depresión y culpa después de comer en exceso (American Psychiatric Association, 2006). La aparición de AN y BN y, en especial, los síndromes parciales, es mayor en la adolescencia (Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AIM, van Furth EF, Hoek HW, 2006; Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H., 2005) dada la magnitud de los cambios biológicos, psicológicos y de redefinición del papel social en esta etapa de la vida (Markey C., 2010) asociada a la preocupación por el culto a la belleza (Xu X, Mellor D, Kiehne M, Ricciardelli LA, McCabe MP, Xu Y., 2010). En su mayoría, las adolescentes y adultas jóvenes están entre los grupos con mayor prevalencia de los TCA (Peláez -Fernández MA, Raich RM, Labrador FG, 2010), aunque la ocurrencia no es despreciable entre los adolescentes varones, tampoco entre los niños en edad escolar (Nicholls DE, Lynn R, Viner RM, 2011). La evidencia científica indica que los factores de riesgo causales de los TCA son multifactoriales. Estos trastornos resultan de la interacción compleja de factores psicológicos, físicos y socio-culturales que interfieren en el comportamiento del individuo, dificultando la comprensión de su etiología. Además de esta complejidad en la etiología de los TCA, debemos considerar la etapa de la adolescencia, un período caracterizado por grandes cambios biológicos y psicosociales que pueden verse comprometidos por la aparición de estos trastornos, produciendo consecuencias potencialmente graves para la salud de los

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

adolescentes. Así, esta revisión pretende abordar temas actuales y relevantes acerca de la epidemiología y factores de riesgo de los TCA.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la literatura científica disponible sobre el tema objeto de estudio, utilizando las bases de datos: MEDLINE (PubMed) así como guías y revistas de Psiquiatría

Para seleccionar los estudios fueron adoptados como criterio de inclusión los artículos de prevalencia, incidencia y factores de riesgo para la AN y BN

El objetivo de este trabajo es analizar las características clínicas y epidemiológicas más frecuentemente asociadas que permitan una mejor detección de los trastornos de la conducta alimentaria, así como el abordaje diagnóstico más apropiado y la orientación terapéutica con mayor efectividad en estos cuadros.

Prevalencia e incidencia de la Anorexia Nerviosa

Los trastornos del comportamiento alimentario son considerados eventos infrecuentes, por lo que es difícil establecer la prevalencia/incidencia en la población general además, muchos estudios se centran sólo en una única muestra seleccionada, presentan los resultados de datos originarios de los servicios de salud, lo que aumenta los problemas metodológicos de los estudios de incidencia (Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AIM, Van Furth EF, Hoek HW, 2006). En la etapa de la adolescencia, resulta difícil describir las sensaciones y las percepciones (Micali N, House J., 2011), las niñas que se encuentran en el período anterior o en el inicio de la pubertad pueden mostrar ausencia de menstruación, mientras en otras niñas, después de la menarquia la menstruación puede caracterizarse por flujos irregulares, y también hay una gran variabilidad en la tasa de crecimiento físico (Rosen DS, 2010). A pesar de las dificultades señaladas, los estudios epidemiológicos se llevan a cabo para identificar la incidencia y la prevalencia de los TCA en diversas poblaciones (Swanson Sa, Crow SJ, Le GD, Swendsen J, Merikangas KR, 2011)

- *Anorexia Nerviosa*: La prevalencia de vida de la AN en los adolescentes es del 0,3% al 2,2% (Isomaa AL, Isomaa R, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, 2010) y puntual del 0,1% al 1,5%. La mayor prevalencia de este trastorno es entre los adolescentes del sexo femenino, aunque Swanson y cols. (2011), en un estudio de adolescentes de 13 a 18 años de edad, no han encontrado diferencias significativas a lo largo del tiempo entre ambos sexos. Estudios previos que evaluaron datos de servicios de salud, indicaron que la incidencia global de la AN, según los criterios del DSM-IV ha tenido tasas más estables en el tiempo (Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H., 2005). En los Países Bajos, las tasas de incidencia global se han mantenido estabilizadas cuando se evalúan los años 80 y 90 (7,4/100.000/año para

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

1985-1989 y 7,7/ 100.000/año para 1995-1999), sin embargo, cuando se evaluó la incidencia teniendo en cuenta la edad se registró en el período 1995 a 1999, un aumento significativo del 94% de AN en el grupo de niñas con edades comprendidas entre 15 y 19 años (56,4/100.000 personas/año para 109/ 100.000 personas/año). Valores aún más significativos en el estudio poblacional realizado con gemelos finlandeses, arrojando la cifra de 270/100.000 personas/año . A pesar de la gran variabilidad en las tasas de incidencia, hay consenso entre las investigaciones en que el período de la vida en que tiene un riesgo mayor las mujeres, es durante la adolescencia media y tardía (Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, 2007). Sin embargo, es importante señalar que la aparición de AN puede ocurrir en niños y niñas muy pequeños y las proporciones estimadas entre mujeres-hombres en la población general y entre adolescentes son, respectivamente, 12:01 y 15:01.

