



REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



ARTÍCULO

Prevalence of risky eating behaviors and associated factors in indigenous population in Colombia



Carlos Gomez-Restrepo^{a,b}, Carlos Javier Rincón^a y Sergio Castro-Diaz^{a,c,*}

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^c EQUILIBRIO: Programa integral para trastornos de alimentación, afectivos y de ansiedad, Bogotá, Colombia

Recibido el 4 de octubre de 2016; revisado el 21 de noviembre de 2016; aceptado el 17 de abril de 2017

Disponible en Internet el 13 de mayo de 2017

KEYWORDS

Eating disorders;
Risky eating
behaviors;
Indigenous;
Adults;
Prevalence

Abstract Data on risky eating behaviors (REB) in Latin American ethnic groups is scarce. The aim of this study was to determine the prevalence of REB in adult indigenous from Colombia, as well as to identify feasible sociodemographic and individual risk factors. A total of 493 records of adult indigenous men and women ($M_{age} = 29.5$ years, $SD = 7.39$) were retrieved from the National Survey of Mental Health. The REB assessed were: restrictive dieting, eating discomfort, binge-eating and self-induced vomiting. Participants (19.5%) reported having at least one REB, being restrictive dieting (8.5-9.6%) and binge eating (6.1%) those with higher prevalence. None of the sociodemographic factors evaluated was associated with the presence of REB, on the contrary, among the individual factors, the presence of affective disorder showed to be a feasible risk factor for these behaviors. The REB are common in the indigenous population in Colombia, even its prevalence may double the one reported in general population. This study aims to contribute to the scarce existing knowledge about the topic in indigenous populations. Findings that, whether in the medium or long term, should influence the approach of public health policies according to the indigenous minorities in Latin America.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergio.castro@javeriana.edu.co (S. Castro-Diaz).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

PALABRAS CLAVE

Trastornos
alimentarios;
Indígenas;
Conductas
alimentarias de
riesgo;
Adultos;
Prevalencia

Prevalencia y factores asociados a conductas de riesgo alimentario en población indígena de Colombia

Resumen La información sobre conductas alimentarias de riesgo (CAR) entre indígenas latinoamericanos es escasa. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de CAR en población indígena de Colombia, así como identificar factibles factores de riesgo sociodemográficos e individuales. De la Encuesta Nacional de Salud Mental se retomaron los registros de 493 indígenas adultos ($M_{\text{edad}} = 29.5$ años, $DE = 7.39$), hombres y mujeres. Las CAR evaluadas fueron: dieta restrictiva, malestar al comer, atracón y vómito autoinducido. El 19.5% de los participantes reportaron presentar al menos una CAR, y aquellas con mayor prevalencia fueron la dieta (8.5-9.6%) y el atracón (6.1%). Ninguno de los factores sociodemográficos evaluados se asoció a la presencia de CAR; por el contrario, de entre los factores individuales, la presencia de trastorno afectivo mostró ser un factible factor de riesgo de estas conductas. Las CAR no son infrecuentes en la población indígena adulta colombiana, e incluso su prevalencia puede duplicar la documentada en población general. Este estudio pretende aportar al escaso conocimiento existente sobre el tópico en poblaciones indígenas. Hallazgos que, ya sea a mediano o largo plazo, deberán incidir en el planteamiento de políticas de salud públicas acordes a las minorías indígenas presentes en Latinoamérica.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones mentales graves caracterizadas por comportamientos alimentarios anormales asociados a preocupaciones sobre el peso y la figura, y/o por un desinterés y evitación de la comida. Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son patrones disfuncionales de ingesta de alimentos, similares a las que conforman los TCA, pero que no cumplen con los criterios de intensidad y frecuencia de estos trastornos (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011; Shisslak, Crago y Estes, 1995; Urzúa, Avendaño, Díaz y Checura, 2010). Las CAR incluyen restricción en la ingesta alimentaria, uso de laxantes, diuréticos, píldoras de dieta o emesis autoinducida, bajo un contexto de preocupación por el peso y la ingesta alimentaria.

En los últimos años se ha observado un aumento en la prevalencia de las CAR en poblaciones de alto riesgo, como lo son los adolescentes (Smink, van Hoeken y Hoek, 2012). Este incremento se está volviendo problemático debido a su relación con una gran variedad de problemas de salud (Neumark-Sztainer, Hannan, Story y Perry, 2004; Stice, Cameron, Killen, Hayward y Taylor, 1999). Incluso, recientemente se ha observado que las CAR pueden preceder la aparición o ser factores de riesgo para el desarrollo de TCA, obesidad y otros problemas nutricionales (Cruz-Sáez, Pascual, Salaberria, Etxebarria y Echeburúa, 2015; Polivy y Herman, 2002; Stice, Ng y Shaw, 2010).

Aunque inicialmente los TCA fueron considerados síndromes ligados a la cultura, solo presentes en mujeres occidentales acaudaladas (Bruch, 1973), algunos estudios epidemiológicos han constatado su existencia en grupos étnicos, dentro de los cuales se encuentran indígenas australianos, hispanos, isleños del pacífico y afroamericanos (Hrabosky y Grilo, 2007; Marques et al., 2011; McCabe,

Ricciardelli, Mellor y Ball, 2005; Striegel-Moore et al., 2011). Sin embargo, la mayoría de estos estudios se han realizado en grupos étnicos no indígenas de los Estados Unidos (Franko, Becker, Thomas y Herzog, 2007), siendo pocos los que han examinado la prevalencia y factores asociados a las CAR y a los TCA en otros grupos étnicos.

