

FACTORES DE RIESGO DE ALTERACIONES ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES Y CHILENOS

Paola Espinoza, Eva Penelo y Rosa M. Raich

Universidad Autónoma de Barcelona (España)

Resumen

El objetivo del estudio fue comparar factores de riesgo individual, familiar y sociocultural de alteraciones alimentarias en adolescentes españoles y chilenos. Participaron 172 españoles y 106 chilenos de ambos sexos, de 12 a 14 años. Se evaluó el índice de masa corporal, dieta, interiorización del modelo estético corporal ("Cuestionario de influencias del modelo estético corporal"), actitudes alimentarias ("Test de actitudes hacia la comida") y satisfacción corporal ("Cuestionario de imagen corporal"), en función del país y sexo. En función del país no se observan diferencias en la interiorización del modelo estético corporal, actitudes alimentarias y riesgo de desarrollar alteraciones alimentarias, mientras que la satisfacción corporal ($p < 0,01$) y la realización de dieta ($p = 0,03$) son superiores en la muestra chilena. En función del sexo no se hallan diferencias en actitudes alimentarias y niveles de dieta, en cambio las chicas presentan mayor interiorización del modelo estético corporal ($p < 0,05$) y menor satisfacción corporal ($p = 0,02$). Estos resultados sugieren que los adolescentes evaluados comparten influencias socioculturales hacia la delgadez y actitudes alimentarias orientadas al control del peso.

PALABRAS CLAVES: *Alteraciones alimentarias, estudio transcultural, adolescentes, dieta.*

Abstract

The aim of the study was to compare individual, family, and cultural risk factors of eating disturbance in Spanish and Chilean adolescents. The sample comprised 172 Spanish and 106 Chilean adolescents of both genders, aged from 12 to 14 years, who participated in a cross section descriptive study. Body Mass Index, diet, internalization of body shape model ("Cuestionario de Influencias del modelo estético corporal"), eating attitudes (Eating Attitudes Test) and body satisfaction ("Cuestionario de imagen corporal"), were evaluated taking into account country

Correspondencia: Paola Espinoza, Dpt. de Psicología Clínica i de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat Psicologia, Campus UAB, 08193 Bellaterra (España). E-mail: pegespinoza@hotmail.com

and gender. No differences are observed on internalization of the body shape model, eating attitudes and eating disturbance risk across countries, whereas body satisfaction ($p < .01$) and making diet ($p = .03$) are higher in the Chilean sample. No differences are found on eating attitudes and diet level across genders, but girls show more internalization of the body shape model ($p < .05$) and less body satisfaction ($p = .02$). These results suggest that the adolescents evaluated share sociocultural influences towards thinness and eating attitudes oriented the weight control.

KEY WORDS: *Eating disturbance, cross-cultural study, adolescents, dieting.*

Introducción

Desde un enfoque sociocultural, la influencia de los estándares del atractivo femenino y masculino tienen su raíz en diferentes fuentes del entorno cultural y constituyen un factor de riesgo relevante en el desarrollo de alteraciones alimentarias (Anderson-Fye y Becker, 2004). Se considera que la interiorización de valores culturales a favor de la delgadez, que se difunden a través de medios de comunicación, familia y compañeros, conducirían a la insatisfacción corporal y alteraciones alimentarias, cuando interactúan con factores de riesgo individuales (p. ej., perfeccionismo, funcionamiento psicológico general, índice de masa corporal [IMC]) (van den Berg, Thompson, Brandon y Cooveert, 2002) y genéticos (Bulik, Slof-Op't Landt, van Furth y Sullivan, 2007).

En la adolescencia, la sobrevaloración de la apariencia física, junto a cambios psicológicos y físicos (como pueden ser cambios hormonales y del IMC) que caracterizan a esta etapa, determinan la necesidad del adolescente de referir su imagen corporal al modelo estético sociocultural vigente (Toro, 2004). En general, los niveles actuales de insatisfacción y preocupación corporal se han incrementado en los adolescentes (Eisenberg, Neumark-Sztainer, y Paxton, 2006). Las chicas parecen ser más vulnerables a presiones del entorno a favor de la delgadez y representan un grupo de riesgo de desarrollar insatisfacción corporal y alteraciones alimentarias, ampliamente estudiado. Sin embargo, estudios recientes informan de insatisfacción corporal en chicos (McCabe y Ricciardelli, 2004) como resultado de la sistemática difusión de un ideal corporal cada vez más delgado y musculoso (Pope et al., 2000). Este fenómeno comienza a ser investigado, dada sus implicaciones en hábitos alimentarios (McCabe y Vincent, 2003), alteraciones de la imagen corporal y ejercicio de musculación en adolescentes y jóvenes (Cafri, van den Berg y Thompson, 2006).

Si bien los trastornos alimentarios son más frecuentes en sociedades industrializadas occidentales, se han observado patrones similares de insatisfacción corporal y alteraciones alimentarias en mujeres no occidentales expuestas a la occidentalización de sus costumbres (Anderson-Fye y Becker, 2004; Miller y Pumariega, 2001; Rodríguez y Cruz, 2008; Soh, Touyz, y Surgenor, 2006). Lo mismo ha ocurrido en países que presentan procesos de transición económica y política, a la par que procesos de cambio socioculturales acelerados (Gordon, 2001), entre los cuales

cabe mencionar países de América Latina como Argentina, Brasil, Chile, México y Venezuela (Mancilla y Gómez, 2006).

McArthur, Holbert y Peña (2005) dan cuenta de este proceso al informar que adolescentes de ambos sexos de seis capitales de ciudades latinoamericanas, incluidas Santiago de Chile (Chile), Buenos Aires (Argentina), Ciudad de Guatemala (Guatemala), La Habana (Cuba), Lima (Perú) y Ciudad de Panamá (Panamá), prefieren la silueta de bajo peso como la mejor representación del atractivo físico y la salud. En cuanto al sexo, informaron que las chicas elegían la silueta más delgada como la más atractiva y al mismo tiempo presentaban mayor insatisfacción corporal. En los adolescentes chilenos las tendencias en satisfacción corporal y deseo de ser más delgado, independientemente del sexo, nivel socioeconómico y estado nutricional, se corresponden con el promedio de los adolescentes de los seis países participantes.

En relación a los estudios transculturales sobre estas alteraciones en población europea y latinoamericana, únicamente nos constan investigaciones en adolescentes y jóvenes españoles y mexicanos (Gómez-Peresmitré y Acosta-García, 2000, 2002; Raich *et al.*, 2001; Toro *et al.*, 2006), adolescentes españolas y latinoamericanas de diversos países residentes en España (Rodríguez y Cruz, 2008) y adolescentes suizos y argentinos de ambos性 (Holmqvist, Lunde y Frisén, 2007).