- *Bulimia Nerviosa*: Los estudios epidemiológicos muestran que el 0,1% y el 2% (Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM, 2007) de los adolescentes cumplen el criterio diagnóstico del DSM-IV de BN. Currin y cols., en un estudio en el Reino Unido, identificó incremento global en la incidencia de BN en el período 1998 a 2000. Cabe destacar que este aumento fue más significativo en los primeros años de la década del 90, con un pico en 1996, con la subsiguiente disminución de alrededor del 38,9% hasta el año 2000. Unos investigadores registraron tasas de incidencia global similares en los años 90, 6,1/100.000/año, y el año 2000, 6,6/100.000/año. Por otra parte, Nicholls, Lynn y Viner (2011) obtuvieron tasas más bajas (0,04/100.000/año) que fueron confirmadas por un estudio reciente con niños y adolescentes británicos de seis a 13 años de edad. Las adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 19 años (35,8/100.000 habitantes/año) integraron el grupo de mayor riesgo para la BN, como lo demuestra Currin et al. (2005), mientras que Van Son y cols.(2006) identificaron a aquellas con edades entre 15 y 19 años (41/100.000 personas/ año) y mujeres jóvenes, entre 20 y 24 años (42,6/100.000 habitantes/año). Es importante destacar que la estimación de la razón mujeres-hombres para la BN entre los adolescentes (10:01), es ocho veces inferior a la registrada en la población general (18:01)

Los factores de riesgo para la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Incluso con el desarrollo de los de estudios longitudinales, está aún lejos de un consenso cuáles son los factores determinantes y el papel del medio ambiente en la aparición de la AN y BN. Además, la mayoría de estas investigaciones se centran en un número limitado de factores, otras incluyen un solo género o trabajan con muestras pequeñas. Es necesario establecer los factores que permitan la formulación adecuada de modelos explicativos que incluyan la comprensión de la interacción de los mismos, con el fin de desarrollar estrategias de prevención y tratamiento

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

de los TCA. Seguidamente se discutirán los estudios sobre la AN y BN, en las tres grandes dimensiones de presentación de los factores de riesgo, biológicos, socioculturales y psicológicos.

Los factores biológicos

La genética

Fueron identificados diferentes genes y se han desarrollado hipótesis para explicar la influencia de éstos en los TCA a través de la interacción de los cambios del componente genético con las variables ambientales (Racine SE, Burt SA, Iacono WG, McGue M, Klump KL., 2011) y su influencia probablemente mediada por variables psicológicas y por la pubertad (Spanos A, Klump KL, Burt SA, McGue M, Iacono WG., 2010). Pero, aún así, es necesario aclarar los mecanismos por los que suceden la contribución genética en este complejo proceso (Stice E, Ng J, Shaw H., 2010). Se estima que durante la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo, indicando con ello que estos factores tienen una importancia mucho mayor en la determinación de la etiología de los TCA, que los factores ambientales. No obstante, Klump y cols. (2010) entienden que poca o ninguna influencia del medio ambiente compartido en los TCA identificada en estos estudios, no excluye la participación de los factores socio-culturales en este proceso.

La evidencia sugiere que el tipo de riesgo genético para los atracones puede estar mediado por el género y las estimaciones de heredabilidad de los síntomas de TCA son compartidos en una pequeña proporción por ambos géneros (Culbert KM, Racine SE, Klump KL., 2011). El deseo de estar delgado y la insatisfacción corporal, la pérdida de peso intencional y el comportamiento alimentario anormal fueron significativamente más bajos entre los niños en comparación con las niñas. Sin embargo, altas estimativas de heredabilidad del Índice de Masa Corporal (IMC) superior a lo normal fueron similares entre los sexos (el 80% para las mujeres y el 76% para los hombres). Los estudios con gemelos, sugieren que la magnitud de los efectos genéticos y ambientales en los síntomas de TCA varía significativamente en las distintas edades siguiendo una trayectoria similar a la influencia de estos efectos durante la maduración sexual. Klump y cols. (2007) informó de grandes efectos del medio ambiente compartido (40%) y no compartido (54%) entre los/las adolescentes a los 11 años de edad sobre el riesgo de padecer síntomas de TCA, mientras que los efectos genéticos representaron sólo el 6%. Por otra parte, hubo un aumento significativo de la contribución genética (46%) a la edad de 14 años que se mantuvo constante hasta los 18 años. Otros estudios aun destacaran que los efectos genéticos sobre los síntomas de TCA mostraran un aumento significativo en la estimación de la heredabilidad, sin que hubiera influencia genética antes de la pubertad pero con niveles importantes en la pubertad y después de la pubertad (44% a 60%). Se sugiere que con la activación de las hormonas ováricas (estradiol sobre todo) en el inicio de la pubertad, también se registra un aumento de

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

los factores genéticos (Klump KL, Keel PK, Sisk C, Burt SA., 2010). Sin embargo, el estradiol que regula la transcripción de genes entre los neurotransmisores que controlan el apetito y el estado de ánimo, como la serotonina, puede influir en la predisposición genética de los TCA en la pubertad. Algunos investigadores sugieren que las motivaciones para la pérdida de peso son más significativas en niñas homocigotas para el polimorfismo en el gen transportador de la serotonina asociado con una mayor actividad de la monoamino oxidasa plaquetaria. Por otra parte, no se detectó ninguna interacción significativa entre la dieta restrictiva, la impulsividad y los genes de la serotonina para el atracón.