Los estudios sobre TCA y CAR en grupos indígenas provienen principalmente de Estados Unidos y Australia. Respecto a la prevalencia de TCA, los resultados de las investigaciones coinciden en que esta no difiere entre adolescentes indígenas y no indígenas (Hay y Carriage, 2012; Striegel-Moore et al., 2011). Sin embargo, los reportes relativos a la prevalencia de CAR no son coincidentes. Por ejemplo, en Estados Unidos la prevalencia de algunas CAR (e.g., conductas de dieta, atracones) es mayor en adolescentes indígenas continentales (Kilpatrick, Ohannessian y Bartholomew, 1999; Striegel-Moore et al., 2011), mientras que en Australia y Hawái no se identificaron diferencias entre indígenas y no indígenas (Hay y Carriage, 2012; Schembre, Nigg y Albright, 2011); y, finalmente, en otros reportes se refiere que las CAR son tan prevalentes entre adolescentes indígenas que viven en áreas urbanas como en otros grupos étnicos (Franko et al., 2007; Hay y Carriage, 2012; Rinderknecht y Smith, 2002).

Respecto a Latinoamérica, aunque esta es una región altamente diversa, en escasas publicaciones se han estudiado las CAR en grupos indígenas. Esto pese a que puede resultar arriesgado extrapolar a grupos étnicos los resultados obtenidos en población general, sobre todo si se considera que en Latinoamérica la investigación ha mostrado relaciones particulares no observadas en otros grupos poblacionales. Por ejemplo, se ha identificado una relación entre CAR y nivel socioeconómico (Olsen, Sansigolo y Magalhães, 2011; Power, Power y Canadas, 2008), que es inexistente en otros lugares (Gard y Freeman, 1996). Bajo este contexto,

resulta relevante estudiar las CAR en grupos indígenas latinoamericanos. Específicamente en cuanto a Sudamérica, el único estudio identificado fue realizado en Chile por [Rosas et al. \(2015\)](#), quienes encontraron que las CAR estaban presentes de manera similar en los mapuche y no mapuche. Por lo tanto, se requiere de un mayor entendimiento de los factores de riesgo presentes en esta población, no solo para entender el impacto de la cultura en estos síndromes, sino para desarrollar preguntas alrededor de variaciones genómicas de grupos poblacionales diferentes y, con base en ello, proponer modelos de salud que mejoren el acceso a servicios sanitarios adecuados. Bajo este contexto, el objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de CAR en población indígena adulta, e identificar si ciertas características demográficas o algunos indicadores de salud (física y mental) se asocian a la presencia de al menos una CAR en esta población.

Método

Los datos aquí analizados fueron retomados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia ([Ministerio de Salud y Protección Social, 2015](#)). Este fue un estudio poblacional de corte transversal, cuyo objetivo consistió en obtener información actualizada sobre el estado de salud mental en la población colombiana mayor de siete años. La muestra fue de tipo probabilístico, y estratificada por edad en las cinco regiones del país (Atlántica, Bogotá, Central, Oriental y Pacífica). La selección de los participantes se realizó mediante un diseño polietápico. Así, en primer lugar, se seleccionaron municipios rurales y urbanos, de acuerdo con la definición del [Ministerio de Salud y Protección Social \(2015\)](#), como unidades primarias de muestreo, considerando la inclusión forzosa de aquellos municipios de mayor tamaño (e.g., Bogotá, Barranquilla). En segundo lugar se seleccionaron cuadrantes del mismo sector y sección censales como unidades secundarias de muestreo. En tercera instancia se seleccionaron segmentos, con un promedio de 12 viviendas contiguas, como unidades terciarias de muestreo. Finalmente, las unidades últimas de muestreo fueron las viviendas, con los sujetos seleccionados en los hogares en tanto unidades de observación. La submuestra elegible para este estudio fueron aquellos adultos, de entre 18 y 44 años de edad, que reportaron pertenecer a algún grupo étnico indígena, de acuerdo con su cultura, pueblo, rasgos físicos y, de manera opcional, el dominio de una lengua étnica. Por tanto, en el presente estudio se incluyó a 493 adultos con edad promedio de 29.5 años ($DE=7.39$), 211 hombres y 282 mujeres, que se identificaron como parte de algún grupo indígena.

Instrumentos y medidas

En el diseño de la Encuesta Nacional de Salud Mental se seleccionaron y adaptaron instrumentos utilizados a nivel nacional e internacional, esto de acuerdo con las necesidades de información requerida por un grupo de expertos temáticos y metodológicos. El proceso de selección de los instrumentos específicos se encuentra descrito con mayor detalle en el reporte final de dicha encuesta ([Ministerio de Salud y Protección Social, 2015](#)). En términos

generales, se indagó sobre características sociodemográficas (e.g., antecedentes personales y familiares, condiciones de la vivienda), aspectos de salud mental, que incluyeron auto-percepción y percepción del entorno (e.g. cognición social, capital social, eventos vitales, violencia), problemas de conducta o trastornos mentales, y aspectos de salud general (e.g., comorbilidades con enfermedades crónicas no psiquiátricas, acceso a servicios de salud). No obstante, en la presente investigación se trabajó específicamente con tres medidas, que fueron:

Comportamiento alimentario. En este sentido, la encuesta tuvo como objetivo identificar y caracterizar la presencia de potenciales comportamientos problemáticos con el acto de comer, más que intentar obtener estimaciones diagnósticas de TCA o CAR utilizando escalas de tamizaje. Se seleccionaron algunos ítems de escalas de tamizaje utilizadas internacionalmente, a partir de la prevalencia de estos en los estudios de validación y se adaptaron las opciones de respuesta. Del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26, por sus siglas en inglés; [Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982](#)), mismo que ha sido validado en población colombiana ([Castrillón, Luna y Aguirre-Acevedo, 2007](#); [Constaín et al., 2014](#); [Constaín et al., 2017](#)), se retomaron cuatro ítems (véase [tabla 1](#)). Mientras que del Test de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés; [Smith y Thelen, 1984](#)), que ha sido

Tabla 1 Preguntas dirigidas a identificar la presencia de conductas alimentarias de riesgo

Las siguientes afirmaciones hacen referencia a hábitos relacionados con la alimentación. Por favor, dígame con qué frecuencia le ocurre cada una de ellas
<i>Conducta de dieta</i>
Procura no comer aunque tenga hambre (Respuestas: 1 = Nunca; 2 = Casi nunca; 3 = Frecuentemente; 4 = Casi siempre; 5 = Siempre)
Nota que las demás personas preferirían que usted comiese más (Respuestas: 1 = Nunca; 2 = Casi nunca; 3 = Frecuentemente; 4 = Casi siempre; 5 = Siempre)
<i>Malestar con el acto de comer</i>
Teme comer cualquier cosa por miedo a no poder parar (Respuestas: 1 = Raramente o nunca; 2 = A veces; 3 = Frecuentemente; 4 = Casi siempre; 5 = Siempre)
<i>Atracones</i>
A veces se ha «empachado o llenado» de comida sintiéndose incapaz de parar de comer (Respuestas: 1 = Nunca; 2 = Casi nunca; 3 = Frecuentemente; 4 = Casi siempre; 5 = Siempre)
<i>Vómitos después de comer</i>
Vomito después de haber comido (Respuestas: 1 = Menos de una vez al mes o nunca; 2 = Una vez al mes; 3 = Dos o tres veces al mes; 4 = Una vez a la semana)
Frecuencia de vómito intencional (Tratando de perder peso, con qué frecuencia vomita intencionalmente después de comer) (Respuestas: 1 = Menos de una vez al mes o nunca; 2 = Una vez al mes; 3 = Dos o tres veces al mes; 4 = Una vez a la semana)

validado en cuanto a su versión al castellano en poblaciones mexicana (Alvarez, Mancilla y Vázquez, 2000) y española (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2007), fueron retomados dos ítems. Por tanto, con base en esos seis ítems se indagaron cuatro diferentes dominios de riesgo: 1) conductas de dieta; 2) malestar con el acto de comer; 3) atracones, y 4) vómitos después de comer. Se clasificaron las respuestas de forma binaria para CAR y, en cuanto a las preguntas del EAT-26, se consideraron indicativas del síntoma cuando el encuestado reportó *frecuentemente, casi siempre o siempre*; y, con lo que respecta a las preguntas retomadas del BULIT, cuando la persona reportó presentar las conductas 2-3 veces al mes, una vez a la semana o 2 o más veces a la semana.

Índice de masa corporal (IMC), calculado a partir de los datos autorreportados de peso y talla al momento de la encuesta. La clasificación del IMC se realizó en función de los puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), para infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad.

Índice multidimensional de pobreza (IMP), el que indica las limitaciones y carencias de un individuo o familia con relación a tres dimensiones: salud, educación y condiciones de vida (Angulo, Díaz, Pardo y Riveros, 2011). Consiste en un valor entre 0 y 1, en donde un valor mayor denota menor acceso a servicios o condiciones de vida, pudiendo clasificarse en: 1) *Pobreza multidimensional*: $IMP > 0.33$; 2) *Población vulnerable a pobreza multidimensional*: $IMP < 0.33$ y ≥ 0.21 , que refiere a aquellos hogares no pobres pero con alto riesgo de caer en pobreza multidimensional; 3) *Población no vulnerable a pobreza multidimensional*: $IMP > 0$ y < 0.21 , para familias que aunque registraron alguna limitación, no están cercanas a llegar a pobreza multidimensional, y 4) *Familias con acceso*: $IMP = 0$, en razón de que tienen acceso a condiciones dignas de vivienda, mercado laboral, servicios de salud y cuidado de los menores, aunque no es posible afirmar que no presenten algún tipo de limitación.

Procedimiento

Los datos para este estudio fueron obtenidos, luego de firma del formato de consentimiento informado, a través de una encuesta administrada por personal no clínico entrenado para el fin. La captura de los datos se basó en un formato de aplicación digital que permitía la transmisión y el procesamiento de los datos a través de lotes (*batch processing*). De cada hogar se obtuvo un listado de todos los miembros y de manera aleatoria se determinó quién sería encuestado como parte de este estudio. Los procedimientos se encuentran descritos a detalle en el protocolo de la encuesta que ha sido publicado previamente (Gómez-Restrepo et al., 2016).

Análisis estadísticos

Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables incluidas en el estudio. Se estimó la prevalencia de CAR con un intervalo de confianza de 95%. Además, se calculó la prevalencia y la razón de disparidades (OR, en inglés) de por lo menos una CAR en función de las características individuales y/o del hogar; también con un

intervalo de confianza de 95%. Todas las estimaciones fueron ponderadas utilizando el método de linealización mediante series de Taylor para la estimación de la varianza en encuestas complejas (Cano, 2010). Los análisis fueron realizados con el programa estadístico Stata 14.1.