En España estudios epidemiológicos realizados sobre trastornos de la conducta alimentaria (en adelante, TCA) informan de cifras similares a las presentadas para los países de Europa occidental (Peláez, 2003). En Chile, aunque no se cuenta con cifras de prevalencia de TCA, se han realizado estudios para identificar población en riesgo de desarrollar alteraciones alimentarias en muestras no representativas de adolescentes y mujeres universitarias (Behar, 1998; Behar, Alviña, González y Rivera, 2007; Behar, Fernández, Rumie y Varela, 1996; Correa, Zubarew, Silva y Romero, 2006; Tapia y Ornstein, 1999).

El objetivo del presente estudio fue realizar una comparación transcultural de factores de riesgo individual, familiar y cultural de alteraciones alimentarias en una muestra de adolescentes urbanos españoles y chilenos. En cuanto al país, se espera hallar en estos adolescentes niveles similares en los factores de riesgo evaluados (dieta, influencia del modelo estético corporal, actitudes alimentarias, satisfacción y preocupación corporal). Respecto al efecto del sexo, se espera que las chicas tengan mayores niveles de influencia del modelo estético, realización de dieta, riesgo de alteraciones alimentarias y preocupación por su cuerpo, así como una menor satisfacción corporal que los chicos.

Método

Participantes

La muestra inicial estaba formada por 304 adolescentes españoles y chilenos que aceptaron participar voluntariamente, y cuyos padres otorgaron su consentimiento.

miento. Se incluyeron todos los adolescentes que completaron la evaluación. Se excluyeron los participantes españoles con algún progenitor de nacionalidad no española, así como los participantes chilenos con algún progenitor de nacionalidad no chilena. La muestra final quedó constituida por 278 participantes, 172 españoles (56,4% chicas) y 106 chilenos (60,4% chicas), de edades comprendidas entre 12 y 14 años ($M= 12,96$ años; $DT= 0,44$ años). Las diferencias en el Producto Interior Bruto (PIB) *per capita* del año 2006 entre España (22.152€) (Instituto Nacional de Estadística [INE] España, 2006) y Chile (8.876\$/año, equivalente a 5.867,55 al 27/02/2008) (Banco Central de Chile, 2007) aconsejaron utilizar una muestra intencionada. Por este motivo los participantes se seleccionaron de colegios concertados, que se corresponden con un nivel socioeconómico medio, para minimizar el efecto de dicha variable. El grupo de españoles estudiaba enseñanza secundaria en tres colegios concertados de Terrassa, ciudad industrial metropolitana de la provincia de Barcelona, de 202.136 habitantes (INE España, 2007). Los datos usados en el presente trabajo forman parte de una investigación más amplia, llevada a cabo por la *Unitat d' Avaluació i Intervenció de la Imatge Corporal de la Universitat Autònoma de Barcelona*. El grupo de chilenos cursaba 8º año de enseñanza básica en seis colegios concertados de Viña del Mar, ciudad turística y comercial de la región de Valparaíso, de 286.931 habitantes (INE Chile, 2005).

Medidas e instrumentos

- a) *Peso y altura.* Se calculó el IMC (peso[kg]/altura[m²]) y a partir de él se estableció el estado nutricional, de acuerdo a los estándares internacionales propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2007; Onís *et al.*, 2007) y los criterios propuestos por Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz (2000).
- b) *Datos sociodemográficos y dieta.* La profesión de los padres se clasificó en nueve categorías jerarquizadas tomadas del “Índice de estatus social cuatro factores” (*Four Factor Index of Social Status*, FFISS; Hollingshead, 1975). Se consultó si el adolescente y/o algún integrante de su entorno sociofamiliar (madre, padre, hermanos, familiares y/o amigos) realizaban dieta para adelgazar.
- c) *“Test de actitudes alimentarias”* (*Eating Attitudes Test*, EAT- 40; Garner y Garfinkel, 1979). Consta de 40 ítems que se utilizan para la detección de personas en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Se distinguen tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por la comida, y control oral (Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel, 1982). Se utilizó la adaptación española que presenta unas características psicométricas adecuadas (Castro, Toro, Salamero y Guimerà, 1991). Se usó el punto de corte recomendado por los autores de la adaptación española, establecido en 20 (91,0% sensibilidad y 69,2% especificidad).
- d) *“Cuestionario de influencias del modelo estético corporal”* (CIMEC; Toro, Salamero y Martínez, 1994). Este instrumento está diseñado para evaluar el impacto de las influencias culturales que alientan al adelgazamiento en

población clínica y general. Se pueden distinguir cinco factores: preocupación por la imagen corporal, influencia de los anuncios, influencia de los mensajes verbales, influencia de los medios sociales e influencia de las situaciones sociales. Ha sido validado clínicamente y presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias (83,1% sensibilidad y 64,0% especificidad). Se utilizó la versión para chicas (CIMEC-26; Toro *et al.*, 1994) y para chicos (CIMEC-V; Toro, Castro, Gila y Pombo, 2005), ambas de 26 ítems. Se aplicó el punto de corte de 16 recomendado por los autores para identificar grupos de riesgo de trastornos alimentarios en general.