El papel de la pubertad

El inicio de la pubertad se produce por la liberación de hormonas a través del eje hipotálamo-hipófisisgonadal, caracterizándose esta fase por el desarrollo y la maduración de los caracteres sexuales secundarios en los adolescentes, así como por el crecimiento lineal acelerado, la dinámica de aumento de peso y el desarrollo de la identidad (el deseo de aprender y desarrollarse) del adolescente (Klump KL, Keel PK, Sisk C, Burt SA, 2010). Es destacable la acción de las hormonas esteroideas en la psicología de las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la alteración organizacional de los rasgos psicológicos y comportamentales y en los cambios físicos, como el aumento de la cantidad de grasa corporal en las niñas. Según Bearman y cols. (2006), esta nueva estructura corporal en las niñas se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, exponiéndolas a la presión por ser delgada en sus relaciones interpersonales, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal. Otro evento importante es la pubertad temprana, que coloca al individuo en riesgo de padecer de síntomas de TCA, ansiedad, actuar impulsivamente en respuesta a una situación de sufrimiento (Combs JL, Pearson CM, Smith GT, 2010), preocupación por el control o la pérdida del peso, lo cual sugiere que los mecanismos físicos y psicosociales se ven afectados por la madurez sexual a temprana edad. Es importante destacar que existe una fuerte evidencia de que la aparición de la obesidad infantil en niñas precede a la pubertad precoz, diferencialmente en los niños, el IMC alto está asociado con una madurez tardía (Lee JM, Kaciroti N, Appugliese D, Corwyn RF, Bradley RH, Lumeng JC, 2010).

Rosenfield y cols.(2009) encontraron que las niñas que tienen sobrepeso, en comparación con aquellas con un IMC adecuado, tuvieron una prevalencia de madurez sexual a temprana edad y aparición de la menarquia a una edad más precoz. Además, estas niñas están expuestas a una condición que les exige una madurez también anticipada de su identidad, lo que podría conducir a un conflicto y contribuir a una mayor insatisfacción y una imagen corporal pobre, con los consiguientes comportamientos alimentarios inapropiados y la posible aparición de TCA.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

El sobrepeso y la obesidad

La obesidad es un importante problema de salud en la infancia y la adolescencia, especialmente en los países desarrollados (Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM, 2010), sin embargo, no excluye a aquellos en vías de desarrollo. En el mundo contemporáneo en el que vivimos, nos encontramos en un ambiente que promueve el desarrollo de la obesidad, caracterizado por muchos factores, tales como el fácil acceso a los alimentos de bajo costo, altos en calorías y agradables al paladar, la presión de los medios de comunicación mediante la imposición de una imagen corporal ideal, y por otro lado, el consumo de alimentos poco saludables (Corsica JA, Hood MM, 2011). Las presiones socio-culturales por tener un cuerpo "ideal" promueven una mayor valoración de la apariencia, pudiendo generar en el adolescente, sobre todo aquellos con obesidad, una mayor insatisfacción corporal y como consecuencia riesgo significativo de comportamientos alimentarios gravemente negativos. Es importante destacar que, mientras que el sobrepeso y la obesidad suelen ser más frecuentes entre los chicos en comparación con las chicas, la insatisfacción con la imagen corporal (Lawler M, Nixon E, 2011), el comportamiento alimentario no saludable (Haley CC, Hedberg K, Leman RF, 2010) y los TCA son más frecuentes entre las niñas. Además, los niños con bajo peso parecen estar más preocupados con el tono muscular, mientras que la imagen corporal negativa en las niñas aumenta con el aumento en el IMC. La obesidad en la adolescencia es una condición de alto riesgo de desarrollo de TCA (Calderón C, Fornis M, Varea V, 2010), actitudes y comportamientos alimentarios inadecuados para la pérdida de peso (Espinoza P, Penelo E, Raich RM, 2010), insatisfacción con la imagen corporal, ser víctima de "críticas/burlas" por la familia y/o sus compañeros, ansiedad, depresión y, aún más preocupante, es la posibilidad de que los adolescentes experimenten al mismo tiempo varios problemas relacionados con el peso, una condición que puede perpetuar la alteración. En un estudio longitudinal se encontró que el 40% de las niñas y el 20% de los niños con sobrepeso, estaban involucrados en por lo menos un comportamiento alimentario alterado y respectivamente, un 13,4% y un 4,7% tenían más de un comportamiento relacionado. Otra investigación sugiere que un IMC alto, la presión sociocultural para reducir el peso, y la comparación del cuerpo fueron factores de riesgo de realización de conductas de pérdida de peso. Sin embargo, es importante destacar que el exceso de peso en la pre-pubertad puede conducir a la aparición temprana de la maduración sexual y en conjunto probablemente, contribuyen a la aparición de la BN e insatisfacción con la imagen corporal. No estar satisfecho con el cuerpo predice el uso de estrategias extremas para controlar o favorecer la pérdida ponderal, lo que puede poner a los adolescentes en riesgo de aumento del peso (Madruga SW, Azevedo Mrd, Araújo CL, Menezes AMB, Hallal PC, 2010) y otros daños para su salud.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Los factores socio-culturales

Presiones socio-culturales sobre el peso

La literatura reciente indica que la insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de los TCA son influenciadas por presiones socioculturales, por ejemplo de los medios de comunicación y de las relaciones interpersonales, centrados en un ideal de belleza inalcanzable para muchos adolescentes (Jackson T, Chen H, 2011). Sin embargo, pocos estudios han investigado los efectos de estas presiones en relación con la edad o la etapa de la vida. Los resultados indican que, sobre todo la familia ejerce influencia en los/las niños/niñas y en los/las adolescentes más jóvenes, por el contrario, los amigos y los medios de comunicación sobre aquellos que se encuentran en fases intermedias y finales de la adolescencia (Blodgett Salafia EH, Gondoli DM, 2011)