Resultados

La descripción sociodemográfica y de algunas características clínicas de la muestra se expresa en la tabla 2. Cabe destacar que la distribución de los participantes de acuerdo con su hábitat en zonas rurales y urbanas fue prácticamente uniforme, y que cuatro de cada diez reportaron haber sufrido por lo menos un evento traumático a lo largo de sus vidas. La distribución del IMC mostró que la mayoría de los individuos se encontraron en un peso normal; sin embargo, aproximadamente el 40% de los indígenas reportaron presentar un exceso de peso (sobrepeso u obesidad).

El 19.5% de los participantes presentaron al menos una de las CAR evaluadas (tabla 3). La conducta más común fue la «dieta», mientras que el «vómito autoinducido» fue extremadamente poco común. No se identificó que alguna de las características demográficas (e.g., sexo, edad, estado civil, nivel educativo) estuviera asociada a la presencia de CAR (tabla 4). Además, la prevalencia de cualquiera de estas conductas fue similar en las diferentes regiones del país, pese a que la prevalencia de punto fue ligeramente mayor en Bogotá y en la región central, lugares en donde —sin embargo— fue menor la proporción de población indígena.

El análisis de factores asociados permitió identificar al trastorno afectivo (en los últimos 12 meses y durante toda la vida) como una posible variable predictora de riesgo de al menos una CAR (tabla 4). No obstante, la prevalencia de intento de suicidio fue significativamente más baja en los sujetos con al menos una CAR.

Discusión

Según conocimiento de los autores, este se trata del primer estudio que con estas características se realiza en Colombia; el segundo que estudia conductas alimentarias en población indígena de este país, y uno de los pocos realizados en el mundo con población indígena adulta. Al comparar los resultados de este estudio con los reportados para toda la población, según la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), se advierte que aunque la prevalencia de trastorno afectivo fue ligeramente mayor en indígenas (4.1%) que en la población general (2.9%), y que la proporción de indígenas que reportaron tener al menos una CAR fue del doble (19.5% vs. 9.1%), resulta claro que la alta prevalencia de exceso de peso (casi el 40%) sigue siendo un tema de prioridad en salud pública.

Aunque el comparar a indígenas y no indígenas no fue propósito de este estudio, estos hallazgos diferenciales justifican la importancia de profundizar en el conocimiento sobre CAR en poblaciones indígenas, y confirman el riesgo que supone el extrapolar conclusiones de poblaciones generales a otras muy particulares, como en el caso de los grupos étnicos, situación que puede llevar a asumir conclusiones erróneas y, con ello, al desarrollo de políticas de salud poco adaptadas a las minorías.

Tabla 2 Características sociodemográficas e individuales de los participantes

	<i>n</i>	%
Sexo		
Hombre	211	42.8
Mujer	282	57.2
Nivel educativo		
Ninguno/Primaria	165	33.5
Secundaria	267	54.3
Técnico/Tecnólogo	39	7.9
Universitario	21	4.3
Estado civil		
Casado/Unión libre/Pareja	274	55.6
Separado/Viudo/Divorciado	38	7.7
Soltero	181	36.7
Estudia actualmente		
Sí	76	15.4
No	417	84.6
Consumo de sustancias psicoactivas (a lo largo de la vida)		
Cigarrillo	11	2.2
Alcohol	190	38.5
Marihuana	11	2.2
Otras	6	1.2
Ninguna de las anteriores	275	55.8
Índice de masa corporal		
Infrapeso	13	2.7
Normopeso	276	56.3
Sobrepeso	160	32.7
Obesidad	41	8.4
Zona		
Urbana	249	50.5
Rural	244	49.5
Región		
Central	37	7.5
Atlántica	124	25.2
Bogotá	25	5.1
Oriental	117	23.7
Pacífica	190	38.5
Pobreza		
Hogares con acceso	31	6.3
Hogares no vulnerables a PMD	188	38.1
Hogares vulnerables a PMD	131	26.6
Hogares en estado de pobreza	143	29.0
Seguridad alimentaria (Tienen para comer)		
Nunca	6	1.2
Casi nunca	12	2.4
A veces	64	13.0
Casi siempre	61	12.4
Siempre	350	71.0
Trastornos afectivos (a lo largo de la vida)		
Sí	19	4.1
No	440	95.9
Trastornos afectivos (últimos 12 meses)		
Sí	10	2.2
No	449	97.8

Tabla 2 (continuación)

	<i>n</i>	%
Trastornos ansiosos (a lo largo de la vida)		
Sí	20	4.4
No	439	95.6
Trastornos ansiosos (últimos 12 meses)		
Sí	14	3.1
No	445	97.0
Cualquier trastorno (a lo largo de la vida)		
Sí	36	7.8
No	423	92.2
Cualquier trastorno (últimos 12 meses)		
Sí	24	5.2
No	435	94.8
Ha sufrido por lo menos un evento traumático		
Sí	200	40.7
No	292	59.4
Estrés postraumático (en quienes han sufrido por lo menos un evento traumático)		
Sí	4	2.0
No	196	98.0
Intento de suicidio		
Sí	9	1.8
No	484	98.2

PMD: pobreza multidimensional.