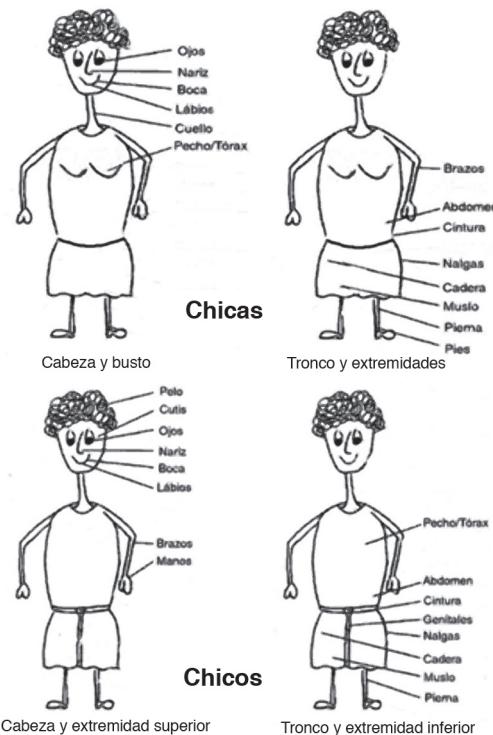
- e) *“Cuestionario de imagen corporal”* (CIC; Miró, 2006). Este instrumento, inicialmente desarrollado por Gaspà y García-Tornel del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, se utiliza para la detección precoz de alteraciones de la imagen corporal. Consta de 40 ítems divididos en cuatro secciones, las dos primeras a partir del dibujo de la figura de un chico o una chica, según corresponda, que comprende 18 partes del cuerpo. Para cada parte del cuerpo se responde sobre: a) la satisfacción de la propia imagen corporal (de 0 a 10); y b) la preocupación por la propia imagen corporal (si representa o no un problema). En ambos casos se obtiene una puntuación total, una de satisfacción general y otra de preocupación general, correspondiente ésta al número de partes del cuerpo que preocupan. Además, con base en la estructura factorial de ambas secciones, se pueden obtener dos puntuaciones por escalas para cada sección. En chicas se distinguen los siguientes dos factores: satisfacción/preocupación con la cabeza y el busto (ojos, nariz, boca, labios, cuello y pecho/ tórax) y satisfacción/preocupación con el tronco y las extremidades (brazos, abdomen, cintura, nalgas, caderas, muslos, piernas y pies) (figura 1). En muestra clínica y comunitaria de adolescentes españolas entre 11 y 18 años el CIC mostró una adecuada estructura interna bifactorial, con cargas factoriales de los ítems superiores a 0,50 en el factor esperado. Los índices de consistencia interna de ambos factores resultaron suficientes para las escalas de satisfacción (0,77 y 0,88) y en menor medida para las escalas de preocupación (0,64 y 0,84) (Miró, 2006).

En chicos la estructura interna varía ligeramente (Espinoza, Penelo y Raich, 2007): satisfacción/preocupación con la cabeza y la extremidad superior (cabello, cutis, ojos, nariz, boca, labios, brazos y manos) y satisfacción/preocupación con el tronco y la extremidad inferior (pecho/tórax, abdomen, cintura, genitales, nalgas, caderas, muslos y piernas) (figura 1). En la presente muestra la consistencia interna resultó aceptable, tanto para el conjunto de participantes como segmentando por países, dado que el valor de alfa de Cronbach fue superior a 0,80 en todos los casos, excepto en las subescalas de preocupación con la cabeza y el busto en chicas y preocupación con la cabeza y la extremidad superior en chicos.

Las dos últimas secciones comprenden: c) el grado de satisfacción con la talla y el peso, preguntando si están conformes, o bien desearían mayor o menor peso y/o talla; y d) la valoración general del aspecto físico y la valoración general del aspecto físico según los amigos, a partir de una escala de 0 a 10.

Figura 1

Ítems de las partes del cuerpo que conforman cada uno de los dos factores obtenidos en las escalas de satisfacción y preocupación del “Cuestionario de imagen corporal”



Procedimiento

Los datos de la muestra española se recogieron durante el curso académico 2005-2006 y los de la muestra chilena durante el curso académico 2006. La evaluación se llevó a cabo de forma colectiva en un aula del centro educativo correspondiente, durante la jornada lectiva. Se contó con la aprobación de las autoridades educacionales pertinentes. Cada participante respondió de forma individual y anónima. Para administrar los cuestionarios a la muestra chilena se evaluó su equivalencia conceptual (Mintz y Kashubeck-West, 2004) y se identificaron las palabras poco frecuentes (*escaparate, tejanos y atracón*), para explicar su significado durante la evaluación.

Análisis estadístico

Las variables socio-demográficas y antropométricas cuantitativas de ambas muestras se compararon mediante la prueba *t*-Student y las variables categóricas (estado nutricional y realización de dieta) con la prueba chi-cuadrado. Las diferencias en las puntuaciones cuantitativas del CIMEC-26, EAT-40 y CIC en función del país y el sexo se analizaron mediante análisis de la variancia ajustando por edad e IMC (ANCOVA), usando un diseño factorial 2 x 2 (país x sexo). Para evaluar el efecto del país y el sexo sobre la prevalencia de personas que superaron los puntos de corte establecidos para el CIMEC-26 y EAT-40 se usó el mismo diseño y se aplicó regresión logística, ajustando por edad e IMC. Se calculó la *Odds Ratio* (OR) para valorar el grado de asociación entre los predictores y la variable dependiente (0= no supera el punto de corte establecido; 1= sí supera el punto de corte establecido). La validez de cada modelo se evaluó con la R² de Nagelkerke; para la bondad de ajuste de cada modelo se usó el índice de Hosmer-Lemeshow (H-L). Cada uno de estos análisis (ANCOVA y regresión logística) se iniciaron con el modelo completo, que incluía la posible interacción de las dos variables independientes, y la posible interacción entre éstas y las dos covariables (edad x país, IMC x país, edad x sexo, IMC x sexo). El proceso por pasos consistió en excluir los términos estadísticamente no significativos ($p > 0,05$). Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS 15 (SPSS Inc., 2006).

Resultados

Características generales de la muestra

En la tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos y antropométricos de todos los participantes, por sexo y país. En función del país, no se observaron diferencias significativas en el sexo ($\chi^2 = 0,43$; $p = 0,51$) ni la edad ($t = -0,91$; $p = 0,37$) de los adolescentes evaluados. La profesión de los padres fue equivalente en ambos países (padres: $\chi^2 = 8,49$; $p = 0,39$; madres: $\chi^2 = 15,50$; $p = 0,05$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el IMC en función del país, tanto en chicas ($t = -1,56$; $p = 0,12$) como en chicos ($t = 1,1$; $p = 0,27$). No se observaron diferencias en la distribución del porcentaje de personas con peso normal, sobre-peso u obesidad entre ambos países ($\chi^2 = 0,26$; $p = 0,88$), ni según el sexo ($\chi^2 = 1,56$; $p = 0,46$), según los estándares de la OMS de 2007. En el total de la muestra, el 25,7% de los participantes mostró sobrepeso y el 9,4% obesidad. Estos valores fueron algo menores si se adoptan los estándares publicados por Cole *et al.* (2000): 24,6% de sobrepeso y 5,4% de obesidad, ya que en 27 casos ambas clasificaciones llegaron a resultados diferentes (en 26 participantes los criterios de la OMS resultaron más "estrictos").