La influencia de los medios de comunicación

En la sociedad actual y globalizada el ideal de la belleza diseminado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la "delgadez del cuerpo" para hombres y mujeres adolescentes y por otra parte estigmatizan la obesidad. Paradójicamente, los medios de comunicación muestran mensajes de que ser delgado es hermoso, incentivan el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza establecido, y por otro lado, bombardean a los/las niños/ niñas y adolescentes

con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insalubres. En este contexto, desde muy temprano, niños y niñas que aún están en proceso de formación de la imagen corporal, reciben informaciones opuestas de los medios de comunicación que pueden configurarse en

condiciones muy desfavorables en el proceso de formación de la imagen corporal, del comportamiento alimentario y de la salud de los adolescentes. El estudio desarrollado por Schooler y Trinh (2011) registró, entre las niñas, que el perfil de uso de la televisión, fue el predictor más fuerte de insatisfacción con la imagen corporal, en concreto, en el grupo de niñas que a menudo y de forma indiscriminada veían los programas de televisión. En la otra investigación, Becker y cols.(2011) identificaron que sólo las redes sociales de exposición a los medios se asociaron con indicativos de TCA. En los Estados Unidos, las niñas que trataban de parecerse a las mujeres que se encontraban en los medios de comunicación y los niños y niñas que estuvieron expuestos a las revistas sobre pérdida de peso, presentaron mayor riesgo de atracón y uso de estrategias extremas para controlar el peso. Fueron identificados en China hallazgos consistentes con los encontrados en los países occidentales (Jackson T, Chen H, 2010). Además, los estudios muestran una asociación entre un mayor efecto de los medios de comunicación con la insatisfacción corporal y el ideal de desarrollo del tono muscular entre los varones adolescentes, sin embargo, los resultados son contradictorios, lo que indica que las

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

relaciones interpersonales entre ellos son más importantes en la determinación de estas condiciones que los medios de comunicación.

La influencia de las relaciones interpersonales

La influencia del ciclo de las relaciones proximales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, aumentando el riesgo de la persona de desarrollar problemas relacionados con la alimentación y las medidas y la figura del cuerpo, pero los resultados acerca de quién juega el papel principal en la determinación de estos problemas, son inconsistentes. Mellor y cols.(2008) destacan la influencia de los padres sobre los hijos como el factor de riesgo más grande de insatisfacción con el cuerpo y de pérdida de peso entre adolescentes de ambos sexos, sugiriendo que la familia desarrolla un papel mucho más importante entre los adolescentes, que los amigos y los medios de comunicación. Por el contrario, Shroff y Thompson (2006) indicaron que las influencias de los compañeros, pero no de los padres, se asociaron con la internalización del ideal de delgadez y con comparación social entre las niñas. Por otro lado, Muris y cols.(2005); Jackson y Chen(2010); Shomaker y Furman (2010) indicaron presiones similares en la apariencia de los adolescentes de ambos sexos. Teniendo en cuenta estos resultados contradictorios, Blodgett, Salafia y Gondoli (2011) resaltan la necesidad de evaluar la importancia del papel de las presiones socioculturales en la determinación de los TCA durante el proceso de transición a la adolescencia, debido a las características específicas de este período de la vida, marcada por inestabilidades. Estos investigadores siguieron por cuatro años a chicas de 10 años hasta los 12 años de edad y encontraron que en la evaluación por separado, los padres y amigos tienen un efecto importante en la insatisfacción con la imagen corporal y los síntomas bulímicos, sin embargo, al examinar el papel de los padres y amigos juntos, los amigos tienen más influencia que los padres. Además, los estudios han encontrado que los individuos que mantienen relaciones proximales del mismo sexo que el adolescente, son importantes en la determinación de la ocurrencia de atracones y del uso de estrategias tanto para la pérdida de peso como para aumentar el tono muscular. También, el comportamiento de los padres con demasiado control sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de los padres y amigos para que sean delgados, contribuyen al desarrollo de una imagen corporal negativa de uno mismo y las consecuentes conductas posteriores de riesgo para la salud. Sin embargo, en relación con el tono muscular, los investigadores encontraron que los niños y las niñas no se diferenciaron en el informe de presión por ser musculoso en las relaciones con sus madres, padres o amigos, no obstante, los chicos eran más presionados por sus parejas románticas para que fueran musculosos y tuvieron puntuaciones más altas que las chicas en el deseo y preocupación por la musculatura. Otra cuestión importante en la determinación de la existencia de insatisfacción con la imagen corporal

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

y TCA son las burlas de familiares y amigos sobre el peso. Se ha identificado un mayor riesgo de compulsión alimentaria, comportamientos inadecuados para controlar el peso y sobrepeso entre los niños y de las dietas restrictivas, atracones y conductas extremas para pérdida de peso entre las niñas que han recibido provocaciones por su apariencia física, en comparación con sus compañeros. También se sugiere que el comportamiento de los amigos puede influir en el nivel de satisfacción con la imagen corporal y comportamientos relacionados con la dieta, ya que estos aspectos se comparten dentro de la relación del grupo (Woelders LC, Larsen JK, Scholte RH, Cillessen AH, Engels RC, 2010; Eisenberg ME, Neumark –Sztainer D., 2010). Algunos estudios han observado que la realización de dietas por compañeros del grupo de referencia fue un factor de riesgo de comportamientos relacionados con los TCA en los sexos masculino y femenino.