Con relación a lo anterior, el número de estudios que han examinado las características de presentación de CAR en población indígena es extremadamente limitado, y esto es especialmente cierto para Latinoamérica, en donde la gran mayoría de los estudios epidemiológicos sobre CAR se han acotado a población adolescente o adulta joven, sin hacer referencia a su origen étnico (Barriguete-Meléndez et al., 2009; Bojorquez, Saucedo-Molina, Juárez-García y Unikel-Santoncini, 2013; Nunes, Barros, Olinto, Camey y Mari, 2003; Nuño-Gutiérrez, Celis-de la Rosa y Unikel-Santoncini, 2009; Power et al., 2008). En Colombia, los estudios sobre CAR en población indígena están confinados a muestras pequeñas, y se han enfocado principalmente en hábitos alimentarios y estado nutricional (Rivas, Pazos, Castillo y Pachón, 2010). De modo que los únicos datos disponibles provienen de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, la que incluyó población indígena (Fonseca et al., 2010). El análisis secundario de estos datos no mostró que los factores de riesgo para las CAR difirieran entre población indígena y no indígena (Gempeler y Rodríguez, 2012); no obstante, cabe señalar que el tamaño de la muestra indígena no fue representativo, y no se estudiaron las mismas CAR que en el presente estudio.

De las variables evaluadas en esta investigación, solamente el trastorno afectivo se vio asociado con la presencia de CAR. El significado clínico de esta variable puede ser diverso. Podría intentarse explicar a partir de la alta comorbilidad documentada entre trastornos afectivos y síntomas de TCA (Godart et al., 2007; Gorwood et al., 2016), pero la escasa evidencia en muestras no clínicas y los resultados controvertidos no han permitido determinar si estas

Tabla 3 Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo

	Prevalencia (%)	IC 95 (%)	
<i>Procura no comer aunque tenga hambre</i>	9.6	6.3	14.3
<i>A veces se ha «empachado o llenado» de comida sintiéndose incapaz de parar de comer</i>	6.1	3.6	10.1
<i>Nota que las demás personas preferirían que usted comiese más</i>	8.5	5.7	12.6
<i>Vomita después de haber comido</i>	0.2 ^a	0.1	0.8
<i>¿Tratando de perder peso, con qué frecuencia vomita intencionalmente después de comer?</i>	0.6 ^a	0.0	9.3
<i>Teme comer cualquier cosa por miedo a no poder parar</i>	2.5 ^a	1.2	5.3
Número de preguntas clasificadas en riesgo			
Ninguna pregunta	80.5	74.8	85.2
1 pregunta	13.2	9.2	18.5
2 preguntas	5.1	3.0	8.6
3 preguntas	1.2 ^a	0.4	3.2
6 preguntas	0.0 ^a	0.0	0.0
Por lo menos una pregunta en riesgo	19.5	14.8	25.2

^a Estimaciones imprecisas (coeficiente de variación > 33.3%).

alteraciones en la conducta alimentaria están incluidas dentro del contexto de un trastorno del afecto, más que ser manifestaciones del *continuum* clínico de los TCA.

Un hallazgo interesante, aunque aparentemente contradictorio, fue que el intento de suicidio se mostró como un factible factor protector ante la presencia de CAR. No obstante, este hallazgo debe ser analizado con cautela, ya que la prevalencia de intentos de suicidio fue muy baja en población indígena, y menor que la reportada en la población general de Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), datos que mostraron un alto coeficiente de variación, lo que implica poca precisión y resultaría imprudente confiar en la validez de estos resultados, en especial cuando se ha identificado que la ideación suicida se ha visto relacionada con las CAR en otros grupos poblacionales (Nuño-Gutiérrez et al., 2009).

Los resultados del presente estudio se encuentran limitados por una serie de factores. El primero de estos se relaciona con el hecho de que los datos fueron recopilados en municipios con áreas rurales dispersas y no directamente en resguardos indígenas. De acuerdo con la organización territorial de Colombia, estos son territorios de propiedad colectiva de las comunidades indígenas que se rigen por una organización autónoma amparada y un sistema normativo propio (Burgos, 2003). Por tanto, no es posible garantizar que las características demográficas, clínicas y comportamentales de los habitantes en estas zonas sean similares a las de las comunidades indígenas que se encuentran por fuera de estas zonas. Aunque cabe advertir que en este estudio no se encontraron diferencias para CAR entre los indígenas habitantes de zonas rurales vs. zonas urbanas, dato que deberá confirmarse en futuros estudios.

Segundo, las CAR evaluadas en este estudio fueron seleccionadas por un grupo de expertos, sin emplear una metodología que permita asumir una relación directa entre estas conductas y los TCA. Sin embargo, dicha selección tampoco fue del todo arbitraria, ya que se definió con base en la prevalencia individual que de cada CAR se ha documentado en los estudios de validación de los instrumentos de evaluación de donde fueron retomados los ítems aquí empleados

(Alvarez et al., 2000; Castrillón et al., 2007; Constain et al., 2014, 2017).

Por último, en el contexto de las controversias existentes con relación a la validez de evaluar CAR en contextos de inseguridad alimentaria (Grange, Louw, Breen y Katzman, 2004), el utilizar medidas con el fin de evaluar problemas relativos a la conducta alimentaria, más no para tamizar TCA, permite suponer que dichas conductas pueden ser problemáticas en sí mismas, al relacionarse con diversos problemas de salud mental y física, sin necesariamente ser inherentes a los TCA. Aun así, cabe advertir que, de la muestra total de este estudio, más del 80% de los participantes, y de aquellos que presentaron alguna CAR, no se encontraban en situación de inseguridad alimentaria.