Tabla 1
Variables descriptivas de la muestra

Variables		Mujer		Hombre		Total	
		España (n= 97)	Chile (n= 64)	España (n= 75)	Chile (n= 42)	España (n= 172)	Chile (n= 106)
Edad en años (<i>M</i> y <i>DT</i>)		12,88 (0,41)	12,97 (0,35)	13,03 (0,46)	13,02 (0,52)	12,94 (0,44)	12,99 (0,43)
Peso en kg (<i>M</i> y <i>DT</i>)		52,96 (9,23)	53,65 (10,43)	55,77 (13,05)	53,45 (10,69)	54,17 (11,08)	53,57 (10,49)
Talla en cm (<i>M</i> y <i>DT</i>)		159,74 (5,79)	157,61 (6,87)	161,88 (8,23)	161,60 (9,07)	160,66 (7,00)	159,19 (8,02)
IMC (DE)*		20,71 (3,1)	21,53 (3,56)	21,13 (3,82)	20,37 (3,05)	20,89 (3,42)	21,07 (3,40)
Estado nutricional (OMS)	Normopeso	71,1%	62,5%	56,2%	69,0%	64,7%	65,1%
	Sobrepeso	23,7%	25,0%	30,1%	23,8%	26,5%	24,5%
	Obesidad	5,2%	12,5%	13,7%	7,1%	8,8%	10,4%
Dieta (sí)		8,2%	20,3%	14,7%	21,4%	11,0%	20,8%
Grupos de riesgo	EAT \geq 20	27,8%	37,5%	27,4%	31,0%	27,6%	34,9%
	CIMEC \geq 16	33,3%	28,1%	26,4%	17,5%	30,4%	24,0%

Nota: * IMC = kg/m²; *M*= media; *DT*= desviación típica.

Dieta

El 14,7% de toda la muestra informó que hacía dieta para adelgazar. Un mayor porcentaje de personas chilenas que españolas realizaban dieta ($\chi^2= 4,83$; $p= 0,03$), aunque esta diferencia sólo resultó significativa en el caso de las chicas ($\chi^2= 4,80$, $p= 0,03$), siendo similar en el caso de los chicos ($\chi^2= 0,87$, $p= 0,35$) (tabla 1). Sin tener en cuenta el país de origen, las diferencias en función del sexo (12,8% de chicas vs. 17,1% de chicos) no fueron significativas ($\chi^2= 0,98$; $p= 0,32$). En ambos países siete de cada diez adolescentes informaron que un miembro de su entorno sociofamiliar realizaba dieta para adelgazar. La proporción de madres, padres o hermanos que hacían dieta fue significativamente mayor ($\chi^2= 10,17$; $p< 0,01$) en la muestra chilena (60,4%) que en la española (40,7%). En cambio, esta relación se invirtió cuando se trataba de otros familiares no directos ($\chi^2= 9,42$; $p= 0,02$), siendo un 43,0% en España y un 21,8% en Chile. En cuanto al grupo de amigos, un 34,5% informaron que hacían dieta, y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del país ($\chi^2= 3,42$; $p= 0,64$).

Grupos de riesgo de alteraciones alimentarias e influencia del modelo estético corporal

Un 30,4% de la muestra total superó el punto de corte del EAT-40 y un 27,9% el del CIMEC-26. No hubo diferencias de sexo y/o país entre los grupos que superaron el punto de corte establecido para ambos tests. El único término estadísticamente significativo fue el IMC, tanto para el EAT ($OR= 1,25$; IC95% OR: 1,15 a 1,36; $R^2= 0,15$; $H-L= 0,53$) como para el CIMEC ($OR= 1,27$; IC95% OR: 1,17 a 1,39; $R^2= 0,17$; $H-L= 0,19$).

Influencia del modelo estético corporal, actitudes alimentarias y satisfacción corporal

En la tabla 2 se muestran los valores de la media y desviación típica de las puntuaciones del CIMEC, EAT-40 y CIC. En la tabla 3 se presentan los resultados de los análisis de covariancia; se han incluido únicamente los términos estadísticamente significativos en función del país y del sexo, obtenidos en el modelo final ajustado por edad e IMC.

No se observaron efectos significativos del país en las puntuaciones del EAT y del CIMEC, excepto en la escala de control oral del EAT: las personas de Chile obtuvieron puntuaciones ligeramente mayores (IC95% diferencia de medias [DM]: 0,03 a 1,66 puntos). En función del sexo las chicas obtuvieron puntuaciones más altas en todas las escalas del CIMEC, excepto en la escala de influencia de las situaciones sociales. Además, en la escala de influencia de los modelos sociales, este efecto del sexo sólo fue estadísticamente significativo en la muestra española (IC95% DM: 0,02 a 1,03 puntos). Ninguna escala del EAT mostró diferencias en función del sexo. No obstante, en un análisis por ítems, se observó que los chicos puntuaron más alto en el ítem "Hago ejercicios para quemar calorías" ($t= 3,87$; $p< 0,001$) y el ítem "Siento que los alimentos controlan mi vida" ($t= 2,31$; $p= 0,002$), mientras que las chicas puntuaron más alto en el enunciado "Me da mucho miedo pesar demasiado" ($t= -3,27$; $p= <0,001$).

En el CIC destaca el efecto significativo del país en gran parte de los indicadores evaluados. Independientemente del sexo los participantes de Chile mostraron una mayor satisfacción corporal cuando valoraron su aspecto físico (IC95% DM: 0,61 a 1,42 puntos), así como cuando hicieron una valoración subjetiva de su cuerpo según los amigos (IC95% DM: 0,67 a 1,53 puntos). Se observó el mismo efecto en las variables relacionadas con la satisfacción general, tanto a nivel global como por zonas del cuerpo. En cambio, el efecto del país no resultó estadísticamente significativo al analizar las variables relacionadas con la preocupación corporal en general y la preocupación que generan las diferentes partes del cuerpo.

El efecto del sexo fue significativo en los indicadores globales de satisfacción y preocupación corporal y en la propia valoración del aspecto físico: las chicas informaron de menor satisfacción corporal y autovaloración de su aspecto físico y de un mayor número de partes del cuerpo que les preocupan.