Los aspectos transculturales

Los trastornos del comportamiento alimentario no se dan uniformemente en todas las culturas y en algunos casos se manifiestan con características diferentes de la enfermedad. Aunque hay pocos estudios sobre los comportamientos de riesgo y TCA en otras culturas, existen evidencias de que la aparición de estos problemas no está restringida a los países occidentales, con tasas similares de TCA a las registradas en muestras caucásicas (Mousa TY, Al-Domi HA, Mashal RH, Jibril MA, 2010). Los inmigrantes que residen en los países occidentales del primer mundo y las minorías étnicas en esos países, parecen componer un grupo de riesgo para la aparición de TCA, de acuerdo con el proceso de aculturación. Niñas indígenas americanas y latino-americanas y niños indígenas americanos, hispanos y negros tenían tasas más altas de comportamientos asociados con las prácticas inadecuadas para perder peso que sus compañeros blancos no hispanos. Situación similar fue observada por Jennings y cols. (2005), que identificaron en el grupo de asiáticas puntuaciones significativamente más altas en psicopatología de los TCA, en comparación con las caucásicas. Otro estudio con niñas adolescentes en Australia y Fiji identificó que ambas adolescentes tenían insatisfacción con su imagen corporal, deseaban ser más delgadas que su peso actual y valorizaban la presencia del tono muscular, sin embargo, parece que las chicas australianas estaban menos preocupadas con la imagen que sus compañeras de Fiji. Los investigadores justifican estos resultados a la luz de la "modernización" que se ha producido en la cultura de Fiji. Se debe dar énfasis a los casos de TCA descritos en muchas culturas, en las cuales el miedo mórbido a engordar y/o los trastornos de la imagen corporal o las conductas compensatorias no están presentes como síntoma de la enfermedad, o casos en que la preocupación está centrada en el apariencia facial, tales como en China (Jackson T, Chen H, 2007). Estos hallazgos sugieren que los TCA entre los adolescentes en las diferentes culturas pueden venir de una serie de condiciones no relacionadas con las conductas compensatorias o con el peso, pero si con la forma del cuerpo o parte de lo mismo.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Factores psicológicos

Preocupación por el peso, la internalización del ideal de delgadez.

La preocupación por el peso se refleja en el deseo de las niñas y niños de un cuerpo ideal, delgado y/o musculado. El miedo a engordar estuvo presente en el 71% de los niños y adolescentes, el 67% de ellos estaban preocupados por el peso y el 51% de la forma.

Se sugiere que la internalización de los ideales de la belleza en las niñas y en los niños los ponen en riesgo de insatisfacción corporal (Mousa TY, Mashal RH, Al-Domi HA, Jibril MA, 2010) y de conductas de riesgo de TCA cuando no se logra el peso deseado. En un estudio de cinco años de seguimiento las adolescentes que querían estar más delgadas eran cuatro veces más propensas a desarrollar actitudes alimentarias negativas en comparación con sus compañeras que no tenían este deseo (Westerberg-Jacobson J, Edlund B, Ghaderi A, 2010). Contrariamente a estos resultados, Bearman y cols.(2006) no encontraron ninguna asociación significativa entre la internalización del ideal corporal y el aumento del nivel de la insatisfacción corporal. Además, en una cohorte de nacimiento, aproximadamente el 19% de los niños y niñas que cumplían los criterios de definición de caso de TCA no mostraron preocupación

por la forma del cuerpo o el peso, ni temor a la ganancia de peso. Merece ser destacada la amplificación de la discrepancia entre el cuerpo ideal y real que puede ocurrir en las niñas después de la pubertad, un período de gran vulnerabilidad en el que el aumento de la adiposidad dirige a las niñas a los ideales de atractivo interiorizados, por el contrario, a medida que se produce en los niños la maduración sexual, están más satisfechos con sus cuerpos.

La importancia de la insatisfacción con la imagen corporal

La construcción de la imagen corporal es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural. Los estudios demuestran que la insatisfacción con las partes del cuerpo es una preocupación común entre los adolescentes y se asocia el inicio de la pubertad en las niñas, probablemente como resultado de la dinámica de la ganancia de peso característica de esta fase para las mujeres, caracterizada por una mayor proporción de la ganancia de grasa que músculo. La insatisfacción corporal está presente en un 25% a un 81% de las adolescentes y en un 16% a un 55% de los niños y contribuye a la aparición de diversas condiciones físicas y psicológicas. Hay una fuerte evidencia de que el rechazo de la configuración del cuerpo es un factor de riesgo causal de los comportamientos y actitudes alimentarias negativas, y está relacionada con la obesidad, la baja autoestima y síntomas de depresión. Una baja satisfacción corporal en adolescentes es un factor de motivación para la realización de dieta, la implicación en conductas no saludables de control del peso, que a su vez, pueden dar lugar a ingesta compulsiva de alimentos y ganancia de peso, con el consecuente sentimiento de fracaso por no alcanzar la reducción ponderal. Los adolescentes que tienen exceso de peso parecen ser más