Otro aspecto a discutir es que algunos hallazgos que mostraron una tendencia hacia la significación estadística, sin alcanzarla, pueden dirigir las futuras perspectivas de investigación. De entre estas, destacan: el habitar en una zona urbana, el haber sufrido un evento traumático y el pertenecer a un hogar no vulnerable a pobreza. Para el caso del primer aspecto, usualmente se considera que la prevalencia de alteraciones en la conducta alimentaria es mayor en zonas urbanas que en rurales (Preti et al., 2007; Van Son, van Hoeken, Bartelds, van Furth y Hoek, 2006). Sin embargo, recientemente se ha visto que la proporción de estas alteraciones en ambas zonas se ha venido equiparando, dependiendo del grado y del nivel de tecnificación existente en las áreas rurales (Hay y Carriage, 2012; Santos et al., 2013). Al respecto, aunque en Latinoamérica aún persiste una importante influencia de la situación económica en el desarrollo de alteraciones en la conducta alimentaria (Casanova, 2004; Olsen et al., 2011), la tendencia es —al igual que en el resto del mundo— a la equiparación entre los diferentes grupos socioeconómicos. Hecho que no se puede afirmar o descartar en el caso de los grupos étnicos.

En conclusión, algunas de las CAR —como la realización de dieta restrictiva— parecen no ser infrecuentes en la población indígena adulta colombiana. La identificación de los trastornos afectivos como un posible factor de riesgo de CAR está en sintonía con lo referido en la literatura. Estos

Tabla 4 Prevalencia de conducta alimentaria de riesgo en función de las características sociodemográficas e individuales

	%	IC 95%	OR	IC 95%
<i>Sexo</i>				
Hombre	17.2	(10.8-26.3)	-	-
Mujer	21.9	(15.7-29.6)	1.4	(0.7-2.7)
<i>Nivel educativo</i>				
Ninguno/Primaria	15.0	(8.0-26.2)		
Secundaria	23.2	(16.8-31.2)	1.7	(0.8-3.9)
Técnico/Tecnólogo	25.1 ^a	(11.2-47.0)	1.9	(0.6-6.3)
Universitario	3.6 ^a	(0.5-22.1)	0.2	(0-1.8)
<i>Estado civil</i>				
Casado/Unión libre/Pareja	21.3	(14.7-29.8)		
Separado/Viudo/Divorciado	17.9 ^a	(5.4-45.5)	0.8	(0.2-3.3)
Soltero	17.4	(11.1-26.2)	0.8	(0.4-1.5)
<i>Estudia actualmente</i>				
Sí	28.0	(15.3-45.4)		
No	18.2	(13.3-24.3)	0.6	(0.2-1.3)
<i>Consumo de sustancias psicoactivas (a lo largo de la vida)</i>				
Cigarrillo	34.0 ^a	(5.8-81.3)	2.5	(0.3-21.7)
Alcohol	21.0	(13.5-31.0)	1.3	(0.6-2.5)
Marihuana	31.7 ^a	(9.3-67.8)	2.2	(0.5-10.7)
Otras	13.0 ^a	(1.6-57.0)	0.7	(0.1-6.6)
Ninguna de las anteriores	17.2	(12.0-24.1)		
<i>Índice de masa corporal</i>				
Infrapeso	30.7	(11.0-61.4)	2.0	(0.5-7.5)
Normopeso	18.4	(12.8-25.7)	-	-
Sobrepeso	18.7	(10.9-30.2)	1.0	(0.5-2.2)
Obesidad	26.0	(11.5-48.7)	1.6	(0.5-4.6)
<i>Zona</i>				
Urbana	26.3	(18.8-35.5)	2.0	(1-3.8)
Rural	15.4	(9.9-23.1)		
<i>Región</i>				
Central	23.7 ^a	(10.8-44.4)	1.5	(0.5-4.9)
Atlántica	16.8	(9.3-28.3)	-	-
Bogotá	31.3 ^a	(12.4-59.4)	2.3	(0.6-8.7)
Oriental	19.8	(10.4-34.5)	1.2	(0.4-3.4)
Pacífica	19.0	(12.9-27.2)	1.2	(0.5-2.6)
<i>Pobreza</i>				
Hogares con acceso	6.8 ^a	(1.5-25.5)		
Hogares no vulnerables a pobreza multidimensional	23.9	(16.3-33.5)	4.3	(0.9-21.7)
Hogares vulnerables a pobreza multidimensional	21.2	(12.8-32.8)	3.7	(0.7-19.4)
Hogares en estado de pobreza	16.1	(8.7-27.8)	2.6	(0.5-14.3)
<i>Seguridad alimentaria (Tienen para comer)</i>				
Nunca	16.7	n.c.	n.c.	n.c.
Casi nunca	0.0	n.c.	n.c.	n.c.
A veces	17.2	n.c.	n.c.	n.c.
Casi siempre	18.0	n.c.	n.c.	n.c.
Siempre	20.3	n.c.	n.c.	n.c.
<i>Trastornos afectivos (a lo largo de la vida)</i>				
Sí	55.7	(28.8-79.7)	5.5	(1.7-18)
No	18.7	(13.8-24.8)		
<i>Trastornos afectivos (últimos 12 meses)</i>				
Sí	75.4	(43.5-92.4)	13.2	(3.2-54.8)
No	18.8	(14.0-24.9)		