Tabla 2
Media y desviación típica de las diversas medidas del EAT, CIMEC y CIC según sexo y país

Escalas de medida	Mujer			Hombre			Total	
	Chile	España	Chile	España	Chile	España	M (DT)	M (DT)
CIMEC-26: Puntuación total	12,82 (10,95)	13,23 (9,62)	9,41 (6,22)	9,86 (8,81)	11,51 (9,53)	11,79 (9,41)		
CIMEC-26: Preocupación por la imagen	4,79 (4,53)	4,88 (3,98)	3,08 (2,34)	4,34 (4,12)	4,14 (3,93)	4,65 (4,03)		
CIMEC-26: Influencia de los anuncios	2,00 (3,43)	2,54 (3,44)	1,26 (1,83)	1,42 (2,29)	1,72 (2,94)	2,05 (3,04)		
CIMEC-26: Influencia de los mensajes verbales	1,51 (1,55)	1,65 (1,69)	1,15 (1,46)	0,79 (1,25)	1,37 (1,52)	1,28 (1,57)		
CIMEC-26: Influencia de los modelos sociales	2,55 (1,72)	2,38 (1,62)	2,00 (1,67)	1,81 (1,62)	2,34 (1,71)	2,13 (1,64)		
CIMEC-26: Influencia de las situaciones sociales	2,02 (1,63)	1,72 (1,18)	1,85 (1,12)	1,57 (1,42)	1,95 (1,45)	1,65 (1,29)		
EAT-40: Puntuación total	18,96 (11,97)	15,64 (11,05)	17,30 (11,57)	15,95 (9,83)	18,30 (11,79)	15,77 (10,51)		
EAT-40: Dieta	6,13 (6,13)	4,80 (5,94)	4,11 (5,29)	4,19 (5,14)	5,31 (5,86)	4,53 (5,60)		
EAT-40: Bulimia y preocupación por la comida	0,92 (1,99)	0,92 (1,63)	1,15 (2,12)	0,96 (1,55)	1,01 (2,03)	0,94 (1,59)		
EAT-40: Control oral	4,05 (3,92)	3,17 (3,19)	3,45 (2,76)	2,68 (2,85)	3,82 (3,52)	2,96 (3,05)		
CIC: Valoración general del aspecto físico	7,75 (2,28)	6,58 (1,58)	7,90 (1,37)	7,18 (1,59)	7,81 (1,98)	6,84 (1,61)		
CIC: Valoración general del aspecto físico según los amigos	7,94 (2,10)	6,78 (1,64)	7,68 (1,51)	6,69 (1,85)	7,84 (1,89)	6,74 (1,73)		
CIC: Satisfacción general	7,80 (1,82)	6,84 (1,20)	8,28 (1,16)	7,25 (1,41)	7,99 (1,60)	7,02 (1,31)		
CIC: Preocupación general	3,06 (3,61)	2,15 (2,04)	1,57 (1,93)	1,56 (2,18)	2,47 (3,13)	1,90 (2,12)		
CIC: Satisfacción corporal por zonas del cuerpo								
Cabeza y busto-f/Cabeza y extremidad superior-m	8,16 (1,81)	7,21 (1,21)	8,35 (1,36)	7,25 (1,38)				
Tronco y extremidades-f/Tronco y extremidad inferior-m	7,50 (2,26)	6,56 (1,65)	8,23 (1,47)	7,18 (1,84)				
CIC: Preocupación corporal por zonas del cuerpo								
Cabeza y busto-f/Cabeza y extremidad inferior-m	0,75 (1,04)	0,47 (0,75)	0,67 (1,00)	0,55 (0,92)				
Tronco y extremidades-f/Tronco y extremidad inferior-m	1,69 (2,18)	1,18 (1,57)	0,74 (1,34)	0,91 (1,65)				

Nota: EAT = *Eating Attitudes Test*; CIMEC = Cuestionario de influencias del modelo estético corporal; CIC = Cuestionario de imagen corporal; f= femenino, m= masculino.

Tabla 3

Resultados de los modelos finales obtenidos con el ANCOVA: efecto del sexo y el país sobre las puntuaciones del CIMEC, EAT y CIC, ajustados por edad e IMC

Escalas de medida	Efecto*	Parámetro	IC95% DM**	p	R ²	F global	
CIMEC-26: Puntuación total	Sexo	-3,24	-5,39; -1,10	< 0,01	0,12	20,33	
	IMC	0,87	0,57; 1,18	< 0,01			
CIMEC-26: Preocupación por la imagen	Sexo	-0,90	-1,78; -0,01	0,05	0,19	32,46	
	IMC	0,50	0,38; 0,63	< 0,01			
CIMEC-26: Influencia de los anuncios	Sexo	-0,94	-1,64; -0,24	0,01	0,09	13,45	
	IMC	0,23	0,13; 0,33	< 0,01			
CIMEC-26: Influencia de los mensajes verbales	Sexo	-0,66	-1,03; -0,30	< 0,01	0,06	9,86	
	IMC	0,07	0,02; 0,12	0,01			
CIMEC-26: Influencia de los modelos sociales (en España)	Sexo	-0,53	-1,03; -0,02	0,04	0,02	7,84	
CIMEC-26: Influencia de las situaciones sociales	IMC	0,07	0,02; 0,11	0,01	0,02	7,77	
EAT-40: Puntuación total	IMC	1,09	0,72; 1,45	< 0,01	0,11	35,04	
EAT-40: Dieta	IMC	0,70	0,50; 0,90	< 0,01	0,16	48,32	
EAT-40: Control oral	País	0,84	0,03; 1,66	0,04	0,01	4,19	
CIC: Valoración del aspecto físico	País	1,02	0,61; 1,42	< 0,01	0,18	20,63	
	Sexo	0,41	0,01; 0,81	0,05			
	IMC	-0,18	-0,24; -0,12	< 0,01			
CIC: Valoración general del aspecto físico según los amigos	País	1,10	0,67; 1,53	< 0,01	0,14	22,21	
	IMC	-0,14	-0,20; -0,08	< 0,01			
CIC: Satisfacción general	País	1,00	0,66; 1,34	< 0,01	0,18	20,51	
	Sexo	0,40	0,07; 0,73	0,02			
	IMC	-0,12	-0,17; -0,07	< 0,01			
CIC: Preocupación general	Sexo	-0,90	-1,47; -0,29	< 0,01	0,07	11,31	
	IMC	0,16	0,07; 0,24	< 0,01			
CIC: Satisfacción corporal por zonas del cuerpo							
Chicas	Cabeza y busto	País	0,95	0,46; 1,44	< 0,01	0,08	14,71
	Tronco y extremidades	País	1,20	0,63; 1,77	< 0,01	0,23	24,24
		IMC	-0,27	-0,35; -0,18	< 0,01		
Chicos	Cabeza y extremidad superior	País	1,10	0,55; 1,65	< 0,01	0,12	15,80
	Tronco y extremidad inferior	País	0,90	0,25; 1,56	< 0,01	0,18	12,34
		IMC	-0,17	-0,26; -0,08	< 0,01		
CIC: Preocupación corporal por zonas del cuerpo ***							
Chicas	Tronco y extremidades	IMC	0,18	0,01; 0,26	< 0,01	0,10	18,18
Chicos	Tronco y extremidad inferior	IMC	0,16	0,09; 0,24	< 0,01	0,13	18,54

Nota: EAT= *Eating Attitudes Test*; CIMEC= Cuestionario de influencias del modelo estético corporal; CIC= Cuestionario de imagen corporal; *Efecto del sexo= hombres – mujeres; efecto del país= Chile – España; ** DM= Diferencia de medias; ***Se excluyen los factores preocupación por cabeza y busto (chicas) y preocupación por extremidad superior (chicos) por presentar una fiabilidad de consistencia interna insatisfactoria; se incluyen los valores de las variables con parámetros estadísticamente significativos en cada modelo final ajustado.