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

propensos a mostrar insatisfacción con la imagen corporal que sus pares de peso saludable, aunque ninguna asociación entre IMC alto y una imagen negativa de sí mismo fue observada por Bearman y cols. (2006). Se sugiere que la imposición de un estándar de belleza hace que las personas con exceso de peso que se alejan del ideal, sean vulnerables a la insatisfacción con la imagen corporal. Por último, señalar que estas relaciones pueden ser recíprocas, es decir, tanto la insatisfacción con la imagen corporal contribuye a la aparición de las condiciones presentadas, como estos problemas pueden aumentar la diferencia entre el peso ideal y el actual, y aumentar la insatisfacción corporal (Mousa TY, Mashal RH, Al-Domi HA, Jibril MA, 2010) imprimiendo más daño a la salud psicológica y física de los adolescentes.

Comportamiento inadecuado para bajar de peso: dieta

Muchas adolescentes anhelan ser más delgadas y, a su vez, los niños aspiran a ganar peso o reducirlo, pero en menor medida que las niñas. Para lograr la apariencia ideal, los adolescentes a menudo utilizan comportamientos inadecuados de control de peso, tales como la dieta restrictiva, el ayuno, los vómitos auto-infligidos, el uso de laxantes y diuréticos, porque creen que se traducirá en beneficios físicos y psicosociales. Sin embargo, parece que la dieta restrictiva es una de las estrategias más utilizadas y en la actualidad forma parte de la cultura, que es una estrategia efectiva para lograr el cuerpo delgado esperado. Contrario a esta creencia, los estudios longitudinales demuestran que la dieta restrictiva autoinformada ayuda a aumentar el riesgo de problemas de salud relacionados con la apariencia física, es decir, aumento de peso, atracones, bulimia, depresión y baja autoestima en los adolescentes. Neumark-Sztainer y cols.(2007) encontraron que el 55,4% y 24,8% de las niñas y los niños, respectivamente, informaron hacer dieta, poniéndose en una posición de mayor vulnerabilidad a la adopción de hábitos alimenticios inadecuados. El ayuno estuvo presente en el 23% de los adolescentes con puntuaciones altas en restricción dietética y el ayuno prolongado fue más frecuente que la dieta sin orientación médica y las conductas purgativas.

Además, un estudio prospectivo informó de comidas menos frecuentes entre los adolescentes de ambos sexos y menos calorías e ingesta de nutrientes entre las niñas que persistían en las prácticas inadecuadas de pérdida de peso en comparación con sus compañeros que no hacían o dejaron de realizar estos comportamientos. Los investigadores de dos estudios longitudinales mostraron una contribución significativa de la restricción dietética en el aumento del IMC y en atracones y una disminución en la frecuencia del desayuno entre niños y niñas. Además, la restricción de la ingesta calórica es un factor de riesgo de reducción de la actividad física entre los varones y comportamiento extremo de pérdida de peso en las niñas. A su vez, Stice y cols.(2008) demostraron que el ayuno es un factor de riesgo más robusto para predecir bulimia que la restricción dietética, y que el tiempo de ayuno tuvo un efecto en todo el período de estudio

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

mientras que la dieta en tan sólo un corto intervalo de tiempo. Se sugiere que la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria se asocia a las tentativas de uso de estrategias

frustrantes (como la dieta y/o las purgas) para contrarrestar los atracones y el aumento de peso, generando expectativas no alcanzadas y sentimientos de ineficacia para producir un cambio de peso, lo cual puede reforzar en el adolescente el aumento del nivel de insatisfacción con la imagen corporal y las conductas y las actitudes alimentarias negativas y la aparición de TCA.

Baja autoestima y el afecto negativo

En la pubertad, las hormonas sexuales promueven el cambio de organización de los rasgos psicológicos y de comportamiento, y se sugiere que sus acciones afectan el estado de ánimo y la conducta alimentaria, especialmente si el individuo es de maduración temprana, lo cual puede favorecer la aparición de TCA. Además, la adolescencia es el período de formación de la identidad y de cambios físicos de gran magnitud, que cuando se combinan con la aspiración de los adolescentes de ser aceptados, puede desencadenar procesos de comparación de su cuerpo con la gente de su condición social o de los medios de comunicación. La comparación social, la internalización de ideal de delgadez pueden contribuir a la insatisfacción con la imagen corporal y esto a su vez puede promover la restricción dietética, la baja autoestima y la depresión entre los adolescentes, determinando la ocurrencia de los TCA. De hecho, la baja autoestima es un problema común entre los adolescentes y se sabe que se asocia fuertemente con la imagen negativa del cuerpo y algunos investigadores sugieren que las niñas son más susceptibles a las influencias de sus pares en presencia de perfeccionismo y baja autoestima. Los estudios muestran que la tendencia a comparar su cuerpo con otros y la insatisfacción con la imagen corporal se asociaron significativamente con baja autoestima, mientras que, una autoestima alta se constituyó en un factor de protección para los problemas relacionados con el peso entre las niñas y los TCA en ambos sexos. Sin embargo, los efectos negativos de las presiones por estar delgadas y las burlas y críticas por parte de familiares y amigos sobre el peso de los/las adolescentes, puede favorecer la aparición o aumento en el nivel de baja autoestima, y por lo tanto iniciar un proceso de comparación social y actitudes y comportamientos alimentarios negativos, aumentando los prejuicios, especialmente en las niñas, y agravando la insatisfacción con su imagen corporal. De igual importancia, la depresión y el afecto negativo deben ser considerados como una influencia negativa sobre el peso y aumentan el riesgo de insatisfacción corporal y de preocupaciones sobre la alimentación (Rodgers RF, Paxton SJ, Chabrol H, 2010) y se asocian con altos niveles de percepción de las influencias socioculturales, que puede imprimir más daños a la salud de los adolescentes.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