Tabla 4 (continuación)

	%	IC 95%	OR	IC 95%
<i>Trastornos ansiosos (a lo largo de la vida)</i>				
Sí	18.6 ^a	(4.9-50.5)	0.9	(0.2-4.3)
No	19.8	(14.8-26.0)		
<i>Trastornos ansiosos (últimos 12 meses)</i>				
Sí	18.8 ^a	(4.7-52.2)	0.9	(0.2-4.6)
No	19.8	(14.8-26.0)		
<i>Cualquier trastorno (a lo largo de la vida)</i>				
Sí	28.9 ^a	(13.0-52.6)	1.7	(0.6-5.1)
No	18.9	(13.9-25.2)		
<i>Cualquier trastorno (últimos 12 meses)</i>				
Sí	30.9	(13.2-56.8)	1.9	(0.6-6)
No	18.8	(13.8-25.1)		
<i>Ha sufrido por lo menos un evento traumático</i>				
Sí	26.2	(18.3-36.0)	1.9	(1-3.7)
No	15.6	(10.3-23.1)		
<i>Estrés postraumático (en quienes han sufrido por lo menos un evento traumático)</i>				
Sí	55.3 ^a	(13.2-90.9)	3.6	(0.4-30.7)
No	25.6	(17.7-35.6)		
<i>Intento de suicidio</i>				
Sí	1.4 ^a	(0.3-7.0)	0.1	(0-0.3)
No	19.8	(15.0-25.6)		

n.c.: no calculado.

^a Estimaciones imprecisas (coeficiente de variación > 33.3%).

hallazgos sustentan la necesidad de que futuras investigaciones incluyan datos de múltiples fuentes de información, para poder discernir si las concordancias y discordancias entre los estudios con indígenas se deben a aspectos meramente culturales, o si pueden estar incidiendo aspectos de naturaleza biológica (e.g., variaciones en el número de copias de secuencias del genoma, variaciones en la expresión de ARN regulador), hallazgos que sin duda —ya sea a mediano o a largo plazo— deberán incidir en el planteamiento de políticas de salud públicas acordes con los grupos indígenas presentes en Latinoamérica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

COLCIENCIAS, y el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental «ENSM» (Contrato N.º 762-2013).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Altamirano, M. B., Vizmanos, B. y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401–407. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011001100001>
- Alvarez, G., Mancilla, J. M. y Vázquez, R. (2000). *Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT)*. *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74–85.
- Angulo, R., Díaz, Y., Pardo, R. y Riveros, Y. (2011). *Índice de pobreza multidimensional para Colombia*. Disponible en: https://formularios.dane.gov.co/Anda_4.1/index.php/catalog/255/export
- Barriguet-Meléndez, J. A., Unikel-Santoncini, C., Aguilar-Salinas, C., Córdoba-Villalobos, J. Á., Shamah, T., Barquera, S., et al. (2009). Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico (Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Pública de México*, 51(4), 638–644. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342009001000019>