En la mayoría de variables analizadas del CIMEC, EAT y CIC el efecto del IMC como covariable fue estadísticamente significativo. Se halló una relación positiva entre IMC y las puntuaciones del CIMEC, EAT y las variables de preocupación del CIC, mientras que la relación fue en sentido inverso entre IMC y las medidas de valoración y satisfacción del CIC. En relación al efecto de la edad como covariable, sólo se observó una tendencia a la significación en la escala de influencia de los modelos sociales del CIMEC (IC95% DM: 0,02 a 1,51 puntos; $p = 0,06$), aunque sólo en la muestra chilena, que indica que a mayor edad mayor influencia de los modelos sociales.

Grado de satisfacción con la talla y el peso

No se hallaron diferencias en función del país, tanto en el peso deseado ($\chi^2 = 0,20$; $p = 0,91$) como en la altura deseada ($\chi^2 = 0,89$; $p = 0,64$). En función del sexo, más chicas (51,3%) que chicos (36,1%) deseaban perder peso ($\chi^2 = 7,17$; $p = 0,03$) y más chicos (55,8%) que chicas (43,9%) deseaban ser más altos ($\chi^2 = 6,29$; $p = 0,04$) (tabla 4).

Tabla 4
Grado de satisfacción con el peso y la altura según sexo y país

Variables*		Mujer		Hombre		Total	
		España	Chile	España	Chile	España	Chile
Peso deseado	Pesar más	8,6%	4,9%	12,9%	15,8%	10,4%	9,1%
	Está conforme	37,6%	47,5%	52,9%	44,7%	44,2%	46,5%
	Pesar menos	53,8%	47,5%	34,3%	39,5%	45,4%	44,4%
Altura deseada	Más alto	44,0%	43,6%	50,0%	66,7%	46,7%	52,7%
	Está conforme	52,4%	52,7%	50,0%	33,3%	51,3%	45,1%
	Ser más bajo	3,6%	3,6%	0,0%	0,0%	2,0%	2,2%

Nota: * Evaluadas mediante el Cuestionario de imagen corporal.

Discusión

Los resultados de este estudio concuerdan con la evidencia epidemiológica que informa que las alteraciones de la conducta alimentaria ya no se limitan a una zona geográfica particular, sino que han alcanzado una distribución global que involucra sociedades occidentales, no occidentales y sociedades en vías de industrialización (Anderson-Fye y Becker, 2004; Gordon, 2001; Soh et al., 2006). Se confirmó que

adolescentes de contextos diferentes (europeo-sudamericano) presentaron niveles similares de interiorización del modelo estético delgado, han desarrollado análogas actitudes alimentarias y presentan un riesgo similar de desarrollar alteraciones alimentarias. Así mismo, los adolescentes de ambos contextos informaron de preferencias similares sobre su peso y altura deseada. En contra de lo esperado, los chilenos de ambos sexos refirieron niveles superiores de satisfacción corporal.

Los resultados de los escasos estudios transculturales que se han realizado en población europea y latinoamericana se contradicen entre sí y, por tanto, no siempre coinciden con los resultados que se acaban de presentar. En las comparaciones entre adolescentes españolas y latinoamericanas (Méjico) se han observado tendencias similares a las del presente estudio en satisfacción corporal, interiorización del modelo estético delgado y actitudes alimentarias (Raich *et al.*, 2001; Toro *et al.*, 2006). En cambio, en otros estudios transculturales que compararon adolescentes españoles y mexicanos (Gómez-Peresmitré y Acosta-García, 2000, 2002) y españolas y latinoamericanas residentes en España (Rodríguez y Cruz, 2008), los niveles de satisfacción corporal van en dirección opuesta, ya que fueron los adolescentes mexicanos y las latinoamericanas residentes las que presentaron mayor insatisfacción corporal.

En relación a la realización de dietas para adelgazar se observó que los chilenos de ambos性os realizaban más dieta que sus homólogos españoles; así mismo, el hecho de seguir dieta fue más frecuente ($\geq 10\%$) en el entorno sociofamiliar de los chilenos, especialmente entre madres, padres y hermanos. Estas diferencias transculturales confirman que dicha conducta está influenciada por los mensajes del entorno cultural y sociofamiliar, al constituir fuentes de refuerzo de la conducta de dieta y un factor de riesgo en el desarrollo de alteraciones alimentarias (McCabe y Ricciardelli, 2005). Similares resultados se han encontrado en adolescentes argentinos, quienes realizaban más dietas y hacían más intentos de perder peso que los adolescentes suizos. Estos resultados sugieren que en estas sociedades en vías de desarrollo se da una mayor aceptación social de la conducta de dieta para el control del peso corporal (Holmqvist *et al.*, 2007).

Si bien en el presente estudio no se evaluó si las conductas de dieta eran saludables o constituían técnicas extremas de control de peso, en estudios previos y ante la misma pregunta las chicas que autoinformaron que hacían dieta para adelgazar presentaron significativamente más alteraciones alimentarias, mayor influencia del modelo estético corporal y mayor IMC (López-Guimerà, Fauquet, Portell, Sánchez-Carracedo y Raich, 2008). Por otro lado, hacer dieta al inicio de la adolescencia se ha asociado con alteraciones de peso y conducta alimentaria en la adolescencia tardía, tales como aumento del peso corporal, sobrepeso e ingesta compulsiva (Neumark-Sztainer *et al.*, 2006). De manera que sería aconsejable disponer de programas preventivos a nivel familiar y escolar (Andres *et al.*, 2004), que cuestionen la realización de dietas y los intentos de perder peso mediante técnicas estrictas de control sobre la alimentación, especialmente en la sociedad chilena.