CONCLUSIONES

Los resultados extraídos de la búsqueda sistemática sugieren que los trastornos de la conducta alimentaria surgen como resultado de tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Hay que tener en cuenta la carga genética y los antecedentes familiares, la insatisfacción con el peso corporal que da lugar a una restricción de la dieta y las consecuencias multidisciplinares de este trastorno (físicas, psicológicas y sociales) como factores perpetuantes. Debemos tener en cuenta la coexistencia de comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo (depresión) y trastornos del control de los impulsos.

Los resultados de la actual revisión indican que a pesar de la gran variabilidad en las tasas de incidencia de AN y BN, hay consenso entre los estudios que las mujeres tienen un riesgo mayor en la fase intermedia y tardía de la adolescencia, pero la aparición de estos trastornos no son despreciables entre los chicos y niños/niñas muy pequeños. Se sugieren que los efectos genéticos sobre los TCA presentan un expresivo crecimiento de la estimación de la heredabilidad, siguiendo la trayectoria del proceso de maduración sexual. La nueva estructura corporal en las niñas se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, sobre todo en aquellas con obesidad y/o pubertad temprana, exponiéndolas a la

presión social por ser delgada, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal, baja autoestima y depresión, a su vez puede iniciar un proceso de comparación social y la utilización de estrategias inapropiadas para la pérdida de peso y la posible aparición

de TCA. Por el contrario, a medida que la maduración sexual se produce en los niños, éstos están más satisfechos con sus cuerpos, sin embargo aquellos con bajo peso parecen estar más preocupados con el tono muscular. Por último, los hallazgos recientes de estudios en diferentes culturas sugieren que los TCA entre los adolescentes pueden venir de una serie de condiciones no relacionadas con conductas compensatorias o el peso, pero si con la forma del cuerpo o parte del mismo.

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema importante de salud que pone en peligro la vida del paciente. Es muy importante la rápida detección del mismo y la instauración de tratamiento. El tratamiento debe ser multidisciplinar con el paciente y los familiares, dando información sobre el abordaje del paciente y teniendo en cuenta la falta de conciencia de enfermedad que suele existir en los pacientes, especialmente en fases iniciales del trastorno, sobre la que es necesario realizar especial énfasis y abordar de forma temprana para condicionar una mejoría pronóstica.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
2. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders. *J Am Diet Assoc* 2006; 106 (12): 2073-2082.
3. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18 (1): 31-47.
4. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AIM, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006; 39 (7): 565-9.
5. Markey C. Invited Commentary: Why Body Image is Important to Adolescent Development. *J Youth Adolesc* 2010; 39 (12): 1387-91.
6. Xu X, Mellor D, Kiehne M, Ricciardelli LA, McCabe MP, Xu Y. Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image* 2010; 7 (2): 156-64.
7. Peláez-Fernández MA, Raich RM, Labrador FG. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2010; 01 (01): 62-75.
8. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry* 2011; 198 (4): 295-301.
9. Micali N, House J. Assessment Measures for Child and Adolescent Eating Disorders: A Review. *Child Adolesc Ment Health* 2011; 16 (2): 122-7.
10. Rosen DS, the Committee on Adolescence. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2010; 126 (6): 1240-53.
11. Swanson SA, Crow SJ, Le GD, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 714-723.
12. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and Treatment of Mental Disorders
1. Among US Children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics* 2010; 125 (1): 75-81.
13. Isomaa AL, Isomaa R, Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Obesity and eating disturbances are common in 15-year-old adolescents. A two-step interview study. *Nord J Psychiatry* 2010; 64 (2): 123-9.
14. Nicholls DE, Viner RM. Childhood Risk Factors for Lifetime Anorexia Nervosa by Age 30 Years in a National Birth Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48 [8]: 791-799.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

15. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A et al. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (8): 1259-65.
16. Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res* 2007; 62 (6): 681-90.
17. Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51 (4): 518-25.
18. Racine SE, Burt SA, Iacono WG, McGue M, Klump KL. Dietary restraint moderates genetic risk for binge eating. *J Abnorm Psychol* 2011; 120 (1): 119-28.
19. Spanos A, Klump KL, Burt SA, McGue M, Iacono WG. A longitudinal investigation of the relationship between disordered eating attitudes and behaviors and parent-child conflict: a monozygotic twin differences design. *J Abnorm Psychol* 2010; 119 (2): 293-9.
20. Klump KL, Burt SA, McGue M, Iacono WG. Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence: a longitudinal twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64 (12): 1409-15.
21. Klump KL, Burt SA, Spanos A, McGue M, Iacono WG, Wade TD. Age differences in genetic and environmental influences on weight and shape concerns. *Int J Eat Disord* 2010a; 43 (8): 679-88.
22. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. The Influence of Gender and Puberty on the Heritability of Disordered Eating Symptoms. *Curr Top Behav Neurosci* 2011; 6: 177-85
23. Klump KL, Keel PK, Sisk C, Burt SA. Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychol Med* 2010b; 40 (10): 1745-53.
24. Racine SE, Culbert KM, Larson CL, Klump KL. The possible influence of impulsivity and dietary restraint on associations between serotonin genes and binge eating. *J Psychiatr Res* 2009; 43 (16): 1278-86.
25. Bearman S, Presnell K, Martinez E, Stice E. The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent
2. Girls and Boys. *J Youth Adolesc* 2006; 35 (2): 217-29.
26. Rosenfield RL, Lipton RB, Drum ML. Thelarche, Pubarche, and Menarche Attainment in Children With Normal and Elevated Body Mass Index. *Pediatrics* 2009; 123 (1): 84-8.
27. Combs JL, Pearson CM, Smith GT. A risk model for preadolescent disordered eating. *Int J Eat Disord* [serial on the Internet] DOI: 10.1002/eat.20851. 2010 Nov 5;n/a [cited 2011 Mar 5]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20851>.
28. Lee JM, Kaciroti N, Appugliese D, Corwyn RF, Bradley RH, Lumeng JC. Body Mass Index and Timing of Pubertal Initiation in Boys. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164 (2): 139-44.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

29. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of High Body Mass Index in US Children and Adolescents, 2007-2008. *JAMA* 2010; 303 (3): 242-9.
30. Corsica JA, Hood MM. Eating disorders in an obesogenic environment. *J Am Diet Assoc* 2011; 111 (7): 996-1000.
31. Lawler M, Nixon E. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *J Youth Adolesc* 2011; 40 (1): 59-71.
32. Haley CC, Hedberg K, Leman RF. Disordered Eating and Unhealthy Weight Loss Practices: Which Adolescents Are at Highest Risk? *J Adolesc Health* 2010; 47 (1): 102-5.
33. Calderón C, Fornis M, Varea V. Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr Hosp* 2010; 25 (4): 641-47.
34. Espinoza P, Penelo E, Raich RM. Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: what happens 2 years later? *Body Image* 2010; 7 (1): 70-3.
35. Madruga SW, Azevedo MRd, Araújo CL, Menezes AMB, Hallal PC. Factors associated with weight loss dieting among adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad Saude Publica* 2010; 26: 1912-20.
36. Blodgett Salafia EH, Gondoli DM. A 4-Year Longitudinal Investigation of the Processes by Which Parents and Peers Influence the Development of Early Adolescent Girls' Bulimic Symptoms. *J Early Adolesc* 2011; 31 (3): 390-414.
37. Jackson T, Chen H. Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence: prospective evidence from mainland Chinese boys and girls. *J Abnorm Psychol* 2011; 120 (2): 454-64
38. Schooler D, Trinh S. Longitudinal associations between television viewing patterns and adolescent body satisfaction. *Body Image* 2011; 8 (1): 34-42.
39. Becker AE, Fay KE, Gnew-Blais J, Khan AN, Striegel- Moore RH, Gilman SE. Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *Br J Psychiatry* 2011; 198 (1): 43-50.
40. Jackson T, Chen H. Sociocultural Experiences of Bulimic and Non-Bulimic Adolescents in a School-Based Chinese Sample. *J Abnorm Child Psychol* 2010; 38 (1): 69-76.
41. Mellor D, McCabe M, Ricciardelli L, Merino ME. Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors. *Body Image* 2008; 5 (2): 205-15.
42. Shomaker LB, Furman W. A prospective investigation of interpersonal influences on the pursuit of muscularity in late adolescent boys and girls. *J Health Psychol* 2010; 15 (3): 391-404.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PERSONALIDAD, CONTROL DE IMPULSOS Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

43. Woelders LC, Larsen JK, Scholte RH, Cillessen AH, Engels RC. Friendship group influences on body dissatisfaction and dieting among adolescent girls: a prospective study. *J Adolesc Health* 2010; 47 (5): 456-62.
44. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Friends' Dieting and Disordered Eating Behaviors Among Adolescents Five Years Later: Findings From Project EAT. *J Adolesc Health* 2010; 47 (1): 67-73.
45. Mousa TY, Al-Domi HA, Mashal RH, Jibril MA. Eating disturbances among adolescent schoolgirls in Jordan. *Appetite* 2010a; 54 (1): 196-201.
46. Mousa TY, Mashal RH, Al-Domi HA, Jibril MA. Body image dissatisfaction among adolescent schoolgirls in Jordan. *Body Image* 2010b; 7 (1): 46-50.
47. Westerberg-Jacobson J, Edlund B, Ghaderi A. A 5-year longitudinal study of the relationship between the wish to be thinner, lifestyle behaviours and disturbed eating in 9-20-year old girls. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18 (3): 207-19.
48. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longitudinal Study of Adolescents: How Do Dieters Fare 5 Years Later? *J Am Diet Assoc* 2006; 106 (4): 559-68.
49. Stice E, Davis K, Miller NP, Marti CN. Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: A 5-year prospective study. *J Abnorm Psychol* 2008; 117 (4): 941-6.
50. Rodgers RF, Paxton SJ, Chabrol H. Depression as a moderator of sociocultural influences on eating disorder symptoms in adolescent females and males. *J Youth Adolesc* 2010; 39 (4): 393- 402.