- Bojorquez, I., Saucedo-Molina, T. J., Juárez-García, F. y Unikel-Santoncini, C. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: Una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 29–39. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100005>
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Nueva York: Basic Books.
- Burgos, F. E. (2003). Las minorías étnicas en la Constitución colombiana. *Revista Derecho del Estado*, 15, 131–142.
- Cano S, A. (2010). *Método de las series de Taylor para resolver ecuaciones diferenciales lineales y no lineales*. Disponible en: <http://casanchi.com/mat/metodotaylor01.pdf>
- Casanova, E. M. (2004). 'No ugly women': Concepts of race and beauty among adolescent women in Ecuador. *Gender & Society*, 18(3), 287–308. <http://dx.doi.org/10.1177/0891243204263351>
- Castrillón, D., Luna, I. y Aguirre-Acevedo, D. (2007). Validación del Abbreviated Eating Attitudes Test (escala abreviada y modificada de las actitudes alimentarias) EAT-26-M para la población colombiana. En B. A. Ferrer y M. Y. Gómez (Eds.), *Evaluación e intervención en niños y adolescentes: Investigación y conceptualización* (pp. 93–116). Medellín, Colombia: La Carreta.
- Constain, G. A., Ricardo, C., Rodríguez-Gázquez, M. A., Álvarez, M., Marín, C. y Agudelo, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 46(6), 283–289. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
- Constain, G. A., Rodríguez-Gázquez, M. A., Ramírez, G. A., Gómez, G. M., Mejía, L. y Cardona, J. (2017). Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 49(4), 206–213. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.016>
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Salaberría, K., Etxebarria, I. y Echeburúa, E. (2015). Risky eating behaviors and beliefs among adolescent girls. *Journal of Health Psychology*, 20(2), 154–163. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105313500683>
- Fonseca, Z., Heredia, A., Ocampo, P., Forero, Y., Sarmiento, O., Álvarez, M. et al. (2010). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2010)*. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1>
- Franko, D. L., Becker, A. E., Thomas, J. J. y Herzog, D. B. (2007). Cross-ethnic differences in eating disorder symptoms and related distress. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 156–164. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20341>
- Gard, M. C. y Freeman, C. P. (1996). The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 1–12. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199607\)20:1<::AID-EAT1>3.0.CO;2-M](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199607)20:1<::AID-EAT1>3.0.CO;2-M)
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878.
- Gempeler, J. y Rodríguez, M. (2012). Autopercepción del peso corporal y conductas de riesgo en la población colombiana. Trabajo presentado en la Eating Disorders Research Society 18th Annual Meeting, Porto, Portugal.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., et al. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders: Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 37–49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.023>
- Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodríguez, M. N., Rodríguez, V., Tamayo, N., Matallana, D., et al. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015: Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 2–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.007>
- Gorwood, P., Blanchet-Collet, C., Chartrel, N., Duclos, J., Dechelette, P., Hanachi, M., et al. (2016). New insights in anorexia nervosa. *Frontiers in Neuroscience*, 10, e–256. <http://dx.doi.org/10.3389/fnins.2016.00256>
- Hay, P. J. y Carriage, C. (2012). Eating disorder features in indigenous aboriginal and Torres Strait Islander Australian peoples. *BMC Public Health*, 12, e–233. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-233>
- Hrabosky, J. I. y Grilo, C. M. (2007). Body image and eating disordered behavior in a community sample of Black and Hispanic women. *Eating Behaviors*, 8(1), 106–114. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.02.005>
- Kilpatrick, M., Ohannessian, C. y Bartholomew, J. B. (1999). Adolescent weight management and perceptions: An analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of School Health*, 69(4), 148–152. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.1999.tb04173.x>
- Le Grange, D., Louw, J., Breen, A. y Katzman, M. A. (2004). The meaning of 'self-starvation' in impoverished black adolescents in South Africa. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(4), 439–461.
- Marques, L., Alegria, M., Becker, A. E., Chen, C., Fang, A., Chosak, A., et al. (2011). Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across U.S. ethnic groups: Implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 412–420. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20787>
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L., Mellor, D. y Ball, K. (2005). Media influences on body image and disordered eating among indigenous adolescent Australians. *Adolescence*, 40(157), 115–127.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Story, M. y Perry, C. L. (2004). Weight-control behaviors among adolescent girls and boys: Implications for dietary intake. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(6), 913–920. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2004.03.021>
- Nunes, M. A., Barros, F. C., Anselmo, M. T., Camey, S. y Mari, J. D. J. (2003). Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: A population-based study. *Eating and Weight Disorders*, 8(2), 100–106. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03324998>
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Celis-de la Rosa, A. y Unikel-Santoncini, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61(4), 286–293.
- Olsen, A. M., Sansigolo, L. R. y Magalhães, M. L. (2011). Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 121–132. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100016>
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *El estado físico: Uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS*. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42132>
- Polivy, J. y Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187–213. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Power, Y., Power, L. y Canadas, M. B. (2008). Low socioeconomic status predicts abnormal eating attitudes in Latin

- American female adolescents. *Eating Disorders*, 16(2), 136–145. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260801887261>
- Preti, A., Pinna, C., Nocco, S., Pilia, S., Mulliri, E., Micheli, V., et al. (2007). Rural/urban differences in the distribution of eating disorder symptoms among adolescents from community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(6), 525–535. <http://dx.doi.org/10.1080/00048670701332292>
- Rinderknecht, K. y Smith, C. (2002). Body-image perceptions among urban Native American youth. *Obesity Research*, 10(5), 315–327. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2002.45>
- Rivas, X., Pazos, S. C., Castillo, S. K. y Pachón, H. (2010). Alimentos autóctonos de las comunidades indígenas y afrodescendientes de Colombia. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 60(3), 211–219.
- Rosas, M., Delgado, P., Cea, F., Alarcón, M., Alvarez, R. y Quezada, K. (2015). Comparación de los riesgos en el trastorno de la conducta alimentaria y en la imagen corporal entre estudiantes mapuches y no mapuches. *Nutrición Hospitalaria*, 32(6), 2926–2931. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.9800>
- Santos, J., Marques, M., Carvalho, C., Silva, M. I., Conceição, L., Espírito, H., et al. (2013). Differences in eating habits/behaviours and eating disorders symptoms in adolescents from a rural and a urban school. *European Psychiatry*, 28, e–e1. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76305-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76305-3)
- Schembre, S. M., Nigg, C. R. y Albright, C. L. (2011). Race/ethnic differences in desired body mass index and dieting practices among young women attending college in Hawai'i. *Hawaii Medical Journal*, 70(7), 32–36.
- Shisslak, C. M., Crago, M. y Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 209–219. [http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X\(199511\)18:3<209::AID-EAT2260180303>3.0.CO;2-E](http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X(199511)18:3<209::AID-EAT2260180303>3.0.CO;2-E)
- Smink, F. R., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smith, M. C. y Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863–872.
- Stice, E., Cameron, R. P., Killen, J. D., Hayward, C. y Taylor, C. B. (1999). Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 967–974. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.967>
- Stice, E., Ng, J. y Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(4), 518–525. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x>
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Holtzman, N., Dierker, L., Becker, A. E. y Swaney, G. (2011). Behavioral symptoms of eating disorders in Native Americans: Results from the add health survey wave III. *International Journal of Eating Disorders*, 44(6), 561–566. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20894>
- Urzúa, M. A., Avendaño, H. F., Díaz, C. S. y Checura, D. (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la pre-adolescencia. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(3), 282–292. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182010000300003>
- Van Son, G. E., van Hoeken, D., Bartelds, A. I. M., van Furth, E. F. y Hoek, H. W. (2006). Urbanisation and the incidence of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189(6), 562–563. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021378>
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2007). Características psicométricas de una adaptación española del Test de Bulimia (BULIT). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(5), 309–314.