En síntesis, si se considera que la satisfacción corporal constituye un factor de riesgo central en el desarrollo de trastornos del comportamiento alimentario (Stice, 2001; van der Berg *et al.*, 2002), es interesante destacar que en este estudio los

mayores niveles de satisfacción corporal que informaron los adolescentes chilenos no significaron una reducción del riesgo de desarrollar alteraciones alimentarias. Más aún, aunque ambos grupos han interiorizado niveles similares de presiones socioculturales hacia la delgadez y presentaron similares actitudes alimentarias, los adolescentes chilenos informaron de un mayor porcentaje de realización de dieta y más actitudes hacia el control de la alimentación. Estos resultados sugieren diferencias culturales en el impacto del modelo estético vigente sobre los niveles de satisfacción y en su relación con las alteraciones del comportamiento alimentario, que requieren ser investigadas en más estudios transculturales y con diferentes metodologías de investigación.

En cuanto a las diferencias de sexo se encontraron resultados significativos que concuerdan con la hipótesis inicial: las chicas informaron de una mayor influencia del modelo estético delgado y mayor deseo de perder peso, en cambio los chicos presentaron mayores niveles de satisfacción corporal y menor preocupación corporal, pero con deseo de ser más altos.

Aunque las chicas resultaron más sensibles a presiones ambientales a favor del control del peso y presentaron mayor insatisfacción corporal, no se encontraron diferencias significativas de sexo en los niveles de dieta y en las actitudes alimentarias. Si bien dichos resultados no fueron en el sentido previsto inicialmente, otros estudios han informado resultados similares (McCabe y Vincent, 2003; Sancho, Asorey, Arija y Canals, 2005; Senra, Seoane, Vilas y Sánchez-Cao, 2007). Parece ser que las diferencias de sexo en preadolescentes y adolescentes se encuentran en el tipo y orientación de las actitudes alimentarias. Los chicos muestran preocupación por la comida y realizan ejercicio físico para ganar musculatura y quemar calorías, a la vez que desarrollan comportamientos mixtos asociados a control y desinhibición alimentaria. En cambio las chicas se preocupan por el peso y la imagen corporal y adoptan estrategias extremas de adelgazamiento (McVey, Tweed y Blackmore, 2005).

Finalmente, se constató una relación positiva y significativa entre el IMC y la mayoría de las variables analizadas, independientemente del sexo y país. A mayor IMC se observó un incremento en los niveles de interiorización del modelo estético delgado, insatisfacción corporal y síntomas de alteraciones alimentarias. Este efecto del IMC ha sido identificado en numerosos estudios sobre factores de riesgo de insatisfacción corporal (Barker y Galambos, 2003; Stice y Shaw, 2002) y es representado en diferentes modelos multidimensionales que dan cuenta del desarrollo de alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en las sociedades occidentales (Stice, 2001; van der Berg *et al.*, 2002).

Por otro lado, los porcentajes de sobrepeso (25,7%) y obesidad (9,4%) de la muestra total calculados según la OMS son superiores a las estimaciones internacionales de la *International Obesity TaskForce* del año 2002. No obstante, casi en un 10% de los participantes se hallaron diferencias en las estimaciones de prevalencia de sobrepeso y obesidad, dependiendo de los criterios utilizados, resultados que han sido recientemente apuntados por Sánchez-Carracedo, Portell, Fauquet, López-Guimerà y Raich (2007). A pesar de las diferencias observadas estos resultados son elevados y tienen importantes implicaciones en el estudio de los factores de riesgo

de las alteraciones alimentarias y la imagen corporal. Es imprescindible conocer la proporción de adolescentes con IMC alto al definir los grupos de riesgo de estas alteraciones (Toro, 2004) y orientar las estrategias de prevención hacia los adolescentes con sobrepeso u obesidad.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran la dificultad de generalización de los resultados debido a la técnica de obtención de la muestra y la utilización de instrumentos de evaluación no estandarizados para población chilena. Así mismo, la administración de cuestionarios autoaplicados sin entrevista clínica impidió la identificación de adolescentes con formas subclínicas y cuadros clínicos de TCA.

Esta investigación constituye uno de los pocos estudios transculturales sobre alteraciones alimentarias en adolescentes de un país sudamericano y uno europeo. Sus resultados tienen implicaciones en la prevención de estas alteraciones, puesto que se observa que los adolescentes que inician esta etapa han interiorizado el modelo estético corporal vigente, modifican sus hábitos alimentarios y realizan dieta en un entorno que valida esta práctica de control del peso. En este sentido se requieren estudios transversales y longitudinales en preadolescentes y adolescentes de ambos sexos que informen sobre los factores de riesgo de las alteraciones alimentarias y sus interacciones, de manera que den fundamento a los programas de prevención y tratamiento de dichas alteraciones.

Por otro lado, la combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas en estudios transculturales permitiría analizar aspectos socioculturales de las alteraciones alimentarias relacionadas con valores y costumbres implicados en el desarrollo de hábitos de consumo alimentario e ideales de belleza.

Referencias

- Anderson-Fye, E. y Becker, A. (2004). Sociocultural aspects of eating disorders. En J. K. Thompson (dir.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 565-589). Nueva York: Wiley.
- Andrés, V., Cariñanos, A., Díaz-Merino, L., Martín, R., Martos, M. V., Vázquez, M. J. y Villanueva, B. (2004). Programa de prevención y detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria: una experiencia en España. *Psicología Conductual*, 12, 605-636.
- Banco Central de Chile (2007). *Indicadores macroeconómicos al segundo trimestre de 2007*. Recuperado el 17 de febrero de 2008, desde http://www.bcentral.cl/estadisticas-economicas/indicadores-coyuntura/macroeconomicos/pdf/im_segundo2007.pdf
- Barker, E. T. y Galambos, N. L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: risk and resource factors. *The Journal of Early Adolescence*, 23, 141-165.
- Behar, R. (1998). Trastornos del hábito del comer en adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Revista Médica Chile*, 126, 1085-1092.
- Behar, R., Alviña, M., González, T. y Rivera, N. (2007). Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Revista Chilena de Nutrición*, 34, 240-249.
- Behar, R., Fernández, W., Rumie, K. y Varela, C. (1996). Trastornos del hábito del comer en un grupo de estudiantes universitarios. Análisis exploratorio. *Revista de Psiquiatría*, 13, 12-16.

- Bulik, C. M., Slof-Op't Landt, M. C., van Furth E. F. y Sullivan, P. F. (2007). The genetics of Anorexia Nervosa. *Annual Review of Nutrition*, 27, 263-275.
- Cafri, G., van den Berg, P. y Thompson, J. (2006). Pursuit of muscularity in adolescent boys: relations among biopsychosocial variables and clinical outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35, 283-291.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-190.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. y Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243.
- Correa, M. L., Zubarew, T., Silva, P. y Romero, M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77, 153-160.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D. y Paxton, S. J. (2006). Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 521-527.
- Espinoza, P., Penelo, E. y Raich, R. M. (2007, julio). *Factores de riesgo TCA en una muestra de adolescentes españoles y chilenos: un estudio transcultural*. Póster presentado en el 5th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (WCBCT) & 37th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), Barcelona, España.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gaspà y García-Tornel. *Cuestionario de imagen corporal (CIC)*. Manuscrito sin publicar.
- Gómez Peresmitré, G. y Acosta García, M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clinica y Salud*, 11, 35-58.
- Gómez Peresmitré, G. y Acosta García, M. V. (2002). Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (Méjico/España). *Psicothema*, 14, 221-226.
- Gordon, R. (2001). Eating disorders east and west: a culture-bound syndrome unbound. En M. Nasser, M. Katzman y R. Gordon (dirs.), *Eating Disorders and Cultures in Transition* (pp. 1-16). Nueva York: Taylor and Francis.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four factor index of social status*. Manuscrito no publicado, Yale University, New Haven, Estados Unidos.
- Holmqvist, K., Lunde, C. y Frisén, A. (2007). Dieting behaviors, body shape perceptions, and body satisfaction: cross-cultural differences in Argentinean and Swedish 13-year-olds. *Body Image*, 4, 191-200.
- International Obesity Task Force (2002). *The health of children and young people*. Recuperado el 22 de noviembre de 2007, desde <http://www.archive2.official-documents.co.uk/document/deps/doh/survey02/hcyp/tables/hcyp159.htm>
- Instituto Nacional de Estadística de España (2006). *Contabilidad regional de España. Base 2000 (CRE-2000). Producto interior bruto regional. Año 2006. Principales resultados*. Recuperado el 17 de febrero de 2008, desde <http://www.ine.es/prensa/np450.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística de España (2007). *Cifras de población referidas al 01/01/2007. Real decreto 1683/2007, de 14 de diciembre. Detalle municipal*. Recuperado el 17 de febrero de 2008, desde <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e260/a2007/l0&file=mun08.px&type=pcaxis&L=0>

- Instituto Nacional de Estadística de Chile (2005). *Chile: ciudades, pueblos, aldeas y caseríos*. Recuperado el 17 de febrero de 2008, desde http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/cdpubaldcasjunio2005.zip
- López-Guimerà, G., Fauquet, J., Portell, M., Sánchez-Carracedo, D. y Raich, R. M. (2008). Dieting in Spanish adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 16, 234-240.
- Mancilla, J. M. y Gómez, G. (dirs.) (2006). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México, DF: Manual Moderno.
- McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685.
- McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviours among adolescent boys and girls. *Behaviours Research Therapy*, 43, 653-668.
- McCabe, M. P. y Vincent, M. A. (2003). The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. *European Eating Disorders Review*, 11, 315-328.
- McArthur, L., Holbert, D. y Peña, M. (2005). An exploration of the attitudinal and perceptual dimensions of body image among male and female adolescents from six Latin American cities. *Adolescence*, 40, 801-816.
- McVey, G., Tweed, S. y Blackmore, E. (2005). Correlates of weight loss and muscle-gaining behaviour in 10- to 14- year-old males and females. *Preventive Medicine*, 40, 1-9.
- Miller, M. N. y Pumariega, A. J. (2001). Cultural and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64, 93-110.
- Mintz, L. B. y Kashubeck-West, S. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres: evaluación y cuestiones del autoinforme transcultural. *Psicología Conductual*, 12, 385-414.
- Miró, M. C. (2006). *Avaluació de la imatge corporal per a la detecció precoç de trastorns alimentaris*. Tesis doctoral sin publicar, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J. y Eisenberg, M. (2006). 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*, 106, 559-568.
- Onís, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nashida, C. y Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 660-667. Recuperado el 12 de junio de 2007, desde http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf
- Peláez, M. (2003). *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en la población escolarizada de la comunidad de Madrid*. Tesis doctoral sin publicar, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R. y Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301.
- Raich, R. M., Mora, M., Sánchez-Carracedo, D., Torras, J., Viladrich, M. C., Zapater, L., Mancilla, J. M., Vázquez, R. y Álvarez-Rayón, G. (2001). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviours in two Spanish-speaking countries: Spain and Mexico. *European Eating Disorders Review*, 9, 53-63.
- Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20, 131-137.
- Sánchez-Carracedo, D., Portell, M., Fauquet, J., López-Guimerá, G. y Raich, R. M. (2007, julio). *Criterios nacionales e internacionales para la estimación de sobrepeso y obesidad infanto-juvenil. Controversias y aplicaciones en una muestra de jóvenes adolescentes de 13 años*. Comunicación presentada en el 5th World Congress of Behavioural and

- Cognitive Therapies (WCBCT) & 37th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), Barcelona, España.
- Sancho, C., Asorey, O., Arija, V. y Canals, J. (2005). Psychometric characteristics of the Children's Eating Attitudes Test in a Spanish sample. *European Eating Disorders Review*, 13, 338-343.
- Senra, C., Seoane, G., Vilas, V. y Sánchez-Cao, E. (2007). Comparison of 10- to 12-year-old boys and girls using a Spanish version of the children's eating attitudes test. *Personality and Individual Differences*, 42, 947-957.
- Soh, N. L., Touyz, S. W. y Surgenor, L. J. (2006). Eating and body image disturbances across cultures: a review. *European Eating Disorders Review*, 14, 54-65.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative effect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E. y Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.
- Tapia, P. y Ornstein, C. (1999). Trastornos de la alimentación en estudiantes universitarios. *Revista Psiquiatría Clínica*, 36, 7-10.
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nervosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Castro, J., Gila, A. y Pombo, C. (2005). Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 13, 351-359.
- Toro, J., Gómez-Peresmitré, G., Sentis, J., Vallés, A., Casulà, V., Castro, J., Pineda, G., León, R., Platas, S. y Rodríguez, R. (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 556-565.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- van den Berg P., Thompson J. K., Brandon, K. y Cooveert, M. (2002). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1007-1020.
- World Health Organization (2007). *WHO Reference 2007*. Recuperado el 12 de junio de 2007, desde http